



Universidad **N**acional **A**utónoma de **M**éxico
Instituto **M**exicano del **S**eguro **S**ocial



**Características socio-demográficas, clínicas y de
estilo de vida de la población hipertensa atendida en
la Unidad de Medicina Familiar Núm. 19 del IMSS en
el municipio de Banderilla, Veracruz, México**

TESIS

Qué **P**ara **O**btener el **R**econocimiento en:

MEDICINA **F**AMILIAR

Presenta:

Dra. María Isabel Xilot Sánchez

Asesor Metodológico:

Dra. Georgina García Zarate

Xalapa, Veracruz

Mayo 2012





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.

Agradecimientos

A Dios nuestro Señor por dejarme vivir y llegar a dar servicios a mis semejantes. “Mientras me concedas la vida y el ejercicio de mi profesión, dame suficientes energías para perseverar en incesante estudio y logré así acrecentar y renovar mis conocimientos en beneficio de mis enfermos”.

Miguelito gracias, hijo por ser mi compromiso como madre, por apoyarme en mis estudios y sobre todo por tu comprensión, tu amor que de muchas maneras me lo demuestras, “Gracias Hijo”.

Miguel esposo, gracias porque siempre he contado con tu apoyo, tu cariño, que siempre estas en las buenas y en las malas nunca me dejas flaquear.

A mis padres Alfonso Guadalupe y Lupita por darme la vida, apoyarme a estudiar, y por sus palabras sabias “No dejes de estudiar porque es lo más bello en la vida”.

A mis hermanos

Rafael gracias por confiar en mí, por tus palabras y sobre todo por tu amor de hermano que siempre me has demostrado en toda mi vida y en mi carrera como Médico.

Jorge gracias por la confianza, por tus palabras y por el amor de hermano que me has brindado en toda mi vida y carrera de Médico.

Soraya siempre te agradeceré que nunca dejas sentirme sola, sino que siempre estas conmigo, con tu apoyo y amor de hermana en la vida y en mi carrera siempre he contado contigo gracias.

Jair gracias por tu apoyo, cariño, sabiduría y la confianza de que lo lograría y el amor de hermano porque siempre estás conmigo.

A mis compañeras Mary Carmen y Nelly, amigas gracias por sus apoyos y paciencia que incondicionalmente siempre me brindaron.

A mi asesora Georgina García Zárate, gracias por su apoyo como maestra, amiga y compañera que siempre estuvo cuando la necesité.

Dedicatoria

Se la dedico a mi Hijo Miguel, quien siempre ha sido mi amigo consejero y apoyo en mi especialidad y sobre todo dar un ejemplo que nunca es tarde para aprender más y el que persevera alcanza.

A Miguel, esposo, por apoyo y comprensión que siempre me ha brindado.

A mis padres, a mis hermanos y amigos que nunca me abandonaron cuando más los necesite gracias por su apoyo y ser comprensivos conmigo.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	4
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	18
JUSTIFICACIÓN.....	19
OBJETIVOS	20
METODOLOGÍA	21
RESULTADOS.....	30
Características socio-demográficas de los hipertensos	30
Características clínicas de los hipertensos	33
Estilo de vida de los hipertensos.....	37
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	44
Anexo 1. Cuestionario para el registro de los datos de los hipertensos.....	44
Anexo 2. Carta de consentimiento informado.....	47

INTRODUCCIÓN

Las condiciones crónicas de salud crean problemas que persisten en el tiempo; y exigen la gerencia del sistema de salud; por su posibilidad de aparecer abrupta o insidiosamente, persistiendo por tiempo indefinido. Así mismo son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado.

Las enfermedades crónicas consumen los recursos de salud y están entrelazadas por la pobreza, dificultando la atención a la salud, la cual enfrenta otros problemas relacionados con enfermedades infecciosas como desnutrición, problemas maternos y perinatales. Los aspectos investigados en relación al riesgo para la hipertensión arterial, son referidos a la alimentación poco saludable durante largo periodo de tiempo, como son también tabaquismo, sedentarismo, obesidad y consumo exagerado de alcohol.

El grado de educación, así como la posibilidad de acceder a capacitación en salud por parte de la población, promueve o limita las posibilidades de enfrentar circunstancias abatibles que posteriormente, deberá solucionar el sistema de salud nacional. Las características de la forma de vida, estarán estructurando el *modus vivendi* de la propia población, lo que observado de manera pluridimensional, facilitará conocer las razones de drogadicción, o en su caso hasta de sedentarismo de la población.

La perspectiva estatal, arroja datos donde solo 0.94 millones de veracruzanos oscilan el umbral de bienestar de vida, mientras que del otro lado 2.68 millones se encuentran en el umbral de pobreza; por lo que si consideramos al IDH (Índice de Desarrollo Humano) del municipio, determinaremos las condiciones promedio de la población analizada.¹

Las modificaciones de estos factores de riesgo pueden prevenir o provocar la aparición de hipertensión arterial o modificar su historia natural, mejorando de esta forma la calidad de vida del hipertenso y reduciendo los costos de esta enfermedad para el sistema de salud del país. En particular, la prevención de la hipertensión arterial y sus complicaciones, son prioridades para la salud pública. En este enfoque la prevención debe ser realizada en los diferentes niveles de atención de salud, mediante la

identificación de individuos en riesgo ya sea en la prevención primaria o en primer nivel; identificación de casos no diagnosticados; prevención secundaria, así como a través del tratamiento en individuos ya afectados por la enfermedad, con el objetivo de prevenir complicaciones agudas y crónicas. La prevención en los diferentes niveles de atención a la salud de una población es conocer entre otras, las características socio-demográficas y clínicas, como uno de los elementos esenciales que apoyen la implementación de protocolos de atención, programas educativos e interpretación de resultados obtenidos.

Los estilos de vida saludable son estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud. Básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la propia salud, que pueda ayudar al mejoramiento continuo de los parámetros saludables de vida, en un mundo donde la mayoría de la población no tiene buenas condiciones de vida. El momento clave o el inicio de esta tendencia fue en el 2004 y se da a partir de una declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que buscaba identificar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo.

Reforzamos la importancia de reconocer los problemas de salud de una población y sus determinantes en la estructura familiar sin olvidar la influencia de la religión y las costumbres. La OMS desde 1975, estableció que la enfermedad cardiovascular de mayor morbilidad en la población adulta es la hipertensión arterial, la cual tiene un gran interés clínico, epidemiológico y social por sus grandes efectos sobre la salud. Al avanzar la edad y sumarse además otros factores de riesgo, el paciente hipertenso es posible que padezca no solo complicaciones cardiovasculares, sino también renales, cerebrales o de arterias periféricas, que podrían haberse evitado, y aumentar así el promedio de vida y la calidad de la misma.

En Veracruz sólo el 16.6% de personas mayores de 20 años se somete a pruebas para detectar su nivel de presión arterial, por falta de información.¹ Por ello, el diagnóstico de la hipertensión arterial en edades tempranas, y su adecuado tratamiento y seguimiento,

constituyen los pilares fundamentales en los que se sustenta la disminución de la morbilidad y mortalidad en las décadas más avanzadas de la vida.

MARCO TEÓRICO

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), es uno de los problemas de salud pública más importantes en la población adulta.

La Hipertensión Arterial, es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La hipertensión arterial es la elevación persistente de la presión arterial (PA) por arriba de los límites considerados normales.

La hipertensión por ser una enfermedad sistémica, compromete órganos como el cerebro, el corazón, el riñón y el ojo. En este último produce grandes daños comenzando por la disminución de la agudeza visual, puede ser desde visión borrosa (lo más frecuente) hasta la ceguera. La morbilidad y mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.¹

Clasificación de la presión arterial

A continuación se exponen las definiciones aceptadas hoy en día¹

Categoría	Descripción
Hipertensión arterial en el adulto (edad igual o mayor a 18 años, incluyendo a los ancianos)	PA sistólica de 140mmHg o más, PA diastólica de 90 mmHg o más, o paciente que ya lleva tratamiento antihipertensivo
Hipertensión en el niño y en el joven (hasta 18 años)	Para definirla hay que tener presente la edad, el sexo y la altura. Se considera HTA, a las cifras que están en el percentil 95 o más
Hipertensión arterial en el embarazo	Aumento de la PA sistólica en al menos 30 mmHg o de la diastólica en 15 o más mmHg, respecto a la presión arterial conocida antes de la 20ª semana de embarazo. Si ésta no era conocida se aplica la misma definición que para HTA en el adulto
Hipertensión arterial sistólica aislada	Especialmente frecuente en el anciano, donde adquiere gran importancia pronóstica, mayor que la presión arterial diastólica. Se define como presión arterial sistólica de 140 mmHg o más y presión arterial diastólica menor de 90mmHg
Hipertensión arterial resistente	Es la que no puede ser reducida por debajo de 140/90 mmHg, a pesar de un tratamiento bien llevado con tres

Hipertensión arterial acelerada o maligna

fármacos, uno de ellos diurético. En la hipertensión arterial sistólica aislada del anciano se considera cuando la presión arterial sistólica se desciende por abajo de 160mmHg

Se definió como una entidad hipertensiva de rápida progresión con alta mortalidad, en la cual el 99% de los pacientes portadores de este mal estaban muertos a 5 años. Sin embargo, con el advenimiento de la diálisis y el trasplante se ha logrado reducir su mortalidad, a menos del 25% a 5 años. Esta clase de HTAS habitualmente cursa con cifras muy elevadas y difíciles de controlar, con presencia común de hemorragias o exudados de retina

Además, es posible la presencia de papiledema, y su ausencia no la descarta. Es común la microangiopatía y daño renal progresivo. Trastornos graves en la regulación intrarrenal de angiotensina y otros péptidos vasoactivos se han relacionado a la patogénesis de esta entidad.

