



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA CONSULTA DE MEDICINA
FAMILIAR EN EL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

DRA. ALELY CASTILLO AGUILAR
Cel. 5551022316. Email. sju.katse@gmail.com

DIRECTOR DE TESIS
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
Cel.: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

ASESOR METODOLOGICO
DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
Cel.: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLINICO
DRA. GUADALUPE ALMA RUTH DAMKEN ROBLES
Cel. 5554130610. Email: gardamken@hotmail.com

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CD. DE MÉXICO, D.F. FEBRERO 2015

NÚMERO DE REGISTRO: 2015-3605-13



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.

TITULO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

Autores: Dra. Alely Castillo Aguilar¹. Dr. Gilberto Espinoza Anrubio². Dr Eduardo Vilchis Chaparro³. Dra. Guadalupe Alma Ruth Damken Robles⁴

ADSCRIPCIÓN DE AUTORES

1 Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS

2 Coordinador de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS.

3 Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS

4 Médico Especialista en Medicina Familiar Adscrito a la UMF No. 140, IMSS

Objetivo: Evaluar la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Materiales y Métodos: Estudio transversal, descriptivo. Muestra: 230 pacientes, intervalo de confianza de 90%, proporción de 0.30, amplitud de intervalo de confianza de 0.10. Se incluyó adultos con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que acuden a la consulta de medicina familiar en HGZ/UMF No. 8, se utilizó el instrumento Cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial (CHAL), de 55 ítems agrupado en 2 dimensiones estado de Animo y manifestaciones somáticas, índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.96, con un marco temporal de referencia de 15 días.

Resultados: se estudió 230 pacientes, 67.4% del sexo femenino, 32.6% del sexo masculino, 66.5% mayores de 65 años, 58.7% casados, 45.7% escolaridad primaria, la media de TA fue de 128 mmHg sistólica, 80 mmHg diastólica; el 41.3% presentó sobrepeso, 64.3% en control con un fármaco antihipertensivo, 61.7% se encuentra en los primeros 14 años de diagnóstico, 58.3% presenta 1 enfermedad concomitante, 40.9% tabaquismo positivo, el 70.4% con muy buena calidad de vida.

Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la consulta externa de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 tienen una buena calidad de vida, lo que resulta de gran importancia y trascendencia para la evolución de la enfermedad.

Palabras clave: hipertensión arterial sistémica, calidad de vida.

*EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL
PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL
SISTÉMICA EN LA CONSULTA DE MEDICINA
FAMILIAR EN EL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”*

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor metodológico de tesis

Dra. Guadalupe Alma Ruth Damken Robles
Especialista en Medicina Familiar
Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 140
Asesor clínico

Agradecimientos

Cuando recuerdas como inicia tu sueño te das cuenta que a veces el camino que te toca recorrer no es tan sencillo, que hubo momentos en que piensas en rendirte, yo pensé rendirme, pero en este punto donde Dios me ha puesto, aun sin entenderlo al inicio, le agradezco por mantenerme en esta vida en el lugar donde estoy, por mandarme personas que me animan a continuar por cada enseñanza que cada uno me da, por mandarme personas que hacen más complicado el camino pero que gracias a ellos he crecido y madurado un poco más, gracias por los amigos que en camino encontré, y por los que creen que son mis enemigos también.

Agradezco a la persona que desde una edad muy temprana me vendió el mundo como un lugar lleno de oportunidades, que día a día me alienta a no rendirme, que a mi corta edad me dio las alas para volar y que no ha fallado uno solo para apoyarme, que la distancia jamás ha sido su obstáculo, a mi madre, gracias, porque sé que no ha sido fácil, ya casi lo logramos mamá.

A mi padre gracias por ser mi apoyo moral, porque nunca me ha negado que no puedo hacer las cosas, porque se involucra en cada sueño que tengo y lo hace una oportunidad, por hacer equipo con mi madre y no desistir, gracias por todo el apoyo que me da.

A mis hermanos que las distancias no nos separan, le agradezco por compartir la vida con ustedes, por su apoyo incondicional, por todo su cariño, porque siempre has sido importantes, y por emocionarse conmigo, gracias.

Una vida nueva siempre es una nueva esperanza para cambiar el mundo, y agradezco a mi cuñada por darnos la alegría de tener una nueva personita en este mundo, por compartir esa bendición que inunda a la familia, gracias.

Agradezco por permitirme conocer a un grupo de amigos que a pesar de ser de diferentes procedencias y personalidades, los mantiene unidos una profunda amistad, que desde fuera es complicado entender su dinámica, pero desde adentro te das cuenta que ese rompecabezas de personalidades realmente se potencian unos a otros de una forma constructiva, gracias a todos por incluirme, por hacer la residencia más amena, por la paciencia que me han tenido, gracias por todas sus sonrisas, gracias por su amistad.

Agradezco a Dios por todos ellos, por encontrar nuevas oportunidades, por ser mi apoyo y mantener mi fé, por que nace una ilusión y promete que será mejor, confío en ti y actuaré de la mejor manera. Un día me ilusione con la idea de ser médico familiar, me cargue de propósitos y metas, de mucha energía y buenas personas que compartieran conmigo, de horas de estudio y de trabajo, ese día se acerca y me llena de emoción, pronto seré Médico Familiar.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 19 |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 20 |
| 4. OBJETIVOS | 21 |
| 5. HIPÓTESIS | 22 |
| 6. MATERIALES Y MÉTODOS | 23 |
| 7. TIPO DE ESTUDIO | 23 |
| 8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 24 |
| 9. POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL | 25 |
| 10. MUESTRA | 25 |
| 11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN | 26 |
| 12. VARIABLES | 27 |
| 13. DISEÑO ESTADÍSTICO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN | 31 |
| 14. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 32 |
| 15. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS | 33 |
| 16. CRONOGRAMA | 34 |
| 17. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS | 36 |
| 18. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 37 |
| 19. RESULTADOS | 38 |
| 20. DISCUSIÓN | 68 |
| 21. CONCLUSIONES | 73 |
| 22. BIBLIOGRAFÍA | 76 |
| 23. ANEXOS | 80 |

MARCO TEORICO

Se define a un paciente con hipertensión arterial sistémica (HAS), según la organización mundial de la salud (OMS), como el límite mayor o igual a 140 mmHg en la presión sistólica y/o una elevación mayor o igual de 90 mmHg en la diastólica.⁽¹⁾

En México, entre 2000 y 2006, la prevalencia de hipertensión arterial incrementó 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos. Actualmente se encuentra en 31.5% y el cual reportan que es más alta en adultos con obesidad (42.3%) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%), y en adultos con diabetes (65.6%) que sin esta enfermedad (27.6%). La prevalencia de hipertensión arterial varía de acuerdo con regiones, localidades y nivel socioeconómico (NSE), y esto pudo ser observado en la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2012 donde se registró una prevalencia significativamente más alta ($p < 0.05$) en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%) y en el NSE alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%). Los adultos de la región sur tienen una prevalencia significativamente mayor de control (56.0%) que los del norte (45.8%), igualmente los de localidad rural (51.3%) que los de la urbana (48.3%) y los de NSE bajo (53.2%) que los de NSE alto (50.3%). Esta menor prevalencia y mayor porcentaje de control puede ser atribuido a que estos mismos grupos tienen menor prevalencia de obesidad, tabaquismo y consumo de sodio, factores causales de la HAS y que complican su control, mientras que presentan menos tiempo de actividad sedentaria. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, sólo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control.⁽²⁾

Se realizó una evaluación de la frecuencia de la progresión de la hipertensión arterial en los participantes, en la cohorte del estudio Framingham que no tenían hipertensión para establecer la mejor frecuencia de exámenes de presión arterial mediante la evaluación de las tasas y la determinación de la progresión a la hipertensión. En los sujetos por debajo 65 años, presentaron un aumento gradual en la incidencia de la hipertensión, 5,3% con presión óptima, el 17,6% con presión arterial normal, y el 37,3% normal alta que progresó a la hipertensión durante 4 años. En sujetos mayores de 65 años fueron 16,0%, 25,5%, y 49,5%, respectivamente. La obesidad y el aumento de peso contribuyeron en gran medida a progresión, un aumento de peso del 5% sobre el seguimiento se asoció con un 20% y un 30% mayor probabilidad de desarrollar hipertensión. Un aumento del 5% en la obesidad y el aumento de peso se asocian con un 20% y un 30% aumento de la probabilidad de desarrollar hipertensión.⁽³⁾ La rigidez arterial aumenta de manera

desproporcionada la presión sistólica causando un aumento en la presión del pulso e hipertensión sistólica aislada. Por otro lado el consumo elevado de sal favorece la hipertensión en personas sensibles a la sal. Los péptidos natriuréticos circulantes bajo asociados con un aumento de la activación de la simpáticas del sistema renina-angiotensina resulta en hipertensión. La Aldosterona elevada provoca excesiva retención renal de sodio, pérdida de potasio, y el volumen sanguíneo expansión, lo que resulta en la hipertensión. ⁽⁴⁾

La presión arterial según la sociedad europea, se define por el nivel más alto de presión arterial ya sea sistólica o diastólica y la clasifica en optima, normal, normal alta, hipertensión de grado 1, hipertensión de grado 2, hipertensión de grado 3 e hipertensión sistólica aislada ⁽⁵⁾ (ver anexo 1), La Joint National Committee (JNC) 7 presenta su clasificación, basada en el promedio de dos o más visitas en consulta donde la clasifica en normal, pre-hipertensión, etapa 1 hipertensión, etapa 2 hipertensión. ⁽⁶⁾ (Ver anexo 2)

La evaluación de los pacientes con hipertensión documentada tiene tres objetivos: el primero es evaluar los estilos de vida e identificar otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes que puedan afectar el pronóstico y guiar el tratamiento. (ver anexo 3); el segundo es detectar causas identificables de elevación de la presión arterial (hipertensión secundaria); el tercero es evaluar la presencia o ausencia de daño en órganos diana y otras enfermedades cardiovasculares. Es recomendable tener en mente la posibilidad de las formas secundarias de hipertensión, a pesar de que, tan solo 5 a 7 % de todos los pacientes portadores de hipertensión arterial, tendrán una causa subyacente de las HTAS. ⁽⁷⁾
(ver anexo 4)

La hipertensión arterial puede ser asintomática o tener síntomas inespecíficos como: cefalea, mareo, acufenos, fosfenos y escotomas, parestesias, angustia y depresión, que no guardan relación con los niveles de la presión arterial. Deben investigarse otros síntomas que expresan el daño de los órganos blanco o que orientan al diagnóstico de las formas secundarias. La detección es la actitud de identificar a los individuos con alto riesgo de llegar a padecer la enfermedad, y a los que ya son hipertensos y no han sido diagnosticados. El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos tres mediciones realizadas en intervalos de tres a cinco minutos, dos semanas después de la detección inicial, con cifras igual o superiores a 140/90 mmHg. Los exámenes de laboratorio deben realizarse con tres objetivos: investigar el impacto del proceso hipertensivo en diferentes órganos de choque, detectar causas probables de hipertensión secundaria y determinar la existencia de otros factores de riesgo, como: dislipidemia, diabetes o hipertrofia ventricular, en general son pocos los estudios indispensables. ⁽⁸⁾

Cifras de presión arterial en población de bajo riesgo <140/90 mmHg. Pacientes de alto riesgo (incluyendo diabetes mellitus aun la no complicada) <130/80 mmHg. Con daño renal o proteinuria <120/75 mmHg. Aceptar que siempre es mejor la máxima reducción tolerada de la presión arterial y la supresión o control de los factores de riesgo y de las condiciones clínicas asociadas. ⁽⁹⁾

Modificar estilos de vida: 1)-Hacer ejercicio: 30-60 minutos de ejercicio dinámico de intensidad moderada (Por ejemplo, caminar, trotar, andar en bicicleta o nadar) 4-7 días por semana, además de las actividades de rutina de la vida diaria. 2) -reducción de peso: El mantenimiento de un peso corporal saludable (índice de masa corporal 18.5 a 24.9 kg / m², Y circunferencia de la cintura 102 cm para los hombres y 88 cm en las mujeres) se recomienda para individuos no hipertensos para prevenir la hipertensión (Grado C) y para los pacientes hipertensos para reducir la PA (Grado B). Todo hipertensos con sobrepeso deben ser advertidos de bajar de peso (Grado B). 3) Consumo de alcohol: Evitar o restringir la ingestión de alcohol a no más de dos onzas de bebidas destiladas, dos vasos de vino de preferencia tinto o dos botellas de cerveza al día. 4) Consumo de sodio a no más de 100mmol por día (2.4 g sodio o 6 g de cloruro de sodio). ⁽¹⁰⁾

Aunque los metanálisis aparecen ocasionalmente, alegando superioridad de una clase de agentes sobre otra por alguna, esto depende en gran medida de la selección sesgo de los ensayos y el mayor meta-análisis disponibles no mostraron diferencias clínicamente relevantes entre clases de fármacos. Por lo tanto, las directrices actuales vuelven a confirmar que los diuréticos (incluyendo tiazidas, clortalidona e indapamida), bloqueadores beta, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y la beta-bloqueadores son adecuados para el inicio y mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, ya sea como monoterapia o en algunas combinaciones. Si después de tres a cuatro semanas de tratamiento con buen apego al mismo no se alcanzan las metas establecidas, deberá ajustarse el tratamiento, o antes en pacientes de alto riesgo o cuando sobrevengan efectos colaterales inaceptables, de acuerdo con las siguientes opciones: 1) Agregar el segundo fármaco de otra clase; el diurético es la opción preferente. 2) Sustituir el medicamento por otro, de otro grupo o mecanismo de acción. 3) Incrementar la dosis del fármaco inicial hasta los niveles recomendados. 4) En caso necesario prescribir tres o más fármacos, en general a dosis terapéuticas bajas, hasta lograr la meta. ⁽¹¹⁾ (ver anexo 5)