Recientemente, se han descrito otros componentes inflamatorios como mediadores o detonantes de esta entidad. A diferencia de la hipertensión esencial, donde los síntomas suelen ser muy insidiosos en la hipertensión acelerada maligna, habitualmente hay síntomas. La cefalea y los síntomas visuales son los más comunes. Los dolores de cabeza son más frecuentemente matutinos.

El diagnóstico diferencial con la hipertensión de origen renovascular es obligado. Los estudios histológicos muestran un engrosamiento mixoide de las arteriolas, predominantemente en las células del musculo liso.

En pacientes con un comportamiento agresivo de daño a órganos blanco, el uso de más de tres fármacos para lograr el control debe hacer sospechar esta entidad. Es aconsejable que este tipo de pacientes sea valuado por el especialista. La elevación en corto espacio de tiempo de la PA origina daño en los vasos retinianos, con hemorragias, exudados a edemas de papila, e histológicamente existe una necrosis fibrinoide y puede cursar con daño renal y cerebral.¹

Crisis o urgencias hipertensivas: Estas se dividen en tres tipos.

Emergencias (urgencias verdaderas). Situaciones que requieren la reducción inmediata de la presión arterial debido al riesgo vital que suponen como: encefalopatía

hemorragia intracraneal, angina inestable infarto de miocardio edema agudo de pulmón, disección aortica, y eclampsia.

Urgencias relativas. Situaciones que requieren la reducción de la presión arterial en pocas horas (no hay riesgo vital inmediato). Por ejemplo, HTA en estadio, edema del disco óptico, complicación progresiva de órganos “diana”, y HTA severa perioperatoria.

Urgencia falsa. Situación que no entraña ningún riesgo vital y que es posible corregir espontáneamente o reajustando el tratamiento crónico. Recientemente se ha alertado sobre el riesgo que puede entrañar el uso de nifedipino sublingual en tales casos.¹

Factores asociados, diagnóstico, y tratamiento de la presión arterial

Factores. Son variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social, cultural, y otros, las que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar la enfermedad. El pronóstico del hipertenso está más en relación con los FRC asociados y con el daño de los órganos “diana” que con las propias cifras de TA. La Tabla 1 indica los componentes a tener en cuenta al estratificar el riesgo del hipertenso.¹

Con base a los datos del estudio Framingham se han desarrollado recomendaciones para el cálculo del riesgo individual según los FRC presentes.

Existen tablas para la predicción del riesgo coronario a 5 y 10 años, que tienen en cuenta la edad, sexo, colesterol HDL y total, PA sistólica, tabaco, diabetes y la hipertrofia ventricular izquierda en el ECG.

Para la predicción de accidente cerebrovascular tienen en cuenta edad, sexo, PA sistólica, diabetes, tabaco, enfermedad cardiovascular, fibrilación auricular y la hipertrofia ventricular izquierda en el ECG.

Según el daño de los órganos “diana” la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión clasifican la HTA en tres estadios con significado pronostico.¹

Tabla 1. Componentes de la estratificación del riesgo cardiovascular en la HTA.

<p>Factores de riesgo mayores</p> <p>Tabaco</p> <p>Dislipidemia</p> <p>Diabetes Mellitus</p> <p>Edad > 60 años</p> <p>Hombres y mujeres postmenopáusicas</p> <p>Hª familiar cardiovascular</p> <p>Mujeres <65 y hombres < 55 años.</p> <p>Daño de órganos “diana” y/o Enfermedad cardiovascular</p> <p>Enfermedad cardiaca:</p> <ul style="list-style-type: none">-hipertrofia ventricular izq.-cardiopatía isquémica-insuficiencia cardiaca <p>ACV o AIT</p> <p>Nefropatía</p> <p>Arteriopatía</p> <p>Retinopatía</p>

Tabla 2. Clasificación de la HTA según la repercusión visceral.

<p>Estadio I. No repercusión</p> <p>Estadio II. Alguno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none">-Hipertrofia ventricular izquierda-Estrechamiento generalizado y focal de las arterias retinianas-Proteinuria y/o ligera elevación de la creatinina plasmática (1.2-2 mg/dl)-Placas ateroscleróticas en algún nivel <p>Estadio III. Síntomas o signos no presentes en estadio II:</p> <ul style="list-style-type: none">-Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardiaca-ACV o AIT. Encefalopatía hipertensiva-Exudados y hemorragias retinianas. Edema de papila-Creatinina >2 mg/dl-Arteriopatía. Aneurisma

Diagnóstico.El diagnóstico de HTA implica importantes repercusiones psicológicas, socioeconómicas y en muchos casos de tratamiento crónico farmacológico. Por ello, conviene utilizar unos criterios uniformes y evitar en lo posible la confusión. A continuación se describen algunos aspectos relacionados con este problema.

Categoría	Descripción
Hipertensión arterial lábil	Término que debe evitarse. La presión arterial es un parámetro con amplia variabilidad espontánea o relacionada con situaciones especiales. Las lecturas de presión arterial deben realizarse en condiciones determinadas, y el diagnóstico no debe basarse en medidas aisladas, sino en múltiples tomas. En ciertos casos es útil la monitorización ambulatoria de la presión arterial para ayudar al diagnóstico de HTA. Estos pacientes pertenecerán al grupo de presión arterial normal, normal-alta. HTA o HTA de bata blanca
Hipertensión arterial aislada	Debido a que inicialmente la clasificación de HTA solo tenía en cuenta la presión arterial diastólica, en ocasiones no se presta el interés debido a la presión arterial sistólica. Hoy en día sabemos que la presión arterial sistólica elevada representa un riesgo igual o mayor que la presión arterial diastólica alta. En el anciano es frecuente y representa un FRC importante
Hipertensión arterial límite	Como tal debiera entenderse la presión arterial normal-alta del sexto informe del comité nacional conjunto sobre la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA. Su importancia está en que predice la aparición futura de HTA y el desarrollo de daño en órganos "diana". Estas cifras de presión arterial deben considerarse como anormales y está indicado el tratamiento farmacológico

Diagnóstico etiológico. Más de un 90% de las HTA son esenciales. Pero hay que excluir de forma sistemática la posibilidad de HTA secundaria, atribuible a una causa conocida en muchas ocasiones corregible. Apoyan el diagnóstico de HTA esencial los antecedentes familiares, su comienzo gradual a la edad de 35-50 años y la presencia de factores de riesgo de HTA (alcohol, sal, obesidad, sedentarismo).¹

Debe sospecharse **HTA** secundaria en las siguientes circunstancias.

1. Edad de aparición antes de los 20 años o después de los 50
2. HTA mayor de 180/110 en ausencia de historia familiar
3. Datos clínicos que sugieran HTA secundaria (historia familiar de enfermedad renal. PA variable con taquicardia y sudor, Soplo abdominal, hipokalemia, etc.)
4. HTA refractaria al tratamiento
5. HTA que se agrava de forma inexplicable
6. HTA acelerada o maligna
7. HTA de comienzo agudo

Tratamiento. Los modelos de comportamiento sugieren que el tratamiento más eficaz prescrito por la mayoría de médicos cuidadosos, controlará la hipertensión sólo si el paciente es motivado para que tome el medicamento prescrito, y para que establezca y mantenga un estilo de vida que promueva su salud. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas con su médico y confían en él, la empatía proporciona confianza y es un potente motivador.

El tratamiento de la PA debe estar enfocado a obtener cifras sistólicas y diastólicas menores de 140/90 mmHg, ya que se relaciona con disminución de las complicaciones de enfermedad cardiovascular, en pacientes hipertensos que además presentan diabetes o nefropatía la meta consiste en llegar a una PA menor de 130/80 mmHg.¹

La clasificación del JNC7

PA inicial (mmHg)*		Seguimiento recomendado
Sistólica	Diastólica	
< 130	<85	Control a los dos años
130-139	85-89	Control al año**
140-159	90-99	Confirmar en dos meses**
160-179	100-109	Evaluación en un mes
>180	> = 110	Evaluación inmediata en una semana según situación clínica

*asignar a la categoría de presión arterial más alta.

**modificar según tomas previas de PA, FRC, daño de órganos "diana", etc.

Hipertensión con el esfuerzo. Se considera a partir de presión arterial sistólica de 220 mmHg o presión arterial diastólica de 100-105mmHg (con el máximo esfuerzo). Predice el desarrollo futuro de HTA, por ello la actitud a seguir es similar a la HTA límite.

Hipertensión arterial compensada. Término popular que no debe utilizarse, dado que no está definido y carece de significado. Su uso representa en ocasiones la aceptación por el paciente de cifras de presión arterial como normales, cuando no lo son.

Pseudohipertensión. En estos casos existe una marcada diferencia entre la presión arterial registrada por esfigmomanómetro y el registro directo de la presión arterial con carácter intra-arterial. Se debe a la intensa rigidez de la pared arterial, y se ve sobre todo en ancianos. Debe sospecharse en ancianos con discrepancia entre las cifras de presión arterial y la repercusión orgánica de la misma, o en ancianos que bajo tratamiento antihipertensivo se desarrollan síntomas de hipotensión en ausencia de presión arterial bajas con el esfigmomanómetro.

Puede ser de utilidad la maniobra de Osler: palpación de una arteria radial dura que no se colapsa tras inflar el manguito hasta cifras por encima de la presión arterial sistólica. Sin embargo, es una situación rara, y en los grandes estudios epidemiológicos y de intervención estos pacientes no han sido ni identificados ni excluidos, por lo que no está claro que no se puedan beneficiar del tratamiento.