CALIDAD DE VIDA

Aristóteles se proponía que la acción social concertada para satisfacer las necesidades colectivas, el desarrollo, tenía que expresarse en logros cuantitativos y cualitativos en la vida de la sociedad y de los individuos y no sólo en la riqueza material obtenida en este proceso. Los años cincuenta, la ONU creó un grupo experto encargado de elaborar una propuesta mundial para determinar el “nivel de vida”, esto es, las condiciones materiales de vida de una persona, clase social o comunidad para sustentarse y disfrutar de la existencia. El término calidad de vida se remonta al siglo pasado, cuando la idea del Estado de bienestar, que deriva de los desajustes socioeconómicos procedentes de la Gran Depresión de los años 30, evoluciona y se difunde sólidamente en la posguerra (1945-1960), en parte, como producto de las teorías del desarrollismo económico y social (keynesianas), que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional, una vez consumada la segunda guerra mundial. En las siguientes épocas, el término se utilizó desde dos vertientes claramente diferenciadas: en el lenguaje cotidiano de la población general, haciendo alusión al estado de felicidad deseado por todos, según Epicuro, sin que se definiera claramente qué era, pero se buscaba por estar relacionado con la satisfacción de las necesidades; y en el contexto de la investigación científica, donde ha sido analizado desde diferentes áreas del saber. Ambas vertientes han dado origen a políticas públicas y han fomentado el surgimiento de nuevos significados, por lo complejo y multifactorial de su definición. ⁽¹²⁾

El término “calidad de vida” empezó a utilizarse a principios de la década de 1960, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales” o estudios de calidad de vida. Desde una perspectiva semántica, Fernández Ballesteros (1998) indicó que el concepto de calidad se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que el de calidad de vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización. El término no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores. De inicio es importante definir lo que es la calidad, lo que puede hacerse para los diferentes niveles. Calidad de vida: conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. ⁽¹³⁾

En 1994 la Organización Mundial de la Salud (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”. El concepto denominado calidad de vida implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que se requieren. La calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos en las 3 últimas décadas debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante de la atención médica, y para medirla se han construido

instrumentos de medición genéricos y específicos que varían de acuerdo con el tipo de pacientes en estudio. ⁽¹⁴⁾

Desde el campo de la psicología, Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos; una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. ⁽¹⁵⁾

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

Para Patrick y Erickson la CVRS es el valor asignado a la duración de la vida modificado por la minusvalía, el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales debido a una enfermedad, un accidente o un tratamiento ⁽¹⁶⁾. La CVRS es, por tanto subjetiva y multidimensional, que abarca la función física y ocupacional, el estado psicológico, la interacción social y la sensación somática. ⁽¹⁷⁾

Una buena parte de las intervenciones se dirigen más a la calidad que a la cantidad de vida, dicha ganancia es muy valorada por la población, y subyace en las preferencias sociales a favor de un sistema asistencial amplio y de calidad, la perspectiva futura, epidemiológica y tecnológica, resaltarán el componente de mejora de la CVRS en los avances e innovaciones de los servicios sanitarios. ⁽¹⁸⁾

El propósito de la medición de CVRS es cuantificar el grado en que la condición médica o el tratamiento tienen impacto en la vida del individuo, en una forma válida y reproducible. CVRS es un indicador importante, junto con las medidas tradicionales, por ejemplo: la supervivencia o respuesta tumoral, para capturar la carga de enfermedad o dolencia. El estándar de oro para los pacientes es el auto informe sobre su CVRS; sin embargo, puede haber ocasiones en que el paciente está demasiado enfermo o demasiado jóvenes que pueden requerir datos indirectos sobre la CVRS del paciente. Estas mediciones se pueden utilizar para medir los cambios en la CVRS en el tiempo (por ejemplo, en los ensayos clínicos, estudios observacionales, los parámetros de envío de la salud, o para la vigilancia de la población), para comparar la CVRS de los pacientes con diferentes condiciones (por ejemplo, el impacto relativo de enfermedades del corazón contra el cáncer) o que reciben diferentes tratamientos (por ejemplo, dentro de ensayos clínicos o de investigación de efectividad comparativa). ⁽¹⁹⁾

Así, la mejor fuente de información sobre la CV es el propio individuo, y será él quien determine cuáles aspectos de la propia CV son los más importantes, ya sea respecto al bienestar percibido antes y después de una intervención médica y/o psicológica, a la satisfacción que obtiene en su propia vida, o la percepción de funcionalidad con respecto a sus actividades diarias. La utilidad en la medicina del concepto CV se ha señalado como relevante por diversos investigadores para: a) la planificación de la atención a la salud con base en las necesidades de una población, b) la evaluación de resultados en ensayos clínicos y en la investigación

sobre los servicios de salud y c) para elegir las mejores decisiones en cuanto a la distribución de recursos. ⁽²⁰⁾

Instrumentos de medida de la calidad de vida.

La calidad instrumental refleja una condición utilitaria, extrínseca y formal; significa perfección teocrática y sofisticación de medios independientemente de su contenido político y relevancia cultural. Se identifica con la competición desenfadada e interesada, que tiende a acumular bienes materiales, independientemente de los valores éticos establecidos colectivamente por la población. ⁽²¹⁾

Un perfil de salud es una escala que mide diferentes dimensiones de la CVRS, proporcionando una puntuación para cada uno de los aspectos de la CVRS (como mínimo dimensión física, mental y social). Los perfiles de salud pueden aplicarse como herramienta de encuesta para poblaciones seleccionadas, como complemento a la historia clínica, en la evaluación de tratamientos médicos, para ensayos clínicos con grupos seleccionados de pacientes y como instrumento de ayuda en la toma de decisiones en política sanitaria. Entre los más utilizados, y adaptados para su uso encontramos el Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile), el Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36 Health Survey), el Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional OARS (OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), Láminas COOP-WONCA (Dar-mouth COOP Funcional Health Assessment Charts/Wonca). ⁽²²⁾

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida útil en el análisis del resultado del tratamiento de enfermos con hipertensión. El interés por aplicar esta medida en pacientes hipertensos está en continuo crecimiento. Sin embargo, en estos estudios se encuentran importantes diferencias respecto al modelo conceptual de calidad de vida aplicado, a los instrumentos de evaluación empleados y a los resultados y conclusiones obtenidos. Si un estudio pretende evaluar la “calidad de vida” según la concepción de la OMS se deberá utilizar un instrumento que permita la evaluación de numerosos aspectos sociales que quedan fuera del ámbito de la medicina. Si se pretende evaluar la calidad de vida relacionada a la salud se deberá utilizar un instrumento que evalúe los efectos del estado de salud, y sólo de él, sobre la vida normal del individuo. La mayoría de los expertos en evaluación de la CVRS recomiendan la utilización de instrumentos específicos para cada enfermedad, es más adecuado que el genérico para medir cambios en la evolución de los pacientes, especialmente los ocasionados por las intervenciones terapéuticas, ya que en general los instrumentos específicos incluyen ítems sobre los signos y síntomas que el paciente con una determinada patología experimenta en mayor o menor grado. El genérico nos permite comparar nuestros resultados con los de otras poblaciones de enfermos o incluso con la población general sana si el instrumento escogido tiene elaboradas normas poblacionales. ⁽²³⁾

Uno de los primeros estudios sobre el tema fue desarrollado por Roca-Cusach, Ametlla, Calero, Comas, Fernandez, et al., (1992) quienes diseñaron el Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL), un cuestionario de 62 ítems, y lo aplicaron a tres muestras, dos grupos de hipertensos: hospitalario (n=90) y de atención primaria (n=89), y a un grupo control (n=76). Se observó que aunque las dos poblaciones hipertensas diferían significativamente en edad, sexo, usos terapéuticos, repercusión orgánica y presión arterial, su calidad de vida era globalmente similar; se diferenciaba en cambio de la del grupo control, en el que se observaban unos índices mejores. En la población hipertensa, ni el sexo, ni la gravedad de la hipertensión, ni el tipo de tratamiento o el tiempo de evolución influían en la calidad de vida. Este cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) ha sido modificado y validado para su uso en España en el año 2000, como un cuestionario de 55 ítems que se valoran de 0 a 3, correlacionándolo con el EuroQol-5D. El CHAL es un instrumento validado con la finalidad de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud específico para hipertensos, que permita, además, determinar la relación entre calidad de vida y variables clínicas. Es por esto que el disponer de cuestionarios específicos de calidad de vida puede ayudar a conocer mejor el impacto de la hipertensión arterial y su tratamiento sobre el paciente hipertenso. ⁽²⁴⁾

El CHAL (cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial), valora aspectos de la enfermedad relacionados con la calidad de vida diaria de los pacientes afectados por la patología de la medicación constante, con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.89 (1992) y 0.96 (2000). Se estima que es un instrumento específico con mejor validez. El instrumento contiene 55 ítems agrupados en dos dimensiones: EA 36, y MS 19 ítems. La respuesta de los ítems se obtiene de una escala tipo Likert de cuatro puntos cuya interpretación es 0, mejor nivel de calidad de vida y la puntuación de 3 indica peor calidad de vida. Se obtiene la puntuación para cada una de las dimensiones asignadas a los ítems correspondientes: EA de 0 a 108, MS de 0 a 57 y la puntuación global es de 0 a 165. Las puntuaciones más bajas indican mejor nivel de calidad de vida, considerando una puntuación de 0-41 es igual a muy buena calidad de vida, 42-82 es igual a buena calidad de vida, 83-123 es igual a regular calidad de vida, y 124-165 es igual a mala calidad de vida. Tiempo de administración es de 30 minutos con un marco temporal de referencia de 15 días. ⁽²⁵⁾

ANTECEDENTES

Calidad de vida en el paciente hipertenso

La hipertensión es un importante factor de riesgo cardiovascular que a menudo pasa inadvertida para el sujeto que la padece dado que en la mayoría de los casos es asintomática. Los beneficios clínicos del tratamiento antihipertensivo incluyen reducciones del número de accidentes cerebrales, de infarto y fallo cardiacos, así como la disminución del daño renal y ocular y de las alteraciones cognitivas. Siendo la hipertensión una enfermedad poco sintomática, salvo en fases complicadas, parece difícil asociar un deterioro en la CVRS. Es el tratamiento antihipertensivo el que probablemente incide en la CVRS del paciente hipertenso. Sin embargo, algunos autores afirman que la hipertensión produce un deterioro en la CVRS. ⁽²⁶⁾

Steven et al., en su publicación, donde determinó la relación entre los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes que recibieron terapia con medicamentos para la hipertensión, menciona que los síntomas tienen un mayor impacto en la CVRS que las características del paciente, la presión arterial, o factores relacionados con las drogas. Esto es especialmente un problema con la hipertensión, una enfermedad que comúnmente es percibido por los pacientes y los profesionales de la salud como asintomáticos. Los síntomas en el paciente que recibe tratamiento para la hipertensión pueden tener muchas causas, se ha asociado con dolor de cabeza, visión borrosa, nicturia, inestabilidad, mareos, problemas sexuales, deterioro cognitivo y cansancio. Muchos de los síntomas reportados por los pacientes son similares a síntomas inespecíficos en la población en general. Al aprender a identificar los síntomas y los cambios en el funcionamiento, los médicos pueden aumentar su eficacia para ayudar a los pacientes a mantener el comportamiento adherente con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en las enfermedades crónicas, como la hipertensión. La administración periódica de un cuestionario funcional puede ser un método para identificar los problemas que no se discuten durante una visita normal clínica. Tiempo y recursos limitados pueden dificultar la aplicación de los cuestionarios del estado funcional o interpretar los síntomas durante las visitas al consultorio. Sin embargo, el avance de las tecnologías informáticas y de dispositivos personales pronto puede hacer que estas intervenciones factibles. ⁽²⁷⁾

Se postula que la mayor variación en el funcionamiento y el bienestar (CVRS) no se explica por la presencia de una enfermedad crónica como la hipertensión; más bien, sugirieron que otras variables, tales como la gravedad y la duración de la condición, el tipo de tratamiento realizado, el estilo de la atención médica (apoyo psicológico o información), y otras características de los pacientes como hábitos de ejercicio, peso, o de voluntad para funcionar, influyen los resultados percibidos. Así mismo, un estudio realizado por Bardage et al., describe la relación entre la hipertensión y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general sueca. Este estudio se basa en un cuestionario postal que fue enviado a una muestra

aleatoria de 8.000 habitantes de entre 20 a 84 años, mostraron que las personas con hipertensión obtuvieron resultados más bajos en la mayoría de los ocho dominios del SF-36 que aquellos sin hipertensión después de controlar por edad, sexo, factores sociodemográficos, y la comorbilidad. La diabetes y la angina de pecho se relacionaron con las puntuaciones más bajas en la mayoría de los dominios del SF-36. El Infarto de miocardio previo se asoció con una menor salud general y vitalidad. Las personas con un ictus previo tenían puntuaciones más bajas en el funcionamiento físico, la salud general, la vitalidad y el funcionamiento social. Los hallazgos sugieren que los hipertensos representan una población vulnerable que merece especial atención por parte de los proveedores y los sistemas de atención de salud. Esto es especialmente importante dado que bajo la CVRS puede ser un factor de riesgo para eventos o complicaciones cardiovasculares posteriores. (28)