La clasificación actual de la hipertensión arterial en adultos de 18 años de edad o mayores de acuerdo al Séptimo informe del Joint National Committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial publicado en el 2003 (JNC VII), se basa en la media de dos o más lecturas de la Presión Arterial tomada de forma adecuada en cada una de dos o más visitas al consultorio.¹

Clasificación de la Presión Arterial			
Presión Arterial (mmHg)	GRUPO A (No FRC ni AOD/EC)**	GRUPO B (>= IFRG. No Diabetes. No AOD/EC)	GRUPO C (AOD/EC o Diabetes con o sin otros FRC)
Normal alta (130-139/85-89)	Modificación del estilo de vida	Modificación del estilo de vida	Tratamiento farmacológico****
Estadio 1 (140-159/90-99)	Modificación del estilo de vida (12 meses)	Modificación del estilo de vida (6 meses)	Tratamiento farmacológico
Estadios 2 y 3 (>= 160 /> =100)	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico

**FRC=Factores de riesgo cardiovascular. AOD/EC=Afectación de órgano "diana"/Enfermedad cardiovascular.

***Si múltiples FRC a considerar tratamiento farmacológicos.

****Para los pacientes con Insuficiencia cardiaca, Insuficiente renal o Diabetes.

La hipertensión es una enfermedad crónica. Por ello, la familia es un aspecto esencial para el hipertenso. Su participación activa permitirá al paciente tomar decisiones de manera correcta y oportuna en el autocuidado.

La enfermedad crónica es un padecimiento de larga evolución, con desarrollo generalmente insidioso, con gran deterioro físico, mental, o ambos, no curable, que origina complicaciones, con gran repercusión individual y familiar.²

Familia. Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

La familia con enfermedad crónica degenerativa. Padecer una enfermedad crónica no es privativo de los miembros de mayor edad en la familia, puede presentarse a cualquier edad, desde padecimientos congénitos en los recién nacidos hasta los ancianos. Es así que mediante las diferentes fases del ciclo de vida familiar es posible estar en contacto con familias que presenten uno o más miembros con patologías crónicas que ameriten la atención ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria.

El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia es considerable, requiriendo un cambio de roles y una redistribución de las tareas. La adaptabilidad de la familia se pone a prueba. La enfermedad crónica equivale a tener un miembro nuevo en la familia: hay que hacer ajustes para vivir con su presencia.²

Sin embargo, para incluir en una investigación el factor familia, deben considerarse que hay una clasificación que facilita conocer la forma en que afecta al paciente el tipo de familia al que pertenece.³ La clasificación es la siguiente:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos estilos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales

Sin embargo, el nivel socioeconómico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades

fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Por ello, es necesario medir el índice simplificado de pobreza familiar que considera, el ingreso económico, la escolaridad materna, el hacinamiento y el número de hijos dependientes para obtener un puntaje y determinar el resultado en algunas de las tres categorías: Sin evidencia de pobreza familiar, Pobreza familiar baja, y Pobreza familiar alta.⁴

La hipertensión en México

La transición epidemiológica y el incremento en la esperanza de vida han influido en la aparición de padecimiento crónico degenerativos altamente demandantes de servicios de salud. De estos padecimientos, al ocupar los primeros lugares de atención, destacan los cardiovasculares; entre ellos, la hipertensión arterial afecta aproximadamente 50 millones de individuos en Estados Unidos de América⁵, en tanto en Canadá⁶ y México la prevalencia alcanza 25 y 26.6%,⁷ respectivamente; y un mil millones de individuos en el resto del mundo, afectando de un 15 % a 30 % de la población mundial, y es uno de los factores predictivos de enfermedad cardiovascular más importantes, por lo tanto su control es indispensable.⁸

México en 1998, reportó 481,368 casos nuevos. En 1999, la cifra correspondió a 321,387. (Sistema Único de Información, diciembre de 1999 al 1 de enero de 2000). Esto sin considerar que por cada hipertenso diagnosticado se estima que existen 1.3 que no se han diagnosticado.⁹

México en el año 2000, reportó 30.05% como prevalencia de hipertensión arterial entre los 20 y 69 años, es decir, más de 15 millones de mexicanos. Los estados del norte del país alcanzaron cifras de prevalencia aun mayores. La prevalencia de hipertensión arterial guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente, estilo de vida, género, y factores co-mórbidos, como dislipidemias, obesidad, diabetes, tabaquismo y predisposición genética. La mayoría de los lineamientos internacionales están basados en estudios realizados en población anglosajona y/o caucásica.¹⁰

En relación con el sexo, se sabe que para el caso de la hipertensión arterial, la prevalencia es mayor en el sexo masculino según lo señalado en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC).^{11, 12} La prevalencia de la hipertensión arterial en la población en general se incrementa con la edad; este comportamiento es similar al de la población en México.¹³

La hipertensión arterial va en aumento en México. En 2008, su prevalencia era 30.05% entre los 20 y 69 años (es decir, más de 15 millones de mexicanos, en dicho grupo de edad); 43.6% de los pacientes no lo sabía; 46.9% de estos recibía tratamiento y sólo 19.4% se encontraba controlado. Esto indica que a pesar de los recursos farmacológicos y los esfuerzos del equipo de salud para otorgar el tratamiento no farmacológico, un gran porcentaje de pacientes continúa descontrolado. Los estados del norte del país alcanzaron cifras de prevalencia aun mayores.¹⁴

En general, éstos incluyen a pacientes con edad ≥ 55 años. En contraste, en México la distribución poblacional es aún de tipo piramidal, es decir, la mayor parte del bloque de la población se ubica entre los 20 y 54 años. Así, si bien es cierto que la prevalencia en términos porcentuales de la HTAS se relaciona de manera directa con la edad, al cuantificar el número de pacientes portadores de HTAS de manera absoluta, se encontró que en México el 75% de los hipertensos, tienen menos de 54 años de edad. Por lo tanto, debemos desmitificar que la hipertensión es una enfermedad de gente adulta mayor.^{14, 15} En la próxima década morirán por hipertensión más de 20 millones de personas en el mundo.¹⁶

ESTILO DE VIDA

El término calidad proviene del latín *qualitas*, atis que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa.

Las actividades cotidianas que realiza el médico familiar incluyen acciones dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y limitar el daño. Con el objetivo del cambio de actitudes y de los estilos de vida no saludables que generan enfermedad y muerte.

Esto hace disponer necesariamente de instrumentos válidos, confiables, de aplicación rápida y fácil interpretación, que permitan identificar y medir los componentes del estilo de vida que pudieran constituirse en factores de riesgo y que sean susceptibles de modificación mediante acciones conjuntas del equipo de salud y de los pacientes.

Basado en la clasificación de necesidades del individuo, el sentido del estilo de vida emana de la necesidad inherente del individuo de percibir los logros de su vida como parte del desarrollo mismo de su persona, que lo motiva a alcanzar cada vez más el reconocimiento pleno de sus logros. Esto trata de reflejarlo en la capacidad de alcance que tenga de allegarse bienes que le brinden un estatus social, y un fortalecimiento de su autoestima al considerar que entonces el sentido que tiene la vida, sus objetivos individuales y familiares, así como el plan de acción que deba desarrollar.¹⁷

Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad, son características que la economía de consumo ha entendido perfectamente y ha obligado a la humanidad a partir de esa consideración económica y no la de la satisfacción verdadera de la necesidad primaria, sino que es el mercado quien marca la tendencia al consolidar la mercadotecnia su razón de ser en convencer al consumidor de la moda que debe de seguir al consumir en el mercado.¹⁸

El resquebrajamiento social no permite fácilmente a la familia brindar las condiciones de afecto y atención que promuevan mantener la integración social y familiar, de modo de evolucionar la perspectiva de la sociedad a un nivel de mayor valoración humana y de integridad personal que conlleve a un fortalecimiento cultura de la sociedad.

La satisfacción con la vida, solo será alcanzable cuando la sociedad educada sea capaz de distinguir el efecto dañino que significan los productos mediáticos que están al alcance de su bolsillo, más no alivian la satisfacción del pensamiento racional o irracional del individuo que toma decisiones de compra para ver a la vida de la mejor forma posible, no es considerar a los productos clonados como malos por la ilegalidad en el que se desenvuelven, sino que al individuo no le satisfacen de la misma manera que lo hubiera hecho el producto original, es una satisfacción limitada de la vida.

La valoración de la convivencia social se ha degradado conforme los pilares de la familia han tenido que enfrentar la problemática de la manutención de forma conjunta, lo que ha modificado el sentido de la solidaridad llevándola al territorio familiar y alejándola de la dinámica de la comunidad y la población en su conjunto, esto sin embargo no ayuda al fortalecimiento de la integración social, pues el empleo otra vez, no respeta fechas ni horarios que no limiten el desarrollo familiar.

La tolerancia ha sido considerada un tema en crisis desde perspectivas tan distantes como las creencias religiosas, como el enfrentamiento político o los perfiles variados de los jóvenes en formación, más es necesaria considerarla como parte de la consolidación familiar y el fortalecimiento de un estilo de vida capaz de observar al individuo como tal, y al eslabón que significa dentro de su contexto social.

El autocuidado que deban desarrollar las personas para considerarse como tales, debe fundarse considerando lo saludable como eje rector del desarrollo de ese cuidado. Con ello, la perspectiva de vida de las siguientes generaciones de dichos grupos sociales, deberá evolucionar conforme el sistema sea asimilado por integrantes del núcleo social.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un sólo término el compromiso individual y social, convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

La perspectiva de evolución del hogar mexicano que sin duda impacta los hábitos y decisiones de compra, tiene que ver con el desarrollo del nivel socioeconómico, y la tendencia que debe existir hacia familias menos numerosas. Además, la tendencia creciente de la mujer con algún tipo de trabajo remunerado, es fundamental para consolidar la equidad de género en la perspectiva de desarrollo de México.

Los instrumentos para medir el estilo de vida todavía son escasos.

FANTASTIC. Este cuestionario es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a conocer y medir los estilos de vida de

sus pacientes. Es un cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados que exploran nueve dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida:

Familia-amigos

Actividad física

Nutrición

Tabaco-toxinas

Alcohol

Sueño-cinturón de seguridad-estrés

Tipo de personalidad

Interior (ansiedad, preocupación, depresión)

Carrera (labores)

La versión en español del instrumento fue obtenida mediante traducción inglés-español y re traducción español-inglés por traductores expertos, independientes y cegados, hasta obtener versiones similares en inglés; fue adaptado por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión por los pacientes mexicanos. Los ítems presentan cinco opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 4 para cada una, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos para todo el instrumento. En México fue aplicado previamente en sujetos con hipertensión arterial, encontrando correlaciones débiles entre las calificaciones y algunos parámetros de control clínico.

Los cinco niveles de calificación propuestos por los creadores del instrumento:

n \leq 39 puntos = existe peligro

n 40 a 59 puntos = malo

n 60 a 69 puntos = regular

n 70 a 84 puntos = bueno

n 85 a 100 puntos = excelente

El instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial, se validó en una muestra de 103 adultos hipertensos con tratamiento farmacológico. Resultó la consistencia del instrumento muy buena y su

contenido no se correlaciona específicamente con los indicadores clínicos de control en hipertensos. No se encontraron diferencias en la calificación total según el sexo. Mientras que a mayor edad, se encontró mayor calificación y menor IMC. Se observó correlación negativa débil y no significativa entre mayor calificación total y menor TAD. Hubo correlación negativa entre mayor calificación en el dominio de nutrición y menor IMC ($p=0,01$), entre mayor calificación en el dominio de tabaco (menor consumo) con menor TAD ($p = 0,05$) y menor TAM ($p = 0,05$).¹⁹

Otro estudio realizado en la UMF Núm. 66 con una muestra de 255 pacientes hipertensos, reportó 35% de pacientes con edad de 60 a 69 años, 66% pacientes mujeres, 82% casados, 35% con estudios de primaria, 38% su actividad son las labores del hogar y 28% empleado. 65% presentó pobreza familiar baja, 24% presenta pobreza alta y sólo 11% no presentó evidencia de pobreza familiar. 80% de los pacientes tiene 10 ó más años de evolución y 20% tiene menos de 10 años de evolución. Respecto al resultado mediante el instrumento FANTASTIC, el 51% presentó un estilo de vida regular, 26% bueno, 22% malo, y sólo el 1% excelente. Los dominios con menor puntaje fueron nutrición, sueño-estrés y actividad física.²⁰

Un estudio realizado en la UMF Núm. 66 con una muestra de 230 pacientes hipertensos, reportó alrededor de una tercera parte con edad entre 51 y 60 años, 73% mujeres, 66% casados, 27% tienen estudios de secundaria, 51% su actividad son las labores del hogar. Casi una cuarta parte de los pacientes hipertensos (26%) no presentó evidencia de pobreza familiar, más de la mitad presenta pobreza familiar baja (56%), y 19% presenta pobreza familiar alta. 44% de los pacientes tiene 5 o menos años de evolución, 28% tiene de 6 a 10 años, 17% tiene de 11 a 15 y el resto tiene más de 15 y hasta 32 años de evolución. Mediante el instrumento FANTASTIC, con una confiabilidad de 0.77, casi la tercera parte de la muestra presentó un estilo de vida excelente (29%); alrededor de la mitad bueno; 15% regular y sólo 4% malo.²¹

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En la UMF Núm. 19 de Banderilla, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar de motivo de consulta externa. No existen hasta ahora estudios previos que demuestren el comportamiento de los padecimientos de la población, ni información suficiente para saber las características de los pacientes.

La población sobre la que se desarrolla la investigación se sienta en potenciales cinturones de miseria de las zonas metropolitanas al situarse en las orillas de la capital del estado, motivo por el cual se realizó este trabajo, obliga primeramente a identificar las características sociales, demográficas, económicas y culturales que presenta la población objeto de estudio y la influencia de su entorno en su propio comportamiento habitual de vida, esta propuesta permite entonces presentar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características socio-demográficas, clínicas y de estilo de vida de la población hipertensa atendida en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 19 del I.M.S.S. en el municipio de Banderilla, Veracruz?

JUSTIFICACIÓN

Dada la alta prevalencia de hipertensión arterial y que de éstos, sólo el 20% se encuentran controlados, y que en nuestra unidad de trabajo, no se tiene registro fidedigno de los factores que contribuyen al inadecuado control de los pacientes hipertensos, como médicos familiares, tenemos la ardua labor de primero conocer los factores de riesgo modificables y sobre todo los no modificables como estilos de vida, y características socio-demográficas. Ya que es aquí donde nuestra labor se hace factible y de suma importancia para convertirlos en estilos de vida saludables que implica no sólo dieta y ejercicio, sino elementos tan esenciales como son higiene del sueño, manejo de emociones, control del abuso de sustancias, entre otros. Todo esto en conjunto, permitirá lograr una limitación de complicaciones en el paciente con hipertensión arterial. Por tal motivo, es de gran importancia la realización de este trabajo en la población manejada diariamente en la UMF Núm. 19 de Banderilla, Ver.

OBJETIVOS

General

Determinar las características socio-demográficas, clínicas y de estilo de vida de la población hipertensa atendida en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 19 del I.M.S.S de Banderilla, Veracruz en el periodo comprendido de noviembre 2011 a febrero 2012.

Específicos

Determinar en los pacientes hipertensos adscritos a la UMF Núm. 19:

1. Las características socio-demográficas (sexo, edad, escolaridad, estado civil; ocupación, tipología familiar e índice de pobreza familiar.
2. Las características clínicas: IMC; años de evolución de la enfermedad, antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial, co-morbilidad, el grado de HTA en el momento de la consulta y tratamiento farmacológico.
3. Determinar las características familiares.
4. Determinar el estilo de vida en los pacientes hipertensos adscritos a la UMF Núm. 19 en las dimensiones familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco-toxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad, estrés, tipo de personalidad interior (ansiedad preocupación depresión). Carrera (labores)

METODOLOGÍA

Diseño: Encuesta prospectiva descriptiva.

Tiempo: Mayo de 2010 a Octubre de 2012.

Lugar: UMF Núm. 19 del IMSS en Banderilla, Veracruz

Población: Pacientes hipertensos adscritos a la UMF Núm. 19 de Banderilla, Veracruz

Muestra: La muestra quedó conformada por los pacientes con hipertensión arterial adscritos a la UMF Núm. 19 mediante un *Muestreo aleatorio simple para población conocida*.²⁴ Mediante la fórmula para el tamaño de muestra en población finita (N conocida) que es la siguiente:

$$n = \frac{N(pq)}{(N - 1) + \frac{B^2}{Z_{\alpha/2}^2} + (pq)} = \frac{503 (0.5 * 0.5)}{(503 - 1) * \frac{(0.06)^2}{(1.96)^2} + (0.5 * 0.5)} = 174$$

donde:

$N = 503$ es la población de hipertensos en la UMF Núm. 19

$\hat{p}\hat{q}$ son las probabilidades de pacientes con apropiados estilos de vida utilizando *varianza máxima*. En este caso, se asumió que $\hat{p} = 0.5$, es la probabilidad de la población de pacientes con apropiado estilo de vida; y, $\hat{q} = 0.5$ la probabilidad de pacientes que tienen un estilo de vida no apropiado.

$B = 0.06$ es la precisión permisible en la estimación de la muestra

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ es el valor para el 95% de confianza

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes hipertensos adscritos a la UMF Núm. 19 de Banderilla, Veracruz
- Que estén vigentes en sus derechos
- Que acepten participar en el estudio
- Femenino y masculino
- Mayores de 25 años

Criterios de Exclusión:

- Pacientes embarazadas

Criterios de Eliminación:

- Cuestionarios incompletos

PROGRAMA DE TRABAJO

La colección de datos de la muestra conformada por 174 pacientes con hipertensión arterial adscritos a la UMF Núm. 19, se realizó de la forma siguiente:

1. Se diseñó un instrumento de recolección de datos. Los apartados que se aplicaron, para cumplir con los objetivos planteados, son:

- Características socio-demográficas
- Características clínicas
- Registrar su tensión arterial

2.- Para medir el Estilo de Vida se utilizó el instrumento FANTASTIC.

3. Se realizó una búsqueda intencionada de pacientes en la consulta de la UMF 19, para entrevistarlos, informarles el objetivo del estudio y solicitar su consentimiento por escrito.

4. Se aplicó el cuestionario, y se mencionó que los resultados obtenidos solamente serán de uso estadístico así como la confidencialidad de los resultados.

5. Posteriormente, se procedió a capturar los cuestionarios en una base de datos en Excel para su posterior análisis estadístico.