Por otro lado, Roca-Cusachs et al., evalúa la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hipertensos, a través de los cuestionarios validados de CVRS, MINICHAL, la versión española del índice de bienestar psicológico y una pregunta sobre el cambio en el estado de salud general, en 736 pacientes hipertensos. Menciona que el sexo femenino, el número de enfermedades concomitantes, el grado de hipertensión arterial, el grado de afección orgánica y el nivel educativo fueron las variables que se mostraron relacionadas con la CVRS. Se observó una mejoría de la CVRS tras 6 meses de intensificación del tratamiento, apreciándose una correlación positiva entre grado de reducción de presión arterial y de frecuencia cardíaca y mejora en la CVRS, especialmente en la dimensión de estado de ánimo, por lo que concluyeron que en los pacientes hipertensos, el mejor control de la presión arterial incide favorablemente sobre la CVRS. Además, ciertas características de los pacientes se correlacionan negativamente con la CVRS, por lo que la intervención terapéutica debe estar especialmente dirigida a corregir factores modificables. (29)

En otro estudio realizado por Vinaccia et al., evaluaron las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud en 282 pacientes con hipertensión arterial leve, utilizaron el Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL), donde evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo y principalmente en sus manifestaciones somáticas, por tanto, el diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando el autoconcepto desde el momento del diagnóstico. Ciertamente, algunas enfermedades, son mucho más amenazantes que otras, por cuanto implican algunos niveles de discapacidad y dolor, como es el caso de la hipertensión arterial leve. La adaptación a esta enfermedad dependerá de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir

o no a los pacientes con hipertensión arterial leve tener una buena calidad de vida relacionada con la salud. ⁽³⁰⁾

En el mismo sentido, Melchior et al., realizaron un estudio donde describieron el perfil de calidad de vida de los pacientes hipertensos. Entrevistaron a 191 pacientes adultos, siendo el 72.8% mujeres con hipertensión arterial. Aproximadamente un tercio de los pacientes presentaban condición de presión controlada, el grado de escolaridad era bajo, una gran parte de los pacientes presentaban sobrepeso (38.9%), y solo un cuarto estaba con el peso dentro de parámetros normales, los medicamentos más utilizados fueron captopril, hidroclorotiazida y nifedipino. Mujeres y hombres muestran diferencias en sus evaluaciones en todos sus dominios. Las variables clínicas y sociodemográficas influyeron en la calidad de vida relacionada a la salud. Cuanto mayor fue el tiempo de diagnóstico menor fue la calidad de vida, pacientes con comorbilidades como diabetes, dislipidemia, insuficiencia cardíaca y depresión presentaron una peor calidad de vida en el dominio de manifestaciones somáticas. ⁽³¹⁾

Para responder a la creciente prevalencia de la hipertensión, es fundamental tener un conocimiento profundo sobre la calidad de vida (CV) entre las personas que viven con hipertensión y factores relacionados. Por lo que, Ha. T. et al. En su estudio, midió la calidad de vida entre las personas hipertensas en una comunidad rural en Vietnam, y su asociación con las características y los factores sociodemográficos relacionados con el tratamiento. Este estudio se realizó con entrevistas cara a cara en 275 personas hipertensas de 50 años. La calidad de vida en los pacientes hipertensos se encontró moderada en todos los dominios, excepto para el dominio psicológico que era bastante baja (media = 49,4). Revelaron que ser hombres, casados, con el logro de la educación superior, que tienen actividad física moderada, y adherencia al tratamiento se asoció positivamente con la calidad de vida. Sin embargo, la edad avanzada y la presencia de comorbilidad se asociaron negativamente con la calidad de vida. Dados los resultados, se debe considerar fomentar las actividades físicas y el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas hipertensas, sobre todo en el aspecto psicológico, así como acciones para mejorar la calidad de vida entre los pacientes hipertensos dirigidas hacia las mujeres, y pacientes solteros. ⁽³²⁾

Diversos estudios en pacientes hipertensos indican que los individuos con coexisten enfermedades crónicas tienden a tener menor calidad de vida, especialmente para la salud física ⁽³³⁾. Al respecto, un estudio realizado por García et al., analizaron la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA) e identificaron factores predictores de la calidad de vida relacionados con la salud. En 270 pacientes con HTA y DM2 incluidos en el programa de pacientes crónicos (nivel de confianza 95%, precisión relativa 0.10). Mediante revisión de historias clínicas, entrevista personal y visitas domiciliarias. Obtuvieron una edad media de 70± 10 años, género: 75.9% mujeres. Nivel de estudios bajo 94%, estado civil casado 60%, glucosa basal media 169.9 mg/dl. Presión arterial

sistólica media de 140.6 mmHg, presión arterial diastólica media de 74.4 mmHg. Apgar familiar total: media 8.8 puntos. Escala de Duke: apoyo efectivo: media 19.26, apoyo social confidencial: media 21.74, apoyo social total: media 40.99. PSN: energía 40.99, dolor 47.13, emotividad 34.84, sueño 46.22, aislamiento social 8.11, movilidad 42.15. Concluyeron que los pacientes refirieron peor calidad de vida autopercibida que la población general de referencia. El perfil del paciente con peor calidad de vida reunió las siguientes características: mujer, bajo nivel de estudios, sedentarismo, antecedentes de cardiopatía isquémica y proteinuria, escaso apoyo social afectivo. ⁽³⁴⁾

Por otro lado, Barrón et al., evaluó el efecto de una intervención educativa sobre la calidad de vida del paciente hipertenso en unidades de medicina familiar del instituto mexicano del seguro social (IMSS). Estudiaron a 150 adultos hipertensos mediante un ensayo clínico aleatorizado a dos grupos. El experimental fue objeto de una intervención educativa sobre hipertensión y la repercusión del estilo de vida en el control de tal enfermedad. El grupo testigo no recibió intervención. En ambos grupos se determinó la calidad de vida mediante una escala análoga visual, antes y seis meses después de la intervención educativa. Los datos se analizaron mediante las pruebas t-pareadas y Wilcoxon. Encontraron que el grado de mejoría, en relación con la fuerza física y el estado anímico, difirió entre grupos ($p < 0.05$); en las áreas correspondientes a la capacidad de pensamiento, la convivencia social-familiar, la percepción de calidad de vida y el funcionamiento sexual, sólo el grupo experimental mostró cambios. Por lo que la intervención educativa es efectiva para modificar la calidad de vida del paciente hipertenso. ⁽³⁵⁾

Actualmente la CVRS se ha convertido en un indicador importante para evaluar la efectividad de tratamientos y de intervenciones en el área de la salud. Es un parámetro utilizado para analizar el impacto de las enfermedades crónicas de las personas, cuyos indicadores miden el funcionamiento físico, social, emocional, sus repercusiones en los síntomas y la percepción del bienestar. ⁽³⁶⁾

Las intervenciones educativas orientadas a la modificación de los estilos de vida constituyen estrategias no farmacológicas indicadas como coadyuvantes en el tratamiento de la HAS, y han demostrado su efectividad sobre la disminución de la presión arterial media (PAM) y reducción del peso. Una intervención educativa multidisciplinaria es una estrategia útil para mejorar el grado de control, la calidad de vida y disminuir el peso de los pacientes hipertensos que acuden a consulta control de hipertensión arterial, ya que demostró un mayor beneficio en el grupo de intervención que los pacientes con manejo convencional. ⁽³⁷⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida es un concepto indispensable para el desarrollo del individuo con una enfermedad crónica, como lo es la hipertensión arterial, medirla representa un problema social por las características de diversos estudios, en su mayoría ensayos clínicos para el impulso de fármacos individuales donde hacen hincapié en el control de la Presión arterial, pero con un mínimo interés en los efectos adversos que provocan estos en la Calidad de vida de los pacientes. Aunque el tratamiento de la HAS con fármacos es indispensable, estos producen efectos adversos sobre la Calidad de vida de la persona que vive con esta enfermedad, como mareos, cefalea, fatiga, entre otros. Estos efectos secundarios pueden llevar al paciente a sentirse peor que antes de iniciar el tratamiento, dicha situación puede influir en la decisión del paciente para rechazar el mismo, ya que afecta su bienestar y funcionalidad. Como médico de primer nivel de atención es de interés evaluar el impacto que puede tener en la vida del paciente, más aun si es un paciente de difícil control con monoterapia implementando entonces más de dos medicamentos para el control de la presión arterial, planteando así la siguiente interrogante como motivo de estudio:

¿Cuál es la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACIÓN

En la medida que la población envejece las personas afectadas por hipertensión arterial asciende, es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. La hipertensión arterial es también un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales, la mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas.

Así pues, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte; donde los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud, más aun si son pacientes de difícil control y requieren múltiples fármacos antihipertensivos.

Es aquí donde surge el interés por evaluar la calidad de vida en dichos pacientes que pese al diagnóstico necesitan modificar su estilo de vida, su dieta, que intentan incorporar la actividad física en su tiempo libre, para mantener una presión arterial óptima. Al evaluar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, su duración, la severidad de la enfermedad y el estado y la magnitud de los cambios esperados conoceremos el nivel de calidad de vida del paciente, mediante un instrumento validado y específico para la patología de hipertensión arterial, que aporte información importante para intervenir de manera oportuna, para un control hipertensivo óptimo del paciente que acude a la consulta de medicina familiar del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPOTESIS:

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no ameritan desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS NULA (H_0):

- ✓ **La calidad de vida no es buena** En el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

HIPOTESIS ALTERNA (H_1):

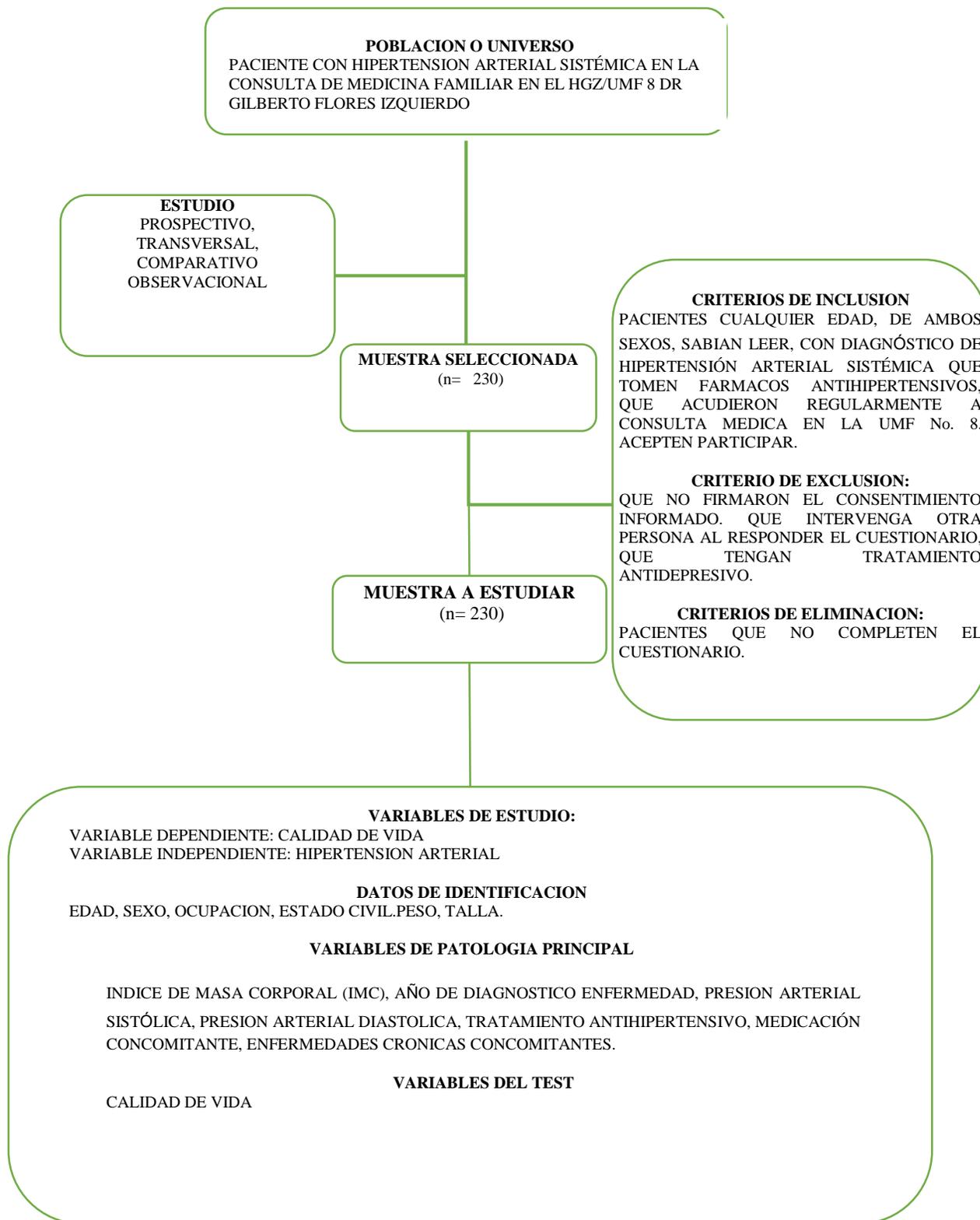
- ✓ **La calidad de vida es buena** En el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- a. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **prospectivo.**
- b. Según el número de la misma variable o el periodo de secuencia del estudio: **transversal**
- c. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **no comparativo.**
- d. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los estudios: **descriptivo.**
- e. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **observacional.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Alely Castillo Aguilar. 2013.