VARIABLES

Las variables que se estudiaron se describen en la tabla siguiente:

Tabla 3. Descripción, valores y escala de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Presión arterial	Expresada en mmHg y se refiere a la presión que ejerce la sangre sobre contra las paredes de las arterias	La que se obtenga a la exploración física	Optima: <120 a <80 Normal: 120-129 a 85-89 Hipertensión estadio 1: 140-159 a 90-99 Hipertensión estadio 2: 160-179 a 100-109. Hipertensión estadio 3: >180 a 110 Hipertensión sistólica aislada: >140 a <90	Ordinal
Sexo	El género está determinado por las características genéticas, hormonales, fisiológicas y funcionales que diferencian biológicamente a los seres humanos	La obtenida en la entrevista	1.Femenino 2.Masculino	Nominal
Edad	Tiempo de existencia de una persona desde su nacimiento hasta la actualidad	La obtenida en la entrevista	Número entero	Razón
Peso	La fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo y a la magnitud de dicha fuerza	La que se obtenga a la exploración física	Número con decimales	Razón
Talla	La distancia desde la planta hasta la coronilla de la cabeza con el cuerpo de pie sobre una superficie plana y totalmente extendida	Obtenida en la exploración física	Número entero	Razón

Continúa... Tabla 3. Descripción, valores y escala de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
IMC	Se define como el peso corporal del individuo dividido por el cuadrado de su altura	IMC = peso/estatura al cuadrado	Bajo menos de 18.0 Normal 18.1-24.9 Sobrepeso 25.0-29.9 Obesidad 30.0 ó más	Ordinal
Estado civil	Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles	Obtenida en la entrevista	1.Soltero 2.Casado 3. Unión libre 4.Divorciado 5. Viudo	Nominal
Escolaridad	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada	Obtenida en la entrevista	1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Carrera Técnica 6. Licenciatura	Ordinal
Ocupación	Es un conjunto de empleos cuyas tareas presentan una gran similitud. Corresponde al Grupo Primario" constituye el primer escalón de agrupamiento de las actividades laborales	Obtenida en la entrevista	1.Desempleado 2.Labores del hogar 3.Obrero 4.Comerciante 5.Empleado 6.Otro: _____	Nominal
Tiempo de evolución	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la fecha en que se realiza el estudio	Obtenida en la entrevista		Razón

Continúa... Tabla 3. Descripción, valores y escala de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Comorbilidad	<i>presencia</i> de un trastorno (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario	Obtenida en la entrevista	Diabetes Mellitus Cardiopatía isquémica Hipercolesterolemia Hipertrigliceridemia Otras_____	Nominal
Tratamiento farmacológico	Sustancia que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o estado anormal	Obtenida en la entrevista	Captopril Enalapril Metoprolol Verapamilo Losartan Nifedipino amlodipino Hidroclorotiazida	Nominal
Clasificación de las familia con base en el parentesco	El parentesco es un vinculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación aceptable por afectividad análoga a esta	Obtenida en la entrevista	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa reconstruida (binuclear) Monoparental Monoparental extendida Monoparental extendida compuesta Extensa Extensa compuesta No parental	Nominal
Clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia	La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias	Obtenidas en la entrevista	Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa Descendente Extensa colateral	Nominal

Continúa... Tabla 3. Descripción, valores y escala de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia	Basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia	Obtenida en la entrevista	Agrícola y pecuarias Industrial Comercial Servicios	Nominal
Clasificación de las familias con base en nuevos estilos de vida personal familiar originados por cambios sociales	Se deben tomar en consideración los cambios en las sociedades modernas y que ha representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar	Obtenida en la entrevista	Persona que vive sola Matrimonio o pareja de homosexuales Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos Familia grupal Familia comunal Poligamia	Nominal
Índice Simplificado de pobreza familiar	Son aquellas familias que tienen ingresos inferiores (por debajo de la media que se considera el nivel de subsistencia) los más bajos niveles de instrucción, los que tienen menos poder o influencias	Obtenida en la entrevista	0-3 Sin evidencia de Pobreza 4-6 Pobreza baja 7 ó más Pobreza alta	Ordinal

Continúa... Tabla 3. Descripción, valores y escala de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Estilo de vida	Se define como “el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario”	Lo que responda al instrumento FANTASTIC Familia – amigos Actividad física Nutrición Sueño- cinturón de seguridad-estrés Tipo de personalidad Interior(ansiedad preocupación depresión) Carrera (labores)	≤ 39 puntos = existe peligro 40 a 59 puntos = malo 60 a 69 puntos = regular 70 a 84 puntos = bueno 85 a 100 puntos = excelente	Ordinal

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los cuestionarios se capturaron en la hoja de cálculo Excel y se exportaron al software Statistica (2004)²⁵ para su procesamiento estadístico que consistió en lo siguiente:

Estadística descriptiva. Frecuencias, porcentajes para las características demográficas, familiares y clínicas.

Estadística exploratoria. Gráficos de barras y pastel para conocer la distribución porcentual de pacientes para el IMC, el tiempo de evolución y el estilo de vida.

El proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación Número 3004 obteniendo el registro de SIRELCIS número R-2011-3004-33.

RESULTADOS

Características socio-demográficas de los hipertensos

Tabla 1. Características generales

Características generales	Hipertensos	
	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	119	68,39
Hombre	55	31,61
Edad		
< 40	4	2,40
40 – 49	18	10,78
50 – 59	61	36,53
60 – 69	58	34,73
70 – 79	22	13,17
> 80	4	2,40
Estado civil		
Soltero	26	15,03
Casado	105	60,69
Unión libre	22	12,72
Viudo	15	8,67
Divorciado	5	2,89
Escolaridad		
Sin estudios	33	19,19
Primaria	85	49,42
Secundaria	30	17,44
Preparatoria	11	6,40
Carrera Técnica	3	1,74
Licenciatura	10	5,81
Ocupación		
Labores del hogar	91	54,82
Campeño	5	3,01
Empleado	26	15,66
Comerciante	7	4,22
Obrero	7	4,22
Jubilado	24	14,46
Profesionista	1	0,60
Otra (Chofer, Jefe Maquina pesada, Vende ropa, Intendente, Presionado)	5	3,01

El 68% de los pacientes hipertensos son mujeres, 37% tienen una edad entre 50 y 59 años, 61% son casados, 49% tienen estudios de primaria, 55% se dedican a labores del hogar, 16% son empleados y otro 15% son jubilados (ver Tabla 1).

Tabla 2. Índice Simplificado de Pobreza Familiar

Índice Simplificado de Pobreza Familiar	Hipertensos	
	Frecuencia	Porcentaje
ISPF		
Sin evidencia P.F.	23	13,22
Pobreza Familiar Baja	117	67,24
Pobreza .Familiar Alta	34	19,54

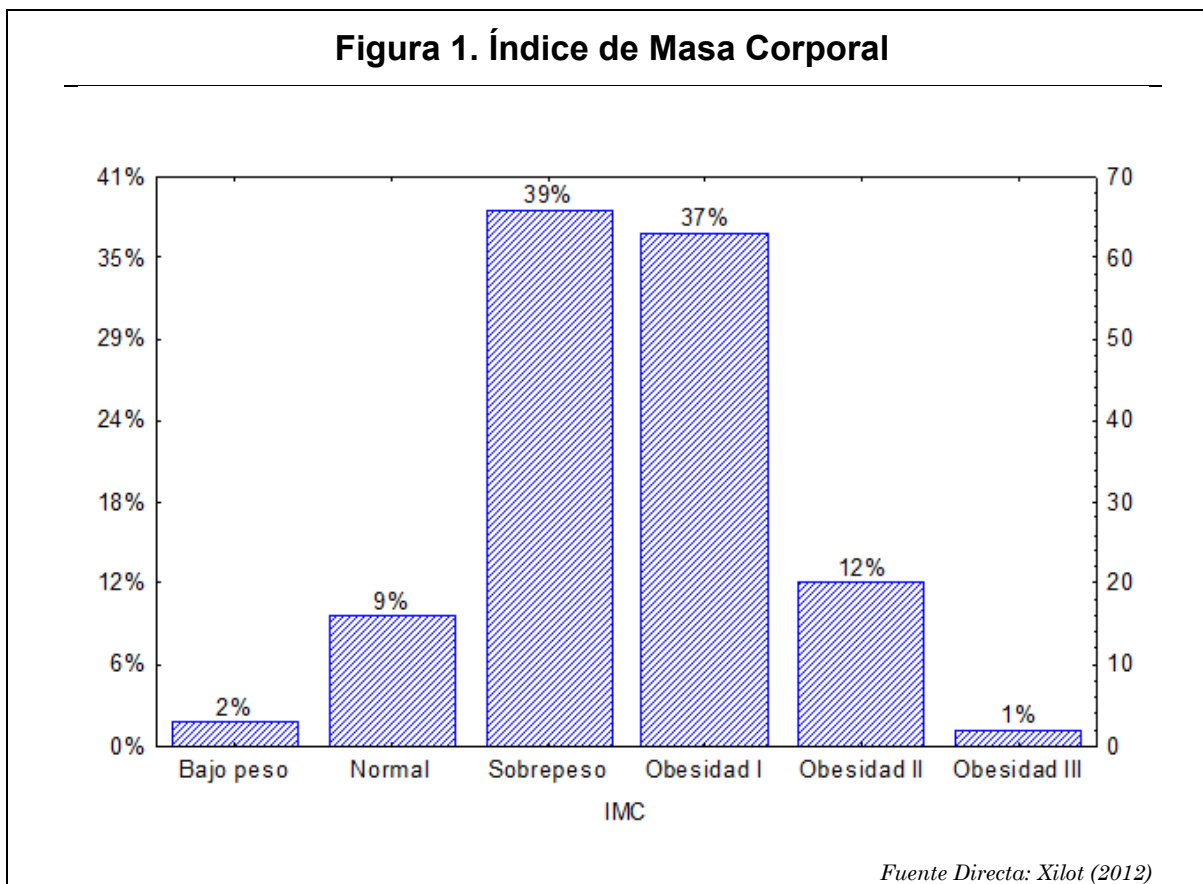
El 67% de los hipertensos presentaron pobreza familiar baja, 20% pobreza familiar alta y 13% no presentaron evidencia de pobreza familiar (ver Tabla 2).