POBLACION O UNIVERSO:

El estudio se realizó en pacientes con hipertensión arterial sistémica que acudan regularmente en la consulta externa de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", que corresponde a una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó de Marzo del 2014 a febrero 2015 en la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, ubicado en la colonia Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica necesaria, fue de 230 pacientes con intervalos de confianza de 90%. Con una proporción del 0.30 con amplitud total de intervalo de confianza 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$\frac{N= 4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSION:

Nuestra población diana fue:

- Pacientes de cualquier edad
- De ambos sexos
- Que sabían leer
- Con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica
- Que tomen fármacos antihipertensivos
- Que acuden regularmente a la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF no. 8.
- Que aceptaron participar

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron a los pacientes:

- Que no firmaron el consentimiento informado.
- Que intervino otra persona al responder el cuestionario,
- Que se encontraba con tratamiento antidepresivo.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que no completaron el cuestionario

VARIABLES:

SOCIODEMOGRAFICAS:

1. Nombre del paciente
2. Edad
3. Sexo
4. Estado civil
5. Ocupación
6. Escolaridad
7. Religión
8. Peso
9. Talla
10. Índice de masa corporal (IMC)
11. Clasificación de sobrepeso y obesidad según la OMS

VARIABLES DE PATOLOGIA PRINCIPAL

12. Año de diagnóstico de la enfermedad
13. Presión arterial (sistólica/diastólica)
14. Tratamiento antihipertensivo
15. Enfermedades crónicas concomitantes

VARIABLES DEL TEST

16. Calidad de vida

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de vida

VARIABLE INDEPENDIENTE

Hipertensión arterial sistémica

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

| | |
|--|--|
| Edad | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo |
| Sexo | Género de un individuo |
| Estado civil | La situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes |
| Ocupación | Acción o función que se desempeña para ganar el sustento. |
| Escolaridad | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. |
| Religión | Creencia o preferencia espiritual que declare la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado. |
| Peso | Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo y la Magnitud de dicha fuerza |
| Talla | Altura, medida de una persona desde los pies a la cabeza |
| Índice de masa corporal: | Indica el estado nutricional de la persona considerando dos factores elementales: su peso actual y su altura. $IMC = \text{peso actual} / (\text{altura}^2)$ |
| Clasificación de sobrepeso y obesidad (OMS) | IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso, IMC igual o superior a 30 determina obesidad. |
| Año de diagnóstico has | Año que se realiza el diagnóstico de la enfermedad. |
| Presión arterial sistólica | Es la máxima presión, que registra el sistema circulatorio, coincidiendo con la sístole del ventrículo. |
| Presión arterial diastólica | Es la presión mínima que registra la arteria, que coincide con la diástole del ventrículo derecho. |
| Tratamiento antihipertensivo | Fármacos utilizados para el descenso de la Tensión Arterial. |
| Enfermedades crónicas concomitantes | Enfermedad que ocurre durante el mismo tiempo que otra. |
| Calidad de vida | Es 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. |
| Hipertensión arterial sistémica | De acuerdo con la OMS, el límite para definir a un paciente como hipertenso, es ≥ 140 mm Hg en la presión sistólica y/o una elevación \geq de 90 mm Hg en la diastólica. |

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

| NOMBRE DE VARIABLES | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | VALORES DE LAS VARIABLES |
|---|------------------|--------------------|--|
| NOMBRE DEL PACIENTE | CUALITATIVA | TEXTUAL | NOMBRE DEL PACIENTE |
| EDAD | CUANTITATIVA | CONTINUA | AÑOS |
| RANGO EDAD | CUANTITATIVA | NOMINAL | 1) 20-34 2) 35-49 3) 50-64 4) 65-79 5) 80-95 |
| SEXO | CUALITATIVA | NOMINAL | 1=FEMENINO 2=MASCULINO |
| ESTADO CIVIL | CUALITATIVA | NOMINAL | 1=SOLTERO 2=CASADO 3=VIUDO 4=DIVORCIADO 5=UNION LIBRE |
| OCUPACION | CUALITATIVA | NOMINAL | 1=EMPLEADO 2=AMA DE CASA 3=JUBILADO/PENSIONADO 4=DESEMPLEADO |
| ESCOLARIDAD | CUALITATIVA | NOMINAL | 1=NINGUNA 2=PRIMARIA 3=SECUNDARIA 4=PREPARATORIA 5=UNIVERSIDAD 6=POSGRADO |
| RELIGIÓN | CUALITATIVA | NOMINAL | 1=CATOLICA 2=CRISTIANA 3=OTRA 4=NINGUNA |
| PESO | CUANTITATIVA | CONTINUA | KG |
| TALLA | CUANTITATIVA | CONTINUA | CM |
| IMC | CUANTITATIVA | CONTINUA | Kg/m ² |
| CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN OMS | CUANTITATIVA | NOMINAL | 1) NORMAL 2) SOBREPESO 3)OBESIDAD CLASE 1 4)OBESIDAD CLASE 2 5) OBESIDAD CLASE 3 6) BAJO PESO |

| | | | |
|------------------------------|--------------|----------|---|
| AÑO DE DIAGNOSTICO HAS | CUANTITATIVA | NOMINAL | 1) 0-14 2) 15-29 3) 30-44 4) 45-60 |
| PAS | CUANTITATIVA | CONTINUA | mmHg |
| PAD | CUANTITATIVA | CONTINUA | mmHg |
| TABAQUISMO | CUANTITATIVA | NOMINAL | 1=SI 2=NO |
| AÑOS DE TABAQUISMO | CUANTITATIVA | NOMINAL | 1= 0-14 2= 15-29 3= 30-44 4= 45-60 |
| TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO | CUANTITATIVA | CONTINUA | NÚMERO DE MEDICAMENTOS |
| ENFERMEDADES CONCOMITANTES | CUANTITATIVA | NOMINAL | 1=0 2=1 3= \geq 2 |
| CALIDAD DE VIDA | CUALITATIVA | NOMINAL | 1= MUY BUENA 2= BUENA 3= REGULAR 4= MALA |

TABLA DE VARIABLES SEGÚN LA INFLUENCIA QUE SE ASIGNE:

| | |
|------------------------|--|
| VARIABLE DEPENDIENTE | CALIDAD DE VIDA |
| VARIABLE INDEPENDIENTE | HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA |

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza de 90% se calcularán distribución de frecuencia y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculará a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

CUESTIONARIO CHAL: (cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial), cuestionario específico que valora aspectos de la enfermedad relacionados con la calidad de vida diaria de los pacientes afectados por la patología de la medicación constante, desarrollado por Roca- Cusachs, et al. (1992) y modificado por Dalfo Badia et al (2000) con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.89 y 0.96 respectivamente. Este instrumento contiene dos dimensiones: Estado de ánimo (EA) y manifestaciones somáticas (MS), se estima que es el instrumento específico con mejor validez. Contiene 55 ítems agrupados en dos dimensiones: EA 36, y MS 19 ítems. La respuesta de los ítems se obtiene de una escala tipo Likert de cuatro puntos cuya interpretación es 0, mejor nivel de calidad de vida y la puntuación de 3 indica peor calidad de vida. Se obtiene la puntuación para cada una de las dimensiones asignadas a los ítems correspondientes: EA de 0 a 108, MS de 0 a 57 y la puntuación global es de 0 a 165. Las puntuaciones más bajas indican mejor nivel de calidad de vida, considerando una puntuación de 0-41 es igual a muy buena calidad de vida, 42-82 es igual a buena calidad de vida, 83-123 es igual a regular calidad de vida, y 124-165 es igual a mala calidad de vida. Tiempo de administración es de 30 minutos con un marco temporal de referencia de 15 días.

METODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizó el cuestionario CHAL a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en control con fármacos antihipertensivos que acudieron a la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, de manera individual, que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. En los primeros 5 minutos se recabaron datos sociodemográficos, dando instrucciones tanto verbales como escritas de cómo realizar la encuesta, permitiendo de 20-30 minutos para contestar el cuestionario. Se otorgó material de escritura para el llenado del mismo. (Ver anexo 8)

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con la mejor evidencia, con fuentes de información confiable basadas en la medicina basada en evidencia

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN:

- Las fuentes de información fueron similares para todos los participantes
- Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación
- La definición de la exposición y de la enfermedad fue estándar
- Los cuestionarios fueron claros y bien estructurados

CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN

- Se evaluaron cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio
- Se utilizó los mismos criterios cuando se seleccionaron las unidades de estudio
- Se eligieron las unidades de análisis representativos de la población

CONTROL DE SEGOS DE ANALISIS

- Se utilizó un instrumento validado
- Se registró y analizó los datos correctamente
- Se realizó de manera cautelosa las interpretaciones de los datos recabados.
- Fue validado por el alfa de cronbach
- Se corroboró que sabían leer y escribir
- Se corroboró que no había influencia de alguna otra persona
- Se corroboró que si hubo problema de entendimiento se utilizó un diccionario para dar la definición de esta.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TÍTULO DEL PROYECTO:
 "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2013

| FECHA | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2014 | 2014 |
| TITULO | X | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES | X | X | X | | | | | | | | | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | | | | X | | | | | | | | |
| OBJETIVOS | | | | X | | | | | | | | |
| HIPOTESIS | | | | | X | X | | | | | | |
| PROPOSITOS | | | | | | X | | | | | | |
| DISEÑO METODOLOGICO | | | | | | X | X | | | | | |
| ANALISIS ESTADISTICO | | | | | | X | X | | | | | |
| CONSIDERACIONES ETICAS | | | | | | | | X | | | | |
| RECURSOS | | | | | | | | | X | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | | | | | | | | X | | |
| ASPECTOS GENERALES | | | | | | | | | | | X | |
| ACEPTACION | | | | | | | | | | | | X |



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TÍTULO DEL PROYECTO:
 "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA
 CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2014

| FECHA | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2015 | 2015 |
| ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO | X | | | | | | | | | | | |
| RECOLECCION DE DATOS | X | X | | | | | | | | | | |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS | | X | X | | | | | | | | | |
| ANALISIS DE DATOS | | | X | X | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE DATOS | | | | X | X | | | | | | | |
| DISCUSIÓN DE DATOS | | | | | X | X | | | | | | |
| CONCLUSION DEL ESTUDIO | | | | | | X | | | | | | |
| INTEGRACION Y REVICION FINAL | | | | | | | X | | | | | |
| REPORTE FINAL | | | | | | | | X | | | | |
| AUTORIZACIONES | | | | | | | | | X | | | |
| IMPRESIÓN DEL TRABAJO | | | | | | | | | | X | X | |
| PUBLICACION | | | | | | | | | | | | X |

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se contó con el apoyo de un investigador de área educativa, un aplicador de cuestionarios y un recolector de datos. Se contó también con la participación de un investigador para la realización del tratamiento estadístico y la interpretación de dato, así como de un director de tesis para la consejería de la resolución oportuna de eventualidades planeadas y no planeadas. Se utilizó el cuestionario CHAL impreso, copias fotostáticas para reproducir el cuestionario, hojas recolectoras de información, lápices, plumas, gomas, computadora con software office para hoja de texto, hoja de cálculo y presentador multimedia, así como software SPSS 21 para el análisis estadísticos, USB Kingston 8 GB y un disco compacto para almacenar toda la información. Los gastos en general se absorbieron por el investigador: Dra. Alely Castillo Aguilar residente de segundo año de la especialidad de medicina familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª asamblea médica mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. Se cumplirán las normas del reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México así como la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial en tratamiento con fármacos antihipertensivos en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, se encuentra en anexos.

RESULTADOS

- Se estudió 230 pacientes con hipertensión arterial sistémica en tratamiento con fármacos antihipertensivos que acudieron a consulta externa de medicina familiar en el HGZ/UMF 8, de los cuales se encontró a 155 (67.4%) del sexo femenino y 75 (32.6%) del sexo masculino. (ver tabla 1 - grafica 1)
- De acuerdo a la edad se encontró: el mínimo de 25 años, máximo de 92 años y la media de 68.16 años con una desviación estándar de 10.90 años
- En base al rango de edad se obtuvo: 1 (0.4%) de 20 a 34 años, 12 (5.2%) de 35-49 años, 64 (27.8%) de 50-64 años, 120 (52.2%) de 65 a 79 años y 33 (14.3%) de 80 a 95 años. (ver tabla 2 - grafica 2)
- En cuanto al registro de presión arterial sistólica se reportó: 80 mmHg como mínimo, 240 mmHg máximo y 128.27 la media con una desviación estándar de 16.169 mmHg.
- Mientras que la presión arterial diastólica encontrada fue de: 50 mmHg mínimo, 170 mmHg máximo y 80.99 la media con una desviación estándar de 11.027 mmHg.
- Referente al peso se registró: 43 kg como mínimo, 163 kg máximo y 69.28 kg media con una desviación estándar de 14.63 kg.
- Respecto a la talla se obtuvo: 70 cm mínimo, 199 cm máximo y 156.40 cm la media con una desviación estándar de 10.73 cm.
- Se obtiene entonces el IMC en los pacientes de: 14.9 m²sc mínimo, 61.35 m²sc el máximo, 28.11 m²sc la media con una desviación estándar de 10.73 m²sc.
- En este orden de ideas se puede mencionar la clasificación de sobrepeso y obesidad según la OMS donde se encontró: 62 (27%) con peso normal, 95 (41.3%) sobrepeso, 56 (24.3%) obesidad clase 1, 10 (4.3%) obesidad clase 2, 5 (2.2%) obesidad clase 3 y 2 (0.9%) bajo peso. (ver tabla 3 - gráfica 3)
- En relación al número de fármacos para el control de la hipertensión arterial se encontró: 1 fármaco como mínimo, 3 fármacos máximo y 1.43 fármacos la media con una desviación estándar de 0.636 fármacos.
- Con referencia a lo anterior se expone el porcentaje de acuerdo al número de fármacos donde se obtuvo: 148 (64.3%) un fármaco, 64 (27.8%) dos fármacos y 18 (7.8%) tres fármacos. (ver tabla 4 -gráfica 4)