Tabla 3. Tipología familiar

Tipología familiar	Hipertensos	
	Frecuencia	Porcentaje
Con base a su parentesco		
Nuclear	28	19,86
Nuclear simple	46	32,62
Nuclear numerosa	22	15,60
Reconstruida	1	0,71
Monoparental	10	7,09
Monoparental extendida	9	6,38
Monoparental extendida compuesta	6	4,26
Extensa	3	2,13
Extensa compuesta	16	11,35
Con base a su presencia física		
Núcleo integrado	110	67,07
Núcleo no integrado	24	14,63
Extensa ascendente	20	12,20
Extensa descendente	9	5,49
Extensa Colateral	1	0,61
Con base a su subsistencia		
Agrícola o pecuaria	16	10,06
Industrial	4	2,52
Comercial	24	15,09
Servicios	115	72,33
Nuevos estilos de vida		
Persona que vive sola	6	15,79
Matrimonios o parejas de homosexuales		
Familia grupal	31	81,58
Familia comunal	1	2,63

El 33% de los hipertensos pertenecen a una familia nuclear simple, 67% a una familia de núcleo integrado, 72% a una familia que subsiste de los servicios, y 82% a una familia grupal (ver Tabla 3).

Características clínicas de los hipertensos

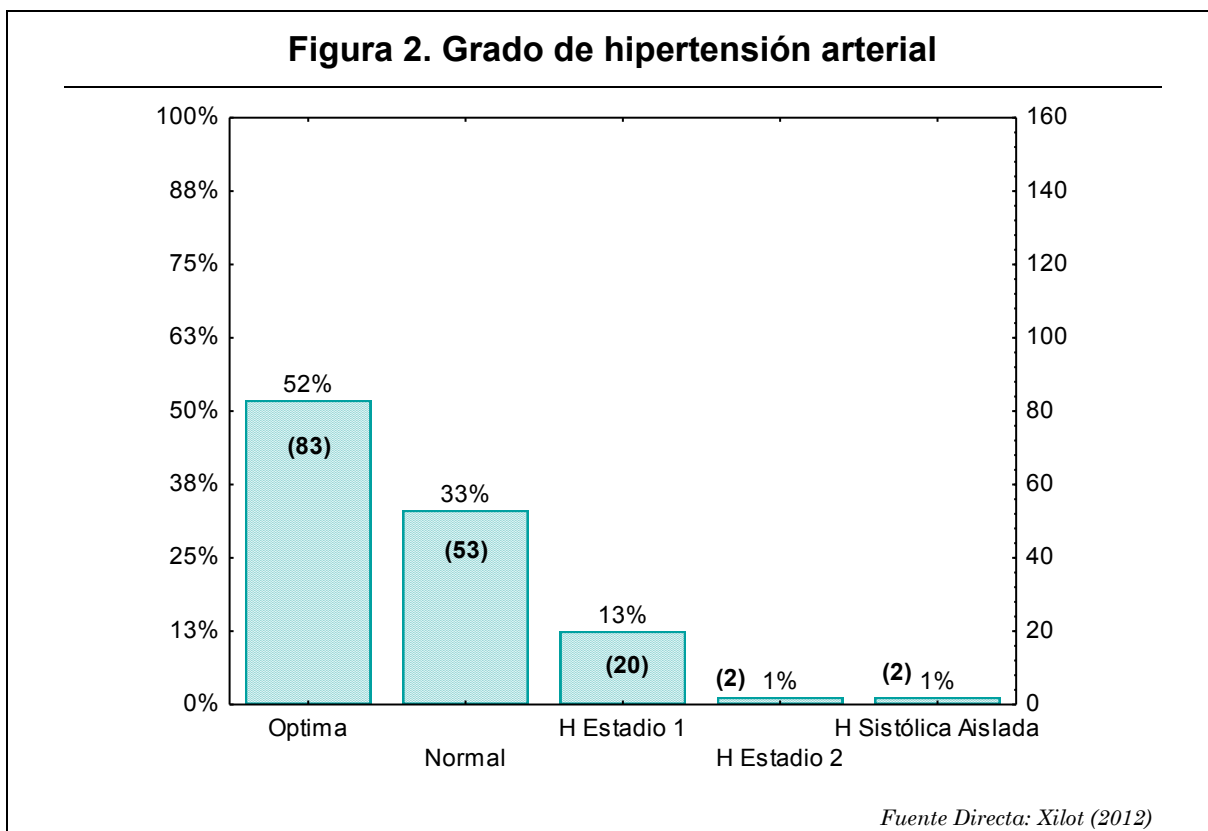


El 39% de los hipertensos presentan sobrepeso (25,0 – 29,9), 37% obesidad I (30,0 – 34,9), 12% obesidad II (35,0 – 39,9), 1% obesidad III (≥ 40), sólo el 9% presentan peso normal (18,5 – 24,9), y sólo el 2% presentan bajo peso ($< 18,5$) (ver Figura 1).

Tabla 4. Tensión arterial de los hipertensos

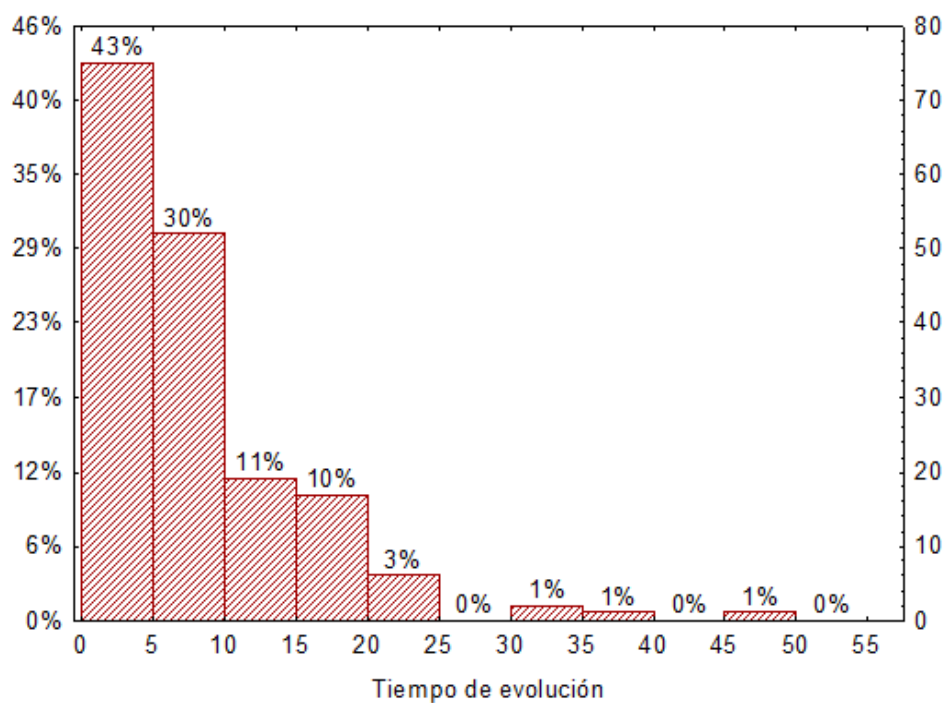
Tensión arterial	Estadísticas descriptivas		
	Media	Mínimo	Máximo
Sistólica	123,05	17	180
Diastólica	76,65	60	100

Respecto a la tensión arterial, la sistólica en promedio es de 123 y 76 en la diastólica media con una mínima de 17 y 60, respectivamente, y con una máxima de 180 y 100, respectivamente (ver Tabla 4).



En cuanto al grado de hipertensión que presentaron los pacientes, el 52% se encuentra en optimas condiciones, 33% en nivel normal, 13% en estadio 1, 1% en estadio 2 y 1% en sistólica aislada (ver Figura 2).

Figura 3. Tiempo de evolución del padecimiento



Fuente Directa: Xilot (2012)

En cuanto a los años de evolución, el 43% de los hipertensos tienen 5 o menos años con el padecimiento, 30% tienen de 5 a 10 años, y el resto tiene más de 10 años (ver Figura 3).

El 100% de los hipertensos de este estudio tienen antecedentes heredo familiares por parte del padre, la madre o ambos.

Tabla 5. Otros padecimientos presentados por algunos hipertensos

Padecimientos	Hipertensos	
	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	5	22,73
Artritis	5	22,73
Insuficiencia Renal	3	13,64
Otros	9	40,91
Total	22	100

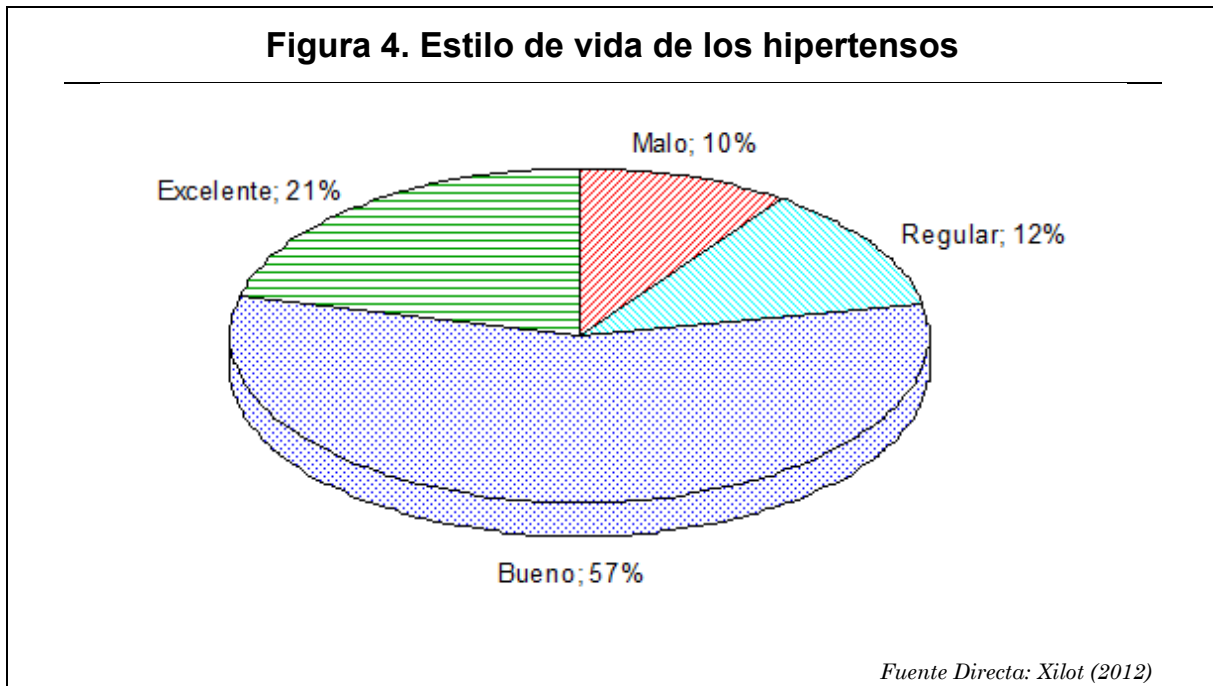
Respecto a otros padecimientos, 5 hipertensos presentan además Diabetes Mellitus, 5 artritis, 3 insuficiencia renal y 9 otros padecimientos como: Parkinson, C. Isquémica, Hipertrigliceridemia, Hernias de disco, Hipotiroidismo, TX Hiperplasia Prostática, Glaucoma, EVL (ver Tabla 5).

Tabla 6. Tratamiento farmacológico

Tratamientos	Hipertensos	
	Frecuencia	Porcentaje
Enalapril	24	15,79
Losartan	33	21,71
Clortalidona	3	1,97
Losartan, Clortalidona	19	12,50
Enalapril, Clortalidona	19	12,50
Metoprolol	12	7,89
Captopril	11	7,24
Otros	31	20,39
Total	152	100

En cuanto a los medicamentos que utilizan para controlar la hipertensión, 16% mencionaron Enalapril, 22% Losartan, 13% Losartán y Clortalidona, 13% Enalapril y Clortalidona, 8% Metoprolol, 8% Captopril, y 31 consumen: Nifenipino, Metoprolol, Nifedipina, Furosemida, Losartan, Metoprolol, Amlodipino, entre otros (ver Tabla 6).

Estilo de vida de los hipertensos



En cuanto al estilo de vida de acuerdo al instrumento FANTASTIC se obtuvo que el 21% de los hipertensos presentan estilo de vida excelente, 12% regular, 10% malo y el 57% bueno (ver Figura 4).

Tabla 7. Aspectos del instrumento FANTASTIC que evalúa el estilo de vida

Aspectos del instrumento FANTASTIC	Estadísticas descriptivas			
	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Familia y Amigos	10,40	1,00	12,0	2,19
Actividad	2,80	0,00	8,0	2,28
Nutrición	10,89	0,00	16,0	2,65
Tabaco y Toxinas	10,71	5,00	12,0	1,29
Alcohol	7,52	2,00	8,0	1,08
Sueño, cinturón de seguridad, estrés	7,36	1,00	12,0	2,60
Tipo de Personalidad	10,39	1,00	12,0	2,31
Interior	8,74	0,00	12,0	2,70
Carrera (trabajo, labores del hogar, etc.)	7,33	2,00	8,0	1,33

Respecto a los dominios que evalúa el FANTASTIC, en este caso de estudio se obtuvieron en promedio puntajes bajos en actividad, puntajes medios en nutrición, y puntajes altos en familia y amigos, tabaco y toxinas, alcohol, sueño, tipo de personalidad, interior y carrera (Tabla 7).

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el puntaje de estilo de vida y las características socio-demográficas y clínicas.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio son similares a los reportados de los estudios realizados en la UMF Núm. 66 por Figueroa Roa y por Pacheco Cruz, en cuanto al sexo predominan un 68% las mujeres con 66%²⁰, y con 73%²¹. El 37% tienen edad entre 50 y 59 años parecido al 33%²⁰ que presentaron edad entre 50 y 59. El 61% casados menor al 82%²⁰ y al 66%²¹. El 55% se dedican a labores del hogar porcentaje mayor respecto al 38%. Los resultados respecto al nivel de escolaridad, 49% tienen estudios de primaria difiere.

Del índice de pobreza familiar, 13% de pacientes hipertensos no presentaron evidencia de pobreza familiar, similar respecto al 11%²⁰ y menor en comparación con el 26%²¹.

Respecto a la tipología familiar, coincide con los estudios en la UMF Núm. 66 por Figueroa Roa y por Pacheco Cruz, 33% de los hipertensos pertenecen a una familia nuclear simple con 34%²⁰ y con 38%²¹, y 67% a una familia de núcleo integrado.

Los porcentajes del tiempo de evolución de la enfermedad se asemejan y difieren, al observar 43% de hipertensos que presentan 5 o menos años con el padecimiento mientras que en la UMF Núm. 66 Figueroa Roa reportó un 20%²⁰ que tienen menos de 10 años de evolución y similar al encontrado por Pacheco Cruz con 5 o menos años 44%²¹.

Respecto al estilo de vida evaluado mediante el instrumento FANTASTIC se observa un 21% de hipertensos con un estilo de vida excelente, mayor que el reportado por Figueroa Roa 1%²⁰ y menor que el encontrado por Pacheco Cruz 29%²¹, 12% regular diferente del 51%²⁰ y similar al 15%²¹, 57% bueno es mayor que el 26%²⁰ y es similar al 52%²¹, y 10% malo es menor que el 22%²⁰ y mayor respecto al 4%²¹.

De los dominios que evalúa el FANTASTIC, en este estudio se obtuvieron en promedio puntajes bajos en actividad, mientras que Figueroa Roa encontró con menor puntaje a los dominios nutrición, sueño-estrés y actividad física.²⁰

CONCLUSIONES

En este estudio el estilo de vida de los pacientes hipertensos se considera aceptable en un 78%. Se obtuvieron puntajes bajos en actividad, puntajes medios en nutrición, y puntajes altos en familia y amigos, tabaco y toxinas, alcohol, sueño, tipo de personalidad, interior y carrera, lo cual indica que los pacientes adscritos a ésta UMF Núm. 19 no sólo acuden a su consulta de control, si no que cuidan algunos aspectos de su estilo de vida como la nutrición, y descuidan otros como la actividad física.

En esta investigación, los resultados permiten observar que la mayoría de los pacientes si pueden cambiar su estilo de vida para mejorar las cifras tensionales. Además, hay disposición de cada uno de ellos para bajar de peso y entrar al grupo de hipertensos y diabéticos para actividad física, que coordina el departamento de nutrición para orientación nutricional y así mejorar su alimentación que es uno de los factores que conllevan a mantener la presión arterial alta.

Otro punto importante es el autoestima de los pacientes. Cuando se realizó la investigación, se encontró que muchos pacientes, principalmente las mujeres, padecen de incomprensión por parte de la pareja o apoyo de los hijos. Por lo que, también se tiene apoyo de Psicología donde habrá pláticas, y actividades recreativas para mejorar el estado de depresión. En lo que respecta, a pacientes de otras comunidades se han creado grupos de autoayuda para realizar actividades físicas y manualidades. Ellos acuden una vez por semana a pláticas con la Psicóloga.

Dentro de lo positivo de esta investigación, es que en esta clínica se inició un programa con los pacientes de enfermedades crónico-degenerativas, y se formaron grupos de autoayuda para preservar la vida y el autoestima.

Por lo tanto, la UMF Núm. 19 deberá seguir promoviendo sesiones o talleres para hipertensos y otros padecimientos. En dichas actividades deberán motivarse el ejercicio, el cuidado de su estilo de vida y/o las modificaciones necesarias que contribuyan a un mejor estado de salud estable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berjón J, Olaz F. Diagnóstico de la Hipertensión Arterial. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Revista on-line] 2009 [acceso 11 de mayo 2012]. Vol. 21, Suplemento 1
Disponible en:
<http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/vol21/suple1/suple4a.html>
2. Anzures CR, Chávez AV, García PMC y Pons AON. Medicina Familiar. Corporativo Intermédica, S. A. de C. V. México, DF, 2008
3. Archivos en Medicina familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. 2005. 7(Supl. 1): 15-19
4. Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PJ, Rodríguez LJ. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. 1^a ed. México: Editores de Textos Mexicanos, 2008.
5. National Health and Nutrition Examination Survey III, 2008-2009 CDS/NCHS.
6. Joffres MR. Awareness, treatment and control of hypertension in Canada Amer JJ Hypertens 2007; 10:1097-1102.
7. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Tercera Edición, México D.F.; SSA, 1996.
8. Fuenmayor PJ, Gómez JV. Comparación de la combinación hidroclorotiazida/bisoprolol con enalapril/amlodipina en el manejo de la hipertensión arterial no controlada. *RFM*. [online]. jun. 2008, vol.31, no.1 [citado 22 Octubre 2010], p.45-51. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692008000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0469.
9. Hernández P, Zurita B, Ramírez R, Alvarez F, Cruz C. Las cuentas nacionales de salud: 1995. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), 1997.

10. Velásquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelin GH, ENSA 2000, Attie F, Conyer T: Hipertensión Arterial en México. ArchCardiolMex 2002; 72: 71–84.
11. Velásquez MO. ENEC 1993, DGE, Secretaría de Salud. 3ª Edición, 1996
12. ENSA 2000, ArchCardiolMex 2002; 72: 71-84.
13. Villarreal-Ríos, Enrique et al. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud pública Méx [online]. 2002, vol.44, n.1 [citado 2010-10-22], pp. 7-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000100001&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0036-3634
14. Rosas M, Pastelin G, Martínez R. Herrera Hipertensión Arterial en México Guías y recomendaciones para su detección control y tratamiento. Arch CardiolMex 2004 74: 134-157.
15. Guidelines Sub-Committee: 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. WorldHealthOrgan. J Frypertens 1999; 17: 151–183.
16. Mejía RO, Paniagua SR, Valencia OMR, Ruiz GJ, Figueroa NB. Factores asociados con el descontrol de la presión arterial. Memorias (Proceedings) del XXII Congreso Nacional de Medicina Familiar Colima 2009. Aten Fam 2009; 16 (Supl.1): 12
17. Maslow A. Motivación y personalidad. Ed. Díaz Santos, Madrid, 1991.
18. Kotler P. Introducción al marketing. 2a ed. Europea. Reimp. Prentice Hall, Madrid, 2000.
19. López Carmona JM, Rodríguez Moctezuma R, Murguía Miranda C, Hernández Santiago JL, Casas de la Torre E. Validez y fiabilidad del instrumento “FANTASTIC” para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Atención Primaria 2000; 26(08): 542-549.

20. Figueroa RZL. Características del estilo de vida de los pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica adscritos a la UMF Núm. 66, Xalapa, Veracruz (Tesis de la Especialidad en Medicina Familiar). IMSS. 2010.
21. Pacheco CM. Confiabilidad de dos instrumentos para medir el estilo de vida en pacientes hipertensos, en la UMF Núm. 66, Xalapa, Veracruz (Tesis de la Especialidad en Medicina Familiar). IMSS. 2012. En impresión.
22. González RJP, Ramírez NIA, Quintero VYV, López FJA, Molina dMT. Actualización de la terapia antihipertensiva. Revisión comparativa entre el séptimo reporte y la guía europea del tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. 2008; 17 (2): 122-130.
23. Vives Iglesias AE. Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. Psicología científica.com 2007
24. Lohr SL. Muestreo: Diseño y Análisis. Ed. Internacional Thompson Editores, México, 2000
25. StatSoft, Inc. STATISTICA (data analysis software system), versión7. www.statsoft.com, 2004

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario para el registro de los datos de los hipertensos

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre:	_____	Afiliación:	_____	Folio:	_____
Lugar de residencia:	_____	Consultorio:	_____	Turno:	1 Matutino 2 Vespertino

Género: 1 Mujer 2 Hombre **Edad:** _____ **TA:** _____ **Peso** _____ **Talla:** _____

Estado civil: Soltero 1 Casado 2 Unión libre 3 Viudo 4 Divorciado 5

Escolaridad: 1 Sin Estudios 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria 5 Carrera Técnica

6 Licenciatura 7 Otra: _____

Ocupación: 1 Labores del hogar 2 Campesino 3 Empleado 4 Comerciante 5 Obrero

6 Jubilado 7 Profesionista 8 Otra: _____

1.-Tiempo de evolución de la enfermedad _____

2 Aparte de esta enfermedad padece alguna otra: DM, Artritis, Insuficiencia renal

3 Medicamentos que consume: Enalapril, Losartan, Nifedipina, clortalidona.

TIPOLOGIA FAMILIAR

Con parentesco 1 Nuclear 2 Nuclear Simple 3 Nuclear Numerosa 4 Reconstruida 5 Monoparental
 6 Monoparental extendida 7 Monoparental extendida compuesta 8 Extensa 9 Extensa compuesta 10 No parental

Sin parentesco 11 Monoparental extendida sin parentesco 12 Grupos similares a familias

Presencia física en el hogar 1 Núcleo integrado 2 Núcleo no integrado 3 Extensa ascendente
 4 Extensa descendente 5 Extensa colateral

En base a sus medios de subsistencia 1 Agrícolas y pecuarias 2 Industrial 3 Comercial 4 Servicios

Nuevos estilos de vida personal 1 Persona que vive sola 2 Matrimonios o parejas de homosexuales
 3 Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos 4 Familia grupal 5 Familia comunal
 6 Poligamia

ÍNDICE DE POBREZA FAMILIAR

Ingreso económico familiar 4 Menos de un salario mínimo 3 1 a 2 salarios mínimos
 2 3 a 4 salarios mínimos 1 5 a 6 salarios mínimos 0 7 o más salarios mínimos

Número de hijos dependientes 2.5 3 o mas hijos 2 2 hijos 1 1 hijo 0 Ninguno

Escolaridad materna 2.5 Sin instrucción 2 Primaria Incompleta 1 Primaria Completa 0 Postprimaria

Número de personas por dormitorio 1 3 o más personas 0 1 a 2 personas

FANTASTIC

F amilia y amigos	1.- La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0) Casi nunca	
	2.- Doy y recibo afecto	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0) Casi nunca	
	3.- Obtengo el apoyo emocional que necesito	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0) Casi nunca	
A ctividad	1.- Ejercicio activo 30 minutos(correr, andar en bicicleta, caminar rápido, etc.)	4) 4 veces o más a la semana	3) 3 veces a la semana	2) 2 veces a la semana	1)Rara vez	0)Nunca	
	2.- Relajación y disfrute de tiempo libre	4) Casi diario	3) 3 a 5 veces a la semana	2) 1 a 2 veces a la semana	1) Menos de una vez a la semana	0) Casi nunca	
N utrición	1.- Alimentación balanceada	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0) Casi nunca	
	2.- Desayuna diariamente	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0) Casi nunca	
	3.- Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra	4) Casi nunca	3) Rara vez	2) Algunas veces	1) Frecuentemente	0) Casi diario	
	4.- Peso ideal	4) Sobrepeso hasta de 2 kg.	3) Sobrepeso hasta de 4 kg.	2) Sobrepeso hasta de 6 kg.	1) Sobrepeso hasta 8 kg.	0) Sobrepeso mayor de 8kg.	
T abaco y toxinas	1.- Consumo de tabaco	4) Ninguno en los último 5 años	3) Ninguno en el último año	2) Ninguno en los últimos 6 meses	1) 1 a 10 veces a la semana	0) Más de 10 veces a la semana	
	2.- Abuso de drogas: Prescritas y sin prescribir	4) Casi nunca	3) Rara vez	2) Algunas veces	1) Frecuentemente	0) Casi diario	
	3.- Café, té, refresco de cola	4) Nunca	3) 1 o 2 al día	2) 3 a 6 al día	1) 7 a 10 al día	0) Más de 10 al día	
A lcohol	1.- Promedio de consumo a la semana	4) 0 a 7 bebidas	3) 8 a 10 bebidas	2) 11 a 13 bebidas	1) 14 a 20 bebidas	0) Más de 20	
	2.- Bebe alcohol y maneja	4) Nunca	3) Casi nunca	2) Sólo ocasionalmente	1) Una vez al mes	0) Frecuentemente	
S ueños, cinturón de seguridad, estrés	1.- Duerme 7 a 9 horas por noche	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0) Casi nunca	
	2.- Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad	4) Siempre	3) La mayoría de veces	2) Algunas veces	1) Rara vez	0)Nunca	
	3.- Eventos importantes de estrés el año pasado	4) Ninguno	3) 1	2) 2 0 3	1) 4 o 5	0) Más de 5	
T ipo de personalidad	1.- Sensación de urgencia o impaciencia	4) Casi nunca	3) Rara vez	2) Algunas veces	1) Frecuentemente	0) Casi siempre	
	2.- Competitividad y agresividad	4) Casi nunca	3) Rara vez	2) Algunas veces	1) Frecuentemente	0) Casi siempre	
	3.- Sentimientos de ira y hostilidad	4) Casi nunca	3) Rara vez	2) Algunas veces	1) Frecuentemente	0) Casi siempre	
I nterior	1.- Piensa de manera positiva	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0)Nunca	
	2.-Ansiedad, preocupación	4) Casi nunca	3) Rara vez	2) Algunas veces	1) Frecuentemente	0) Casi siempre	
	3.- Depresión	4) Casi nunca	3) Rara vez	2) Algunas veces	1) Frecuentemente	0) Casi siempre	
C arrera (trabajo, labores del hogar)	1.- Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0) Casi nunca	
	2.- Buenas relaciones con quienes le rodean	4)Casi siempre	3) Frecuentemente	2) Algunas veces	1) Rara vez	0) Casi nunca	
Total							

Anexo 2. Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he comprendido la información explicada y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Entiendo que del presente estudio se derivan potencialmente los siguientes beneficios: orientación, asesoría sobre terapias y rehabilitación apropiadas.

Es de mi conocimiento que puedo solicitar información adicional sobre los beneficios de mi participación en el estudio.

Firma del paciente

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al paciente. _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del paciente

Fecha

Ante cualquier eventualidad o duda, contacte a su médico investigador.
Dra. María Isabel Xilot Sánchez 044 2281 58 01 44