- En cuanto a los años de diagnóstico de Hipertensión arterial se registró: mínimo de 0 años, máximo de 56 años, con una media de 12.75 años con una desviación estándar 10.10 años.
- En referencia al rango en años de diagnóstico de hipertensión arterial se registró: 142 (61.7%) de 0 a 14 años, 62 (27%) de 15 a 29, 22 (9.6%) de 30 a 44 y 4 (1.7%) de 45 a 60 años. (ver tabla 5 – gráfica 5)
- En los resultado según la ocupación se registró: 64 (27.8%) empleados, 106 (46.1%) amas de casa, 56 (24.3%) pensionados y 4 (1.7%) desempleados. (ver tabla 6 – gráfica 6)
- Con referencia a la escolaridad encontrada en los pacientes se obtuvo: 15 (6.5%) ninguna escolaridad, 105 (45.7%) primaria, 53 (23%) secundaria, 31 (13.5%) preparatoria, 25 (10.9%) universidad y 1 (0.4%) posgrado. (ver tabla 7 – gráfica 7)
- En base al estado civil se reportó: 135 (58.7%) casados, 13 (5.7%) divorciados, 6 (2.6%) unión libre, 28 (12.2%) soltero y 48 (20.9%) viudo. (ver tabla 8 – gráfica 8)
- En cuanto a la religión arrojó un resultado de: 212 (92.2%) católica, 7 (3.0%) cristiana, 6 (2.6%) otra religión y 5 (2.2%) ninguna religión. (ver tabla 9 – gráfica 9)
- De acuerdo a las enfermedades concomitantes en la hipertensión arterial de obtuvo: 70 (30.4%) sin ninguna enfermedad, 134 (58.3%) 1 enfermedad concomitante y 26 (11.3%) con 2 o más enfermedades concomitantes. (ver tabla 10 – grafica 10)
- Respecto a la práctica del tabaquismo se encontró: 94 (40.9%) positivo y 136 (59.1%) negativo. (ver tabla 11 – gráfico 11)
- En base a lo anterior se obtuvo un registro de exposición en años al tabaquismo de: 136 (59.1%) sin exposición, 38 (16.5%) de 0 a 14 años, 37 (16.1%) de 15 a 29 años, 17 (7.4%) de 30 a 44 años, 2 (0.9%) de 45 a 60 años. (ver tabla 12 – gráfica 12)
- Ante la situación planteada, el nivel de calidad de vida se registró: 162 (70.4%) muy buena calidad de vida, 53 (23%) buena calidad de vida, 12 (5.2%) regular calidad de vida y 3 (1.3%) mala calidad de vida. (ver tabla 13 - gráfica 13)
- En base al registro que se tiene del sexo con el nivel de calidad de vida se encontró en la categoría de sexo femenino: 98 (42.6%) muy buena calidad de vida, 42 (18.3%) buena calidad de vida, 12 (5.2%) regular calidad de vida y 3 (1.3%) mala calidad de vida; por otro lado el sexo masculino: 64 (27.8%) muy buena calidad de vida y 11 (4.8%) buena calidad de vida. (ver tabla 14 – gráfica 14)

- En este orden de ideas se puede citar el rango de edad con el nivel de calidad de vida encontrando: de 20 a 34 años 1 (0.4%) regular calidad de vida; mientras que de 35 a 49 años 6 (2.6%) muy buena calidad de vida, 5 (2.2%) buena calidad de vida y 1 (0.4%) regular calidad de vida; por otro lado de 50 a 64 años 48 (20.9%) muy buena calidad de vida, 10 (4.3%) buena calidad de vida, 4 (1.7%) regular calidad de vida y 2 (0.9%) mala calidad de vida; siendo de 65 a 79 años 87 (37.8%) muy buena calidad de vida, 30 (13%) buena calidad de vida, 2 (0.9%) regular calidad de vida y 1 (0.4%) con mala calidad de vida; así mismo se obtuvo de 80 a 95 años 21 (9.1%) muy buena calidad de vida, 8 (3.5%) buena calidad de vida y 4 (1.7%) regular calidad de vida. (ver tabla 15 – gráfica 15)
- En tanto que los resultados de la ocupación con el nivel de calidad de vida se registró lo siguiente: en empleados 51 (22.2%) muy buena calidad de vida, 11 (4.8%) buena calidad de vida y 2 (0.9%) regular calidad de vida; asimismo se encontró amas de casa: 64 (27.8%) muy buena calidad de vida, 33 (14.3%) buena calidad de vida, 8 (3.5%) regular calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; mientras que pensionados: 44 (19.1%) muy buena calidad de vida, 9 (3.9%) buena calidad de vida, 2 (0.9%) regular calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; en tanto que en desempleados: 3 (1.3%) muy buena calidad de vida y 1 (0.4%) mala calidad de vida. (ver tabla 16 – gráficas 16)
- Respecto a la relación que tiene el grado de escolaridad y el nivel la calidad de vida se obtuvo que con ninguna escolaridad presentaron 9 (3.9%) muy buena calidad de vida, 4 (1.7%) buena calidad de vida, 2 (0.9%) regular calidad de vida; siendo que con primaria mostraron 71 (30.9%) muy buena calidad de vida, 29 (12.6%) buena calidad de vida, 3 (1.3%) regular calidad de vida, 2 (0.9%) mala calidad de vida; en tanto que con secundaria indicaron 41 (17.8%) muy buena calidad de vida, 9 (3.9%) buena calidad de vida, 2 (0.9%) regular calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; mientras que con preparatoria registraron 22 (9.6%) muy buena calidad de vida, 5 (2.2%) buena calidad de vida, 4 (1.7%) regular calidad de vida; por otro lado con universidad reflejaron 18 (7.8%) muy buena calidad de vida, 6 (2.6%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) regular calidad de vida; en cambio con posgrado presentó 1 (0.4%) muy buena calidad de vida. (ver tabla 17 – gráfica 17)
- En referencia al estado civil y el nivel de calidad de vida podemos decir que en casados refirieron tener 99 (43%) muy buena calidad de vida, 28 (12.2%) buena calidad de vida, 7 (3%) regular calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; en tanto que en divorciados presentaron 9 (3.9%) muy buena calidad de vida, 3 (1.3%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) regular calidad de vida; así como en unión libre mostraron 5 (2.2%) muy buena calidad de vida, 1 (0.4%) buena calidad de vida; por otra parte en solteros revelaron tener 16 (7%) muy buena calidad de vida, 10 (4.3%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) regular calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; en cuanto a viudos dijeron tener 33 (14.3%)

muy buena calidad de vida, 11 (4.8%) buena calidad de vida, 3 (1.3%) regular calidad de vida y 1 (0.4%) mala calidad de vida. (tabla 18 – gráfica 18)

- Del mismo modo se registró la relación en el tipo de religión con el nivel de calidad de vida el cual reportó: en católica manifestaron tener 148 (64.3%) muy buena calidad de vida, 51 (22.2%) buena calidad de vida, 11 (4.8%) regular calidad de vida y 2 (0.9%) mala calidad de vida; Mientras que en cristiana tuvieron 5 (2.2%) muy buena calidad de vida, 1 (0.4%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) regular calidad de vida; no obstante con otra religión manifestaron 6 (2.6%) muy buena calidad de vida. (ver tabla 19 – gráfica 19)
- En el mismo orden de ideas se evaluó de acuerdo a la clasificación de sobrepeso y obesidad según la OMS y el nivel de calidad registrando: como normal a 38 (16.5%) muy buena calidad de vida, 21 (9.1%) buena calidad de vida, 3 (1.3%) regular calidad de vida; mientras que con sobrepeso presentaron 71 (30.9%) muy buena calidad de vida, 20 (8.7%) buena calidad de vida, 2 (0.9%) regular calidad de vida, 2 (0.9%) mala calidad de vida; por otra parte en obesidad clase 1 revelaron 41 (17.8%) muy buena calidad de vida, 9 (3.9%) buena calidad de vida, 6 (2.6%) regular calidad de vida; asimismo con obesidad clase 2 indicaron 7 (3%) muy buena calidad de vida, 2 (0.9%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; igualmente con obesidad clase 3 mostraron 3 (1.3%) muy buena calidad de vida, 1 (0.4%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) regular calidad de vida; en tanto que con bajo peso manifestaron 2 (0.9%) muy buena calidad de vida. (ver tabla 20 – gráfica 20)
- En este propósito también se valoró los años de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y el nivel de calidad de vida obteniendo: de 0 a 14 años de diagnóstico con 104 (45.2%) muy buena calidad de vida, 30 (13%) buena calidad de vida, 6 (2.6%) regular calidad de vida, 2 (0.9%) mala calidad de vida; de igual forma de 15 a 29 años de diagnóstico manifestaron 42 (18.3%) muy buena calidad de vida, 15 (6.5%) buena calidad de vida, 4 (1.7%) regular calidad de vida y 1 (0.4%) mala calidad de vida; al mismo tiempo se obtuvo de 30 a 44 años de diagnóstico con 13 (5.7%) muy buena calidad de vida, 7 (3%) buena calidad de vida, 2 (0.9%) regular calidad de vida; mientras tanto que de 45 a 60 años de diagnóstico expresaron 3 (1.3%) muy buena calidad de vida y 1 (0.4%) buena calidad de vida. (ver tabla 21 – gráfica 21)
- Resulta oportuno mencionar el número de fármacos antihipertensivos prescritos y el nivel de calidad de vida encontrando: con un fármaco a 100 (43.5%) muy buena calidad de vida, 39 (17%) buena calidad de vida, 7 (3%) regular calidad de vida, 2 (0.90%) mala calidad de vida; por su parte con 2 fármacos revelaron con 51 (22.20%) muy buena calidad de vida, 10 (4.30%) buena calidad de vida, 2 (0.90%) regular calidad de vida, 1 (0.40%) mala calidad de vida; mientras que con 3 fármacos manifestaron con 11 (4.8%) muy buena calidad de vida,

4(1.70%) buena calidad de vida y 3 (1.30%) regular calidad de vida. (ver tabla 22 – gráfica 22)

- Con referencia a las enfermedades concomitantes en hipertensión arterial sistémica y el nivel de calidad de vida se obtuvo: con ninguna enfermedad concomitante presentaron 59 (25.7%) muy buena calidad de vida, 8 (3.5%) buena calidad de vida, 3 (1.3%) regular calidad de vida; en tanto que con una enfermedad concomitante manifestaron 89 (38.7%) muy buena calidad de vida, 37 (16.1%) buena calidad de vida, 7 (3%) regular calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; por otra parte con 2 o más enfermedades concomitantes expresaron 14 (6.1%) muy buena calidad de vida, 8 (3.5%) buena calidad de vida, 2 (0.9%) regular calidad de vida y 2 (0.9%) mala calidad de vida. (ver tabla 23 – gráfica 23)
- A continuación se expone la presencia de tabaquismo y el nivel de calidad de vida: con tabaquismo positivo manifestaron 68 (29.6%) muy buena calidad de vida, 22 (9.6%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) regular calidad de vida, 3 (1.3%) mala calidad de vida; mientras que con tabaquismo negativo expresaron 94 (40.9%) muy buena calidad de vida, 31 (13.5%) buena calidad de vida, 11 (4.8%) regular calidad de vida. (ver tabla 4 – gráfica 4)
- En tal sentido se valoró la relación de años de exposición al tabaquismo y la calidad de vida en registrando: sin exposición 94 (40.9%) muy buena calidad de vida, 31 (13.5%) buena calidad de vida, 11 (4.8%) regular calidad de vida; de 1 a 14 años de exposición dijeron tener 31 (13.5%) muy buena calidad de vida, 6 (2.6%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; del mismo modo de 15 a 29 años de exposición manifestaron tener 24 (10.4%) muy buena calidad de vida, 11 (4.8%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) regular calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; así mismo de 30 a 44 años de exposición expusieron tener 11 (4.8%) muy buena calidad de vida, 5 (2.2%) buena calidad de vida, 1 (0.4%) mala calidad de vida; por otra parte de 45 a 60 años de exposición señalaron tener 2 (0.9%) muy buena calidad de vida. (ver tabla 25 – gráfica 25)

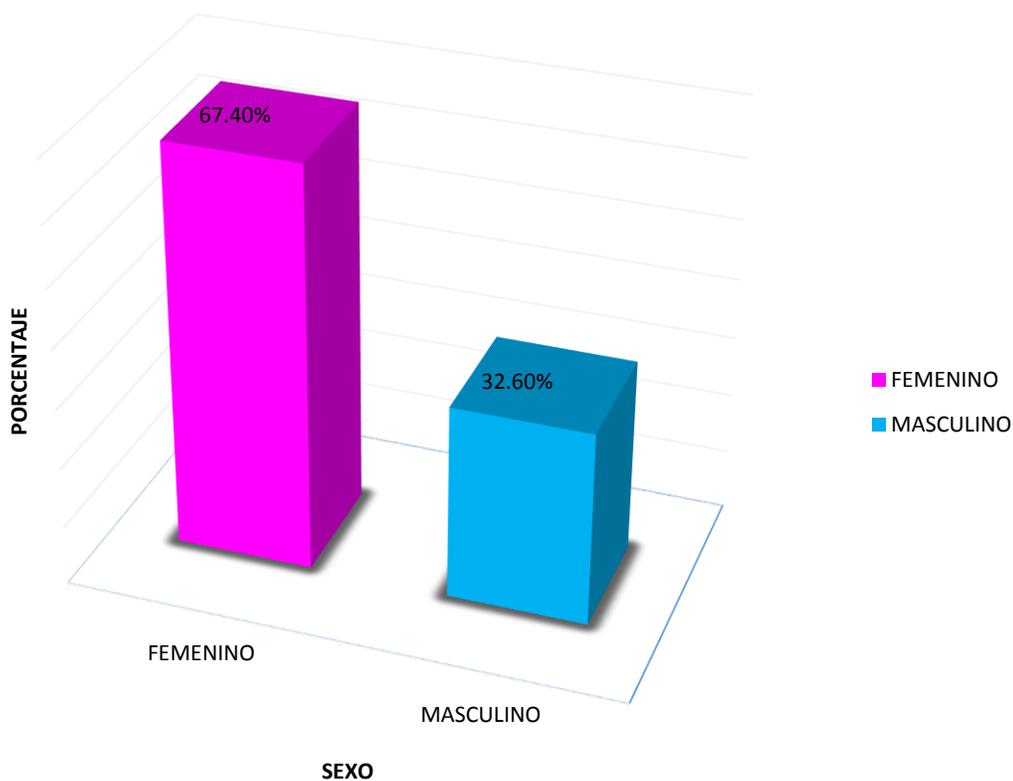
TABLA 1

| SEXO EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF 8 | | |
|---|------------|----------------|
| Sexo | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Femenino | 155 | 67.4 |
| Masculino | 75 | 32.6 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRAFICA 1

SEXO EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF 8



FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

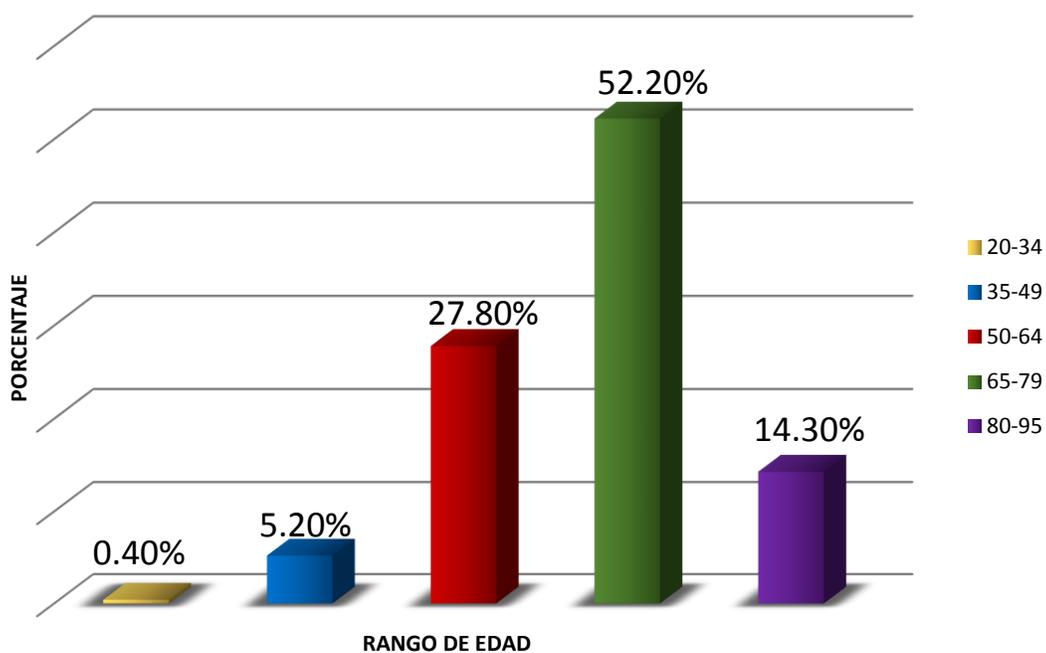
TABLA 2

| RANGO DE EDAD EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | |
|--|------------|----------------|
| Edad | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| 20-34 | 1 | 0.4 |
| 35-49 | 12 | 5.2 |
| 50-64 | 64 | 27.8 |
| 65-79 | 120 | 52.2 |
| 80-95 | 33 | 14.3 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

GRAFICA 2

RANGO DE EDAD EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8



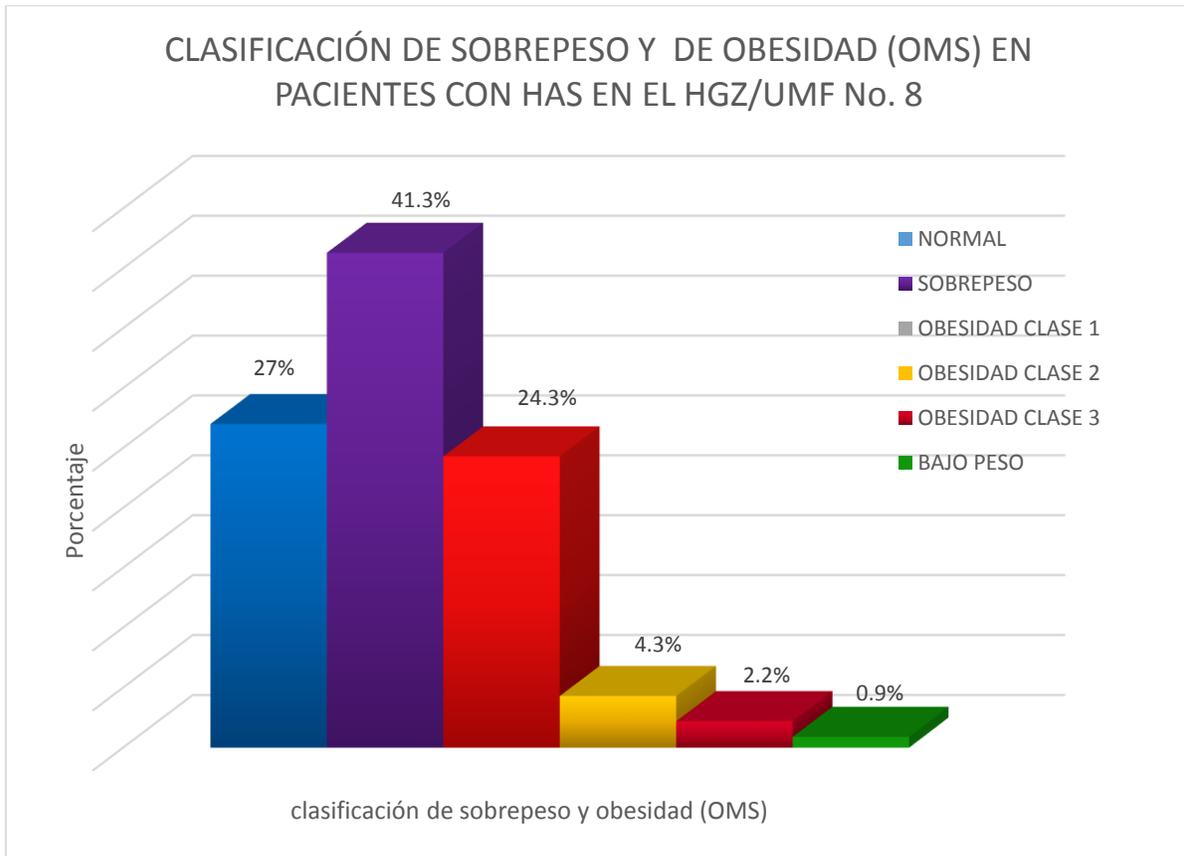
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 3

| CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD (OMS) EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No.8 | | |
|---|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Normal | 62 | 27 |
| Sobrepeso | 95 | 41.3 |
| Obesidad clase 1 | 56 | 24.3 |
| Obesidad clase 2 | 10 | 4.3 |
| Obesidad clase 3 | 5 | 2.2 |
| Bajo peso | 2 | 0.9 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 3



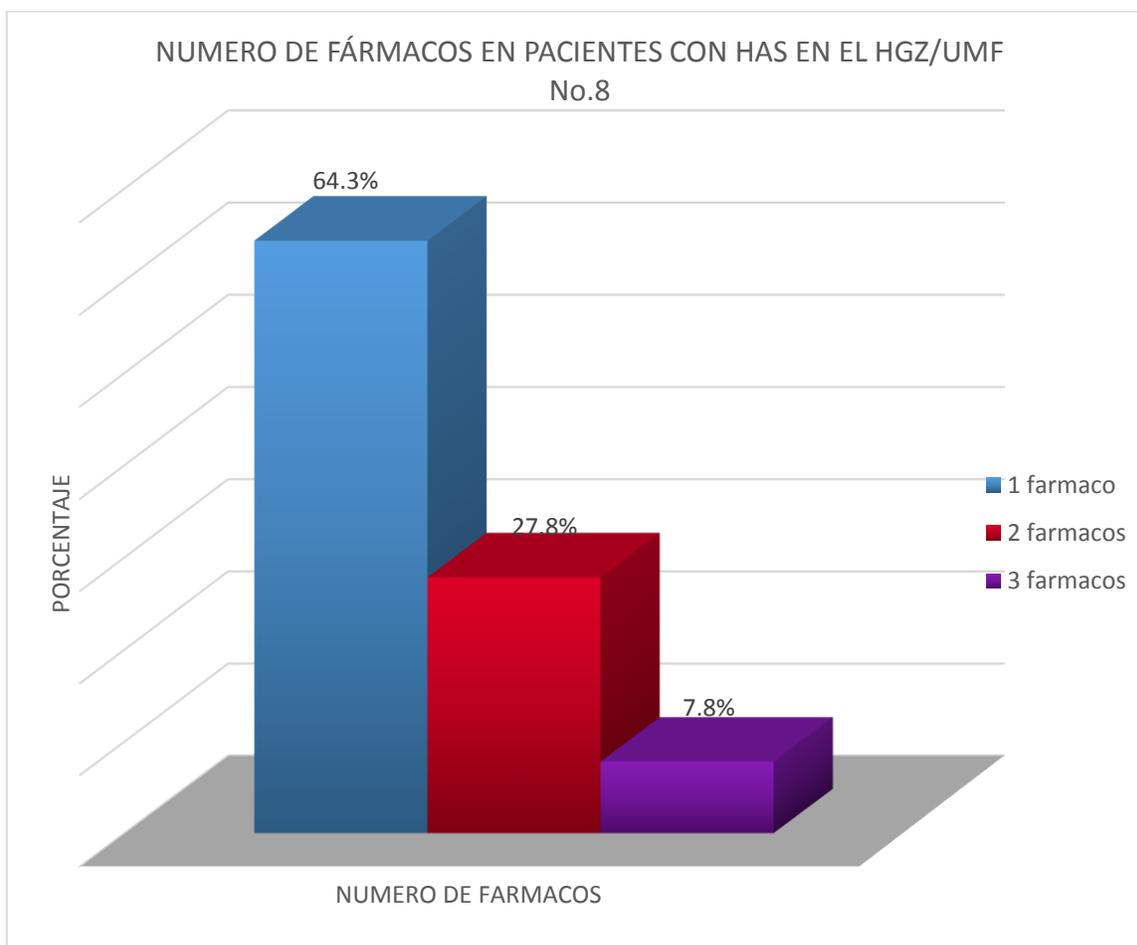
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 4

| NUMERO DE FARMACOS EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No.8 | | |
|--|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| 1 fármaco | 148 | 64.3 |
| 2 fármacos | 64 | 27.8 |
| 3 fármacos | 18 | 7.8 |
| Total | 230 | 100.0 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 4



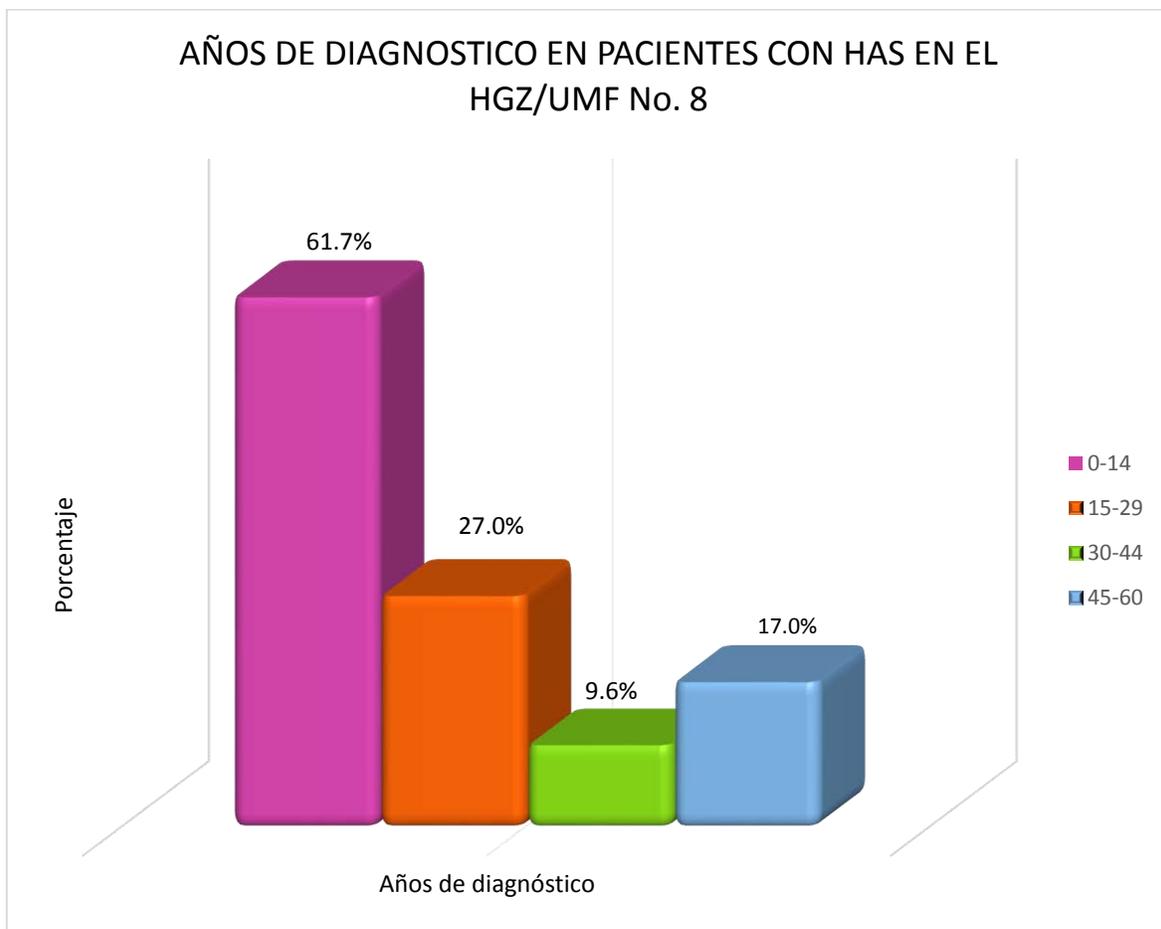
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 5

| AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE HAS EN PACIENTES EVALUADOS EN EL HGZ/UMF No.8 | | |
|--|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| 0-14 | 142 | 61.7 |
| 15-29 | 62 | 27 |
| 30-44 | 22 | 9.6 |
| 45-60 | 4 | 1.7 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 5



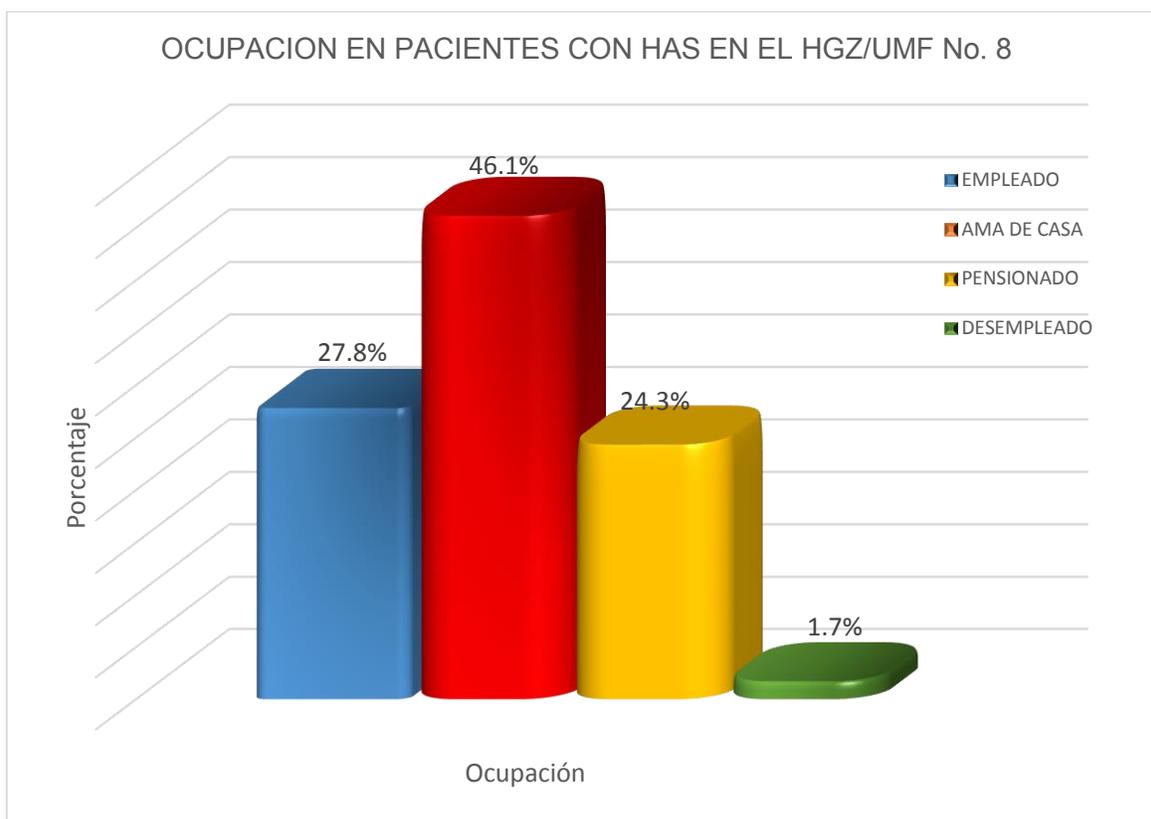
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 6

| OCUPACION EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF 8 | | |
|--|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Empleado | 64 | 27.8 |
| Ama de casa | 106 | 46.1 |
| Pensionado | 56 | 24.3 |
| Desempleado | 4 | 1.7 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 6



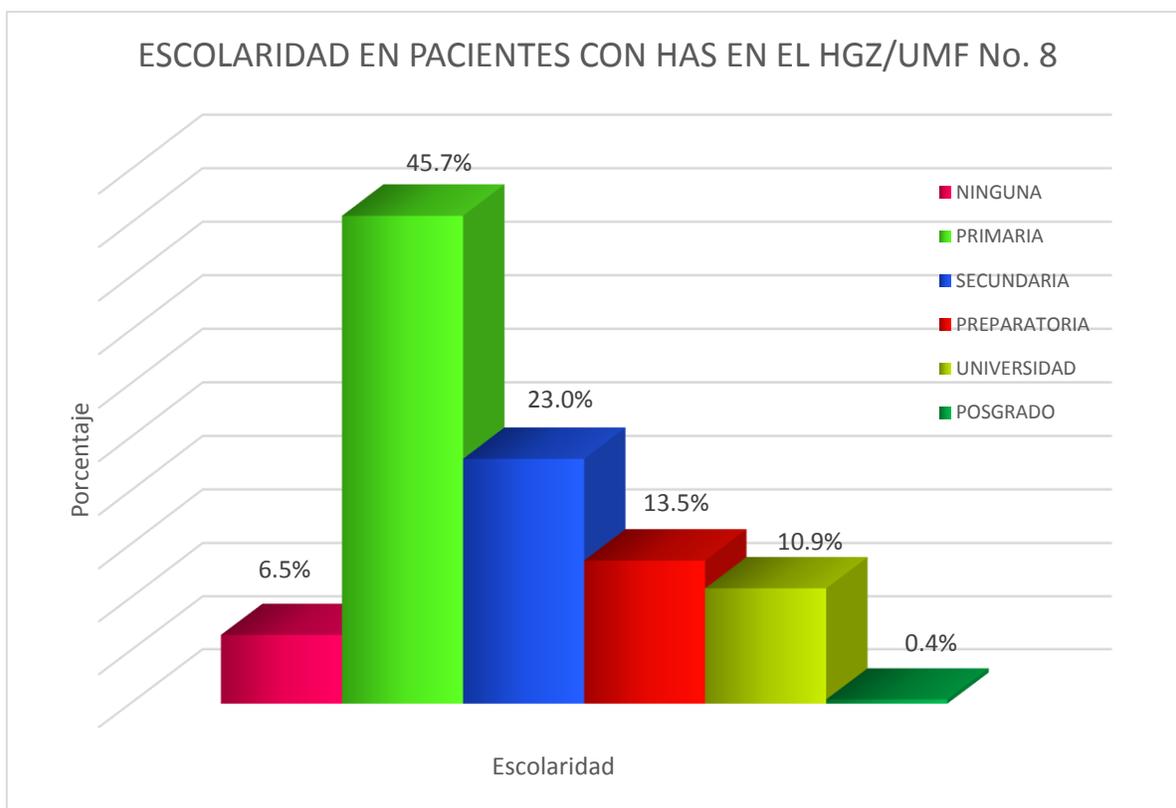
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-CE, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 7

| ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No 8 | | |
|---|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Ninguna | 15 | 6.5 |
| Primaria | 105 | 45.7 |
| Secundaria | 53 | 23 |
| Preparatoria | 31 | 13.5 |
| Universidad | 25 | 10.9 |
| Posgrado | 1 | 0.4 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 7



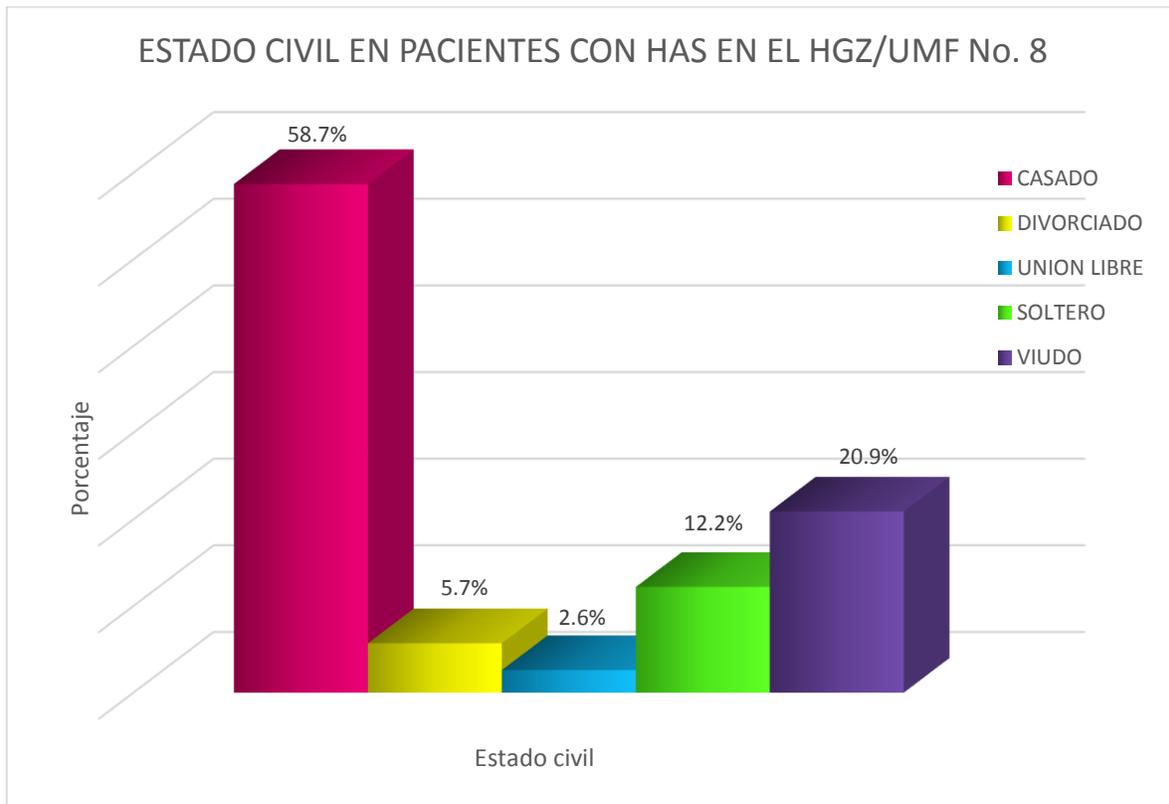
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 8

| ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No.8 | | |
|--|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Casado | 135 | 58.7 |
| Divorciado | 13 | 5.7 |
| Unión libre | 6 | 2.6 |
| Soltero | 28 | 12.2 |
| Viudo | 48 | 20.9 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 8



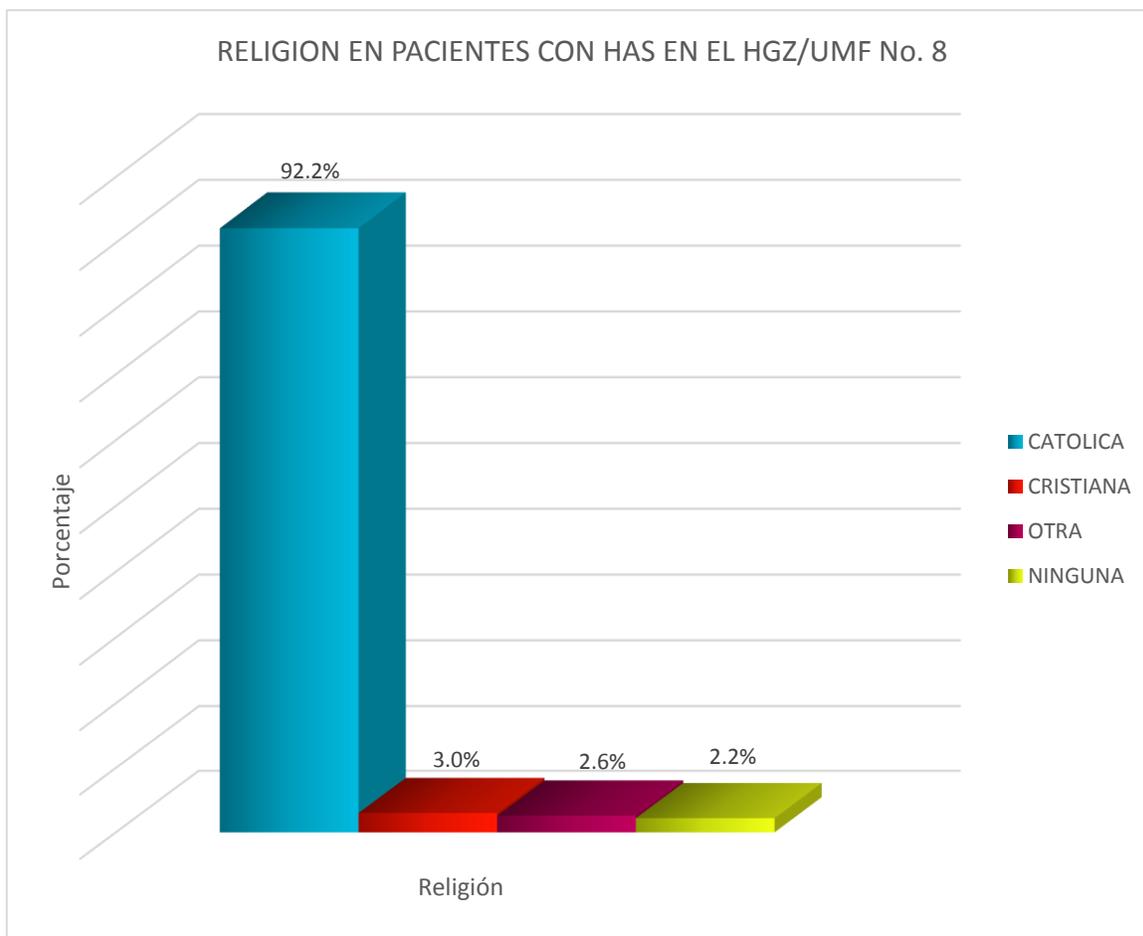
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 9

| RELIGION EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No.8 | | |
|--|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Católica | 212 | 92.2 |
| Cristiana | 7 | 3 |
| Otra | 6 | 2.6 |
| Ninguna | 5 | 2.2 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 9



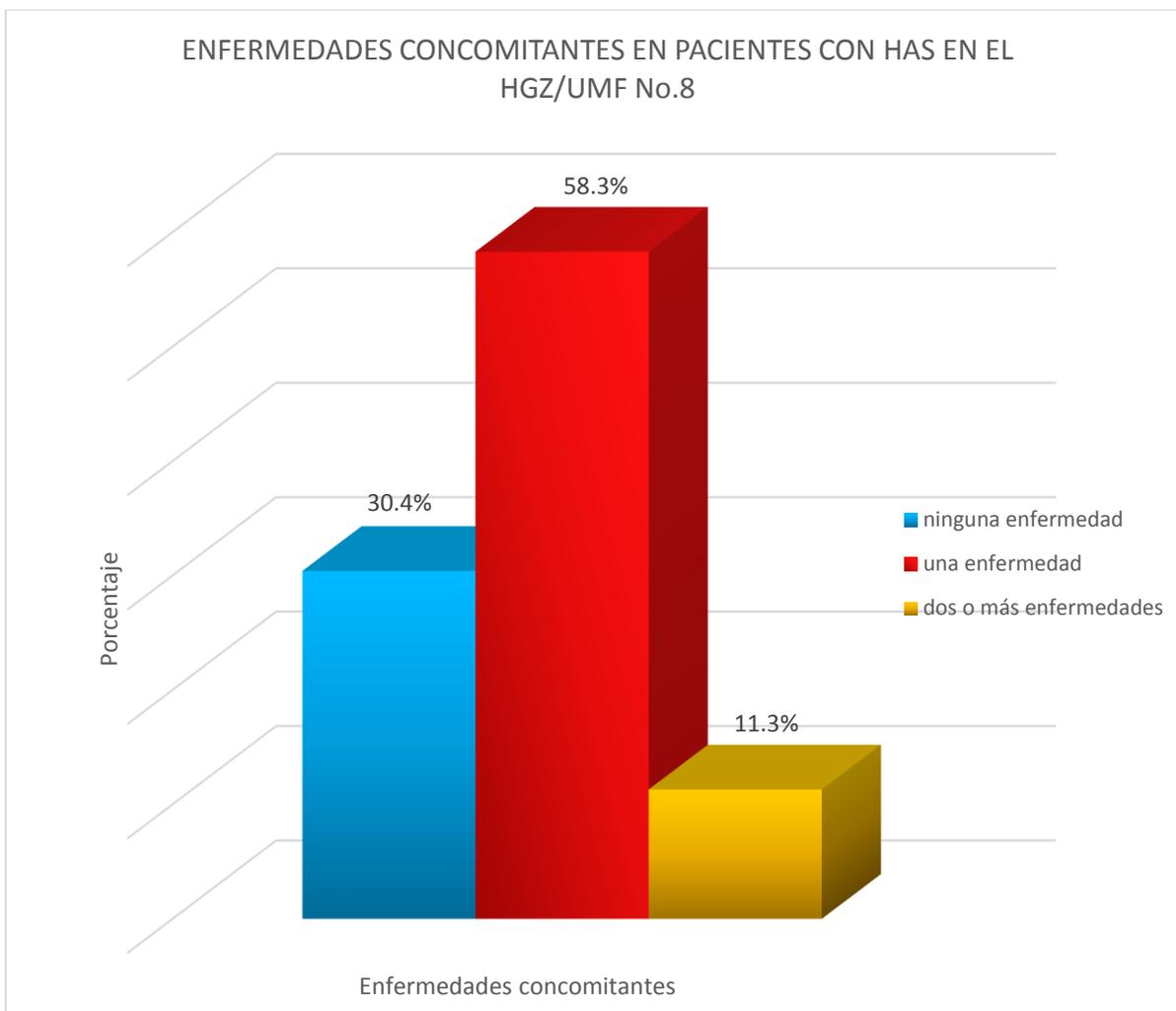
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 10

| ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | |
|---|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Ninguna enfermedad | 70 | 30.4 |
| Una enfermedad | 134 | 58.3 |
| Dos o más enfermedades | 26 | 11.3 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 10



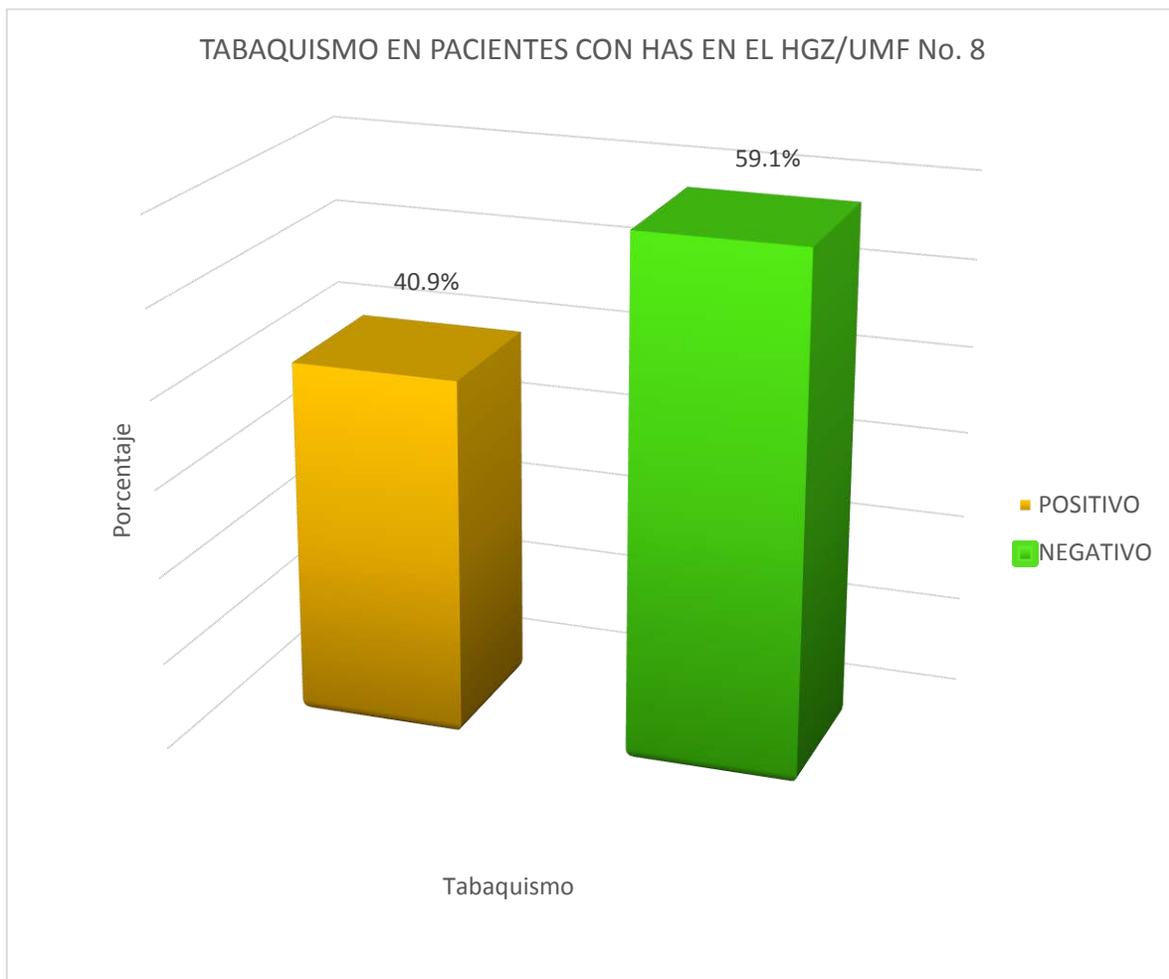
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 11

| TABAQUISMO EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | |
|---|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Positivo | 94 | 40.9 |
| Negativo | 136 | 59.1 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 11



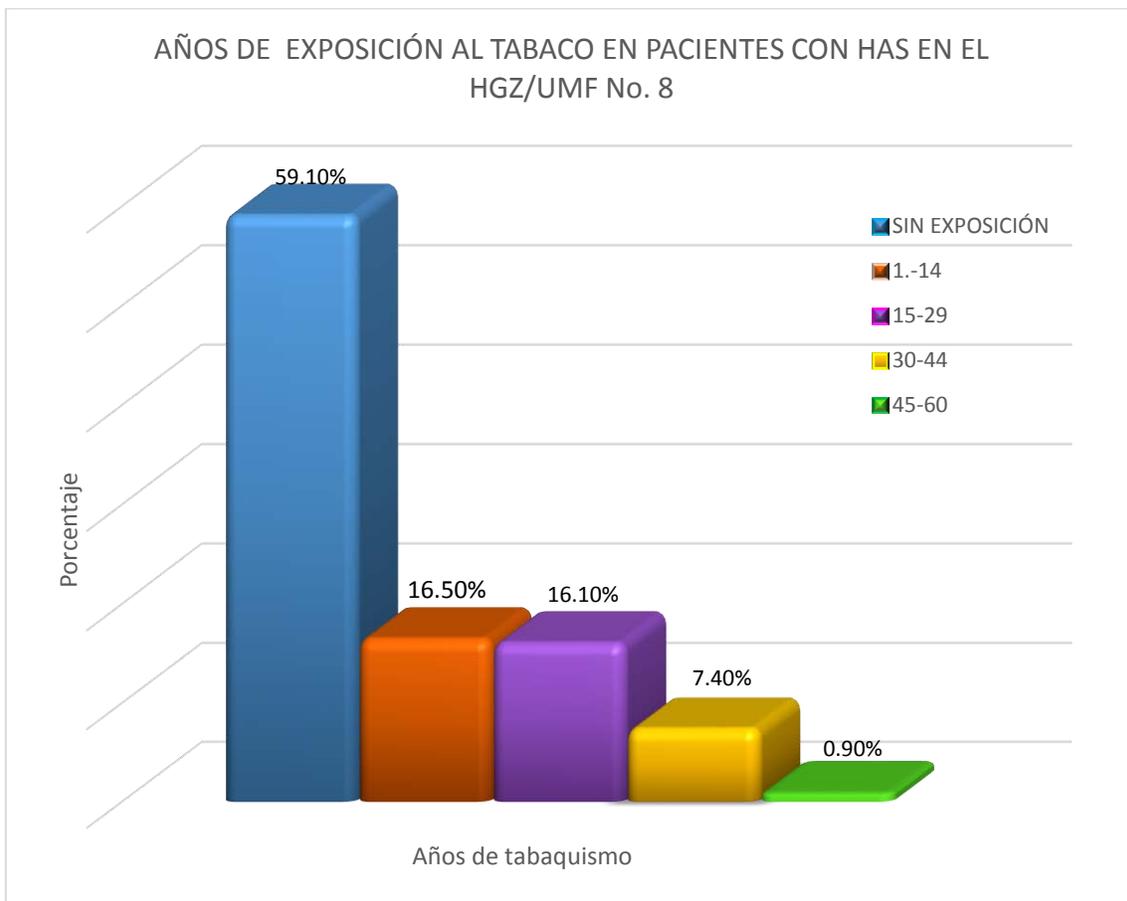
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 12

| AÑOS DE EXPOSICIÓN AL TABACO EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | |
|---|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Sin exposición | 136 | 59.1 |
| 1-14 | 38 | 16.5 |
| 15-29 | 37 | 16.1 |
| 30-44 | 17 | 7.4 |
| 45-60 | 2 | 0.9 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 12



FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 13

| CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | |
|---|------------|----------------|
| | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Muy buena | 162 | 70.47 |
| Buena | 53 | 23.02 |
| Regular | 12 | 5.21 |
| Mala | 3 | 1.30 |
| Total | 230 | 100 |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 13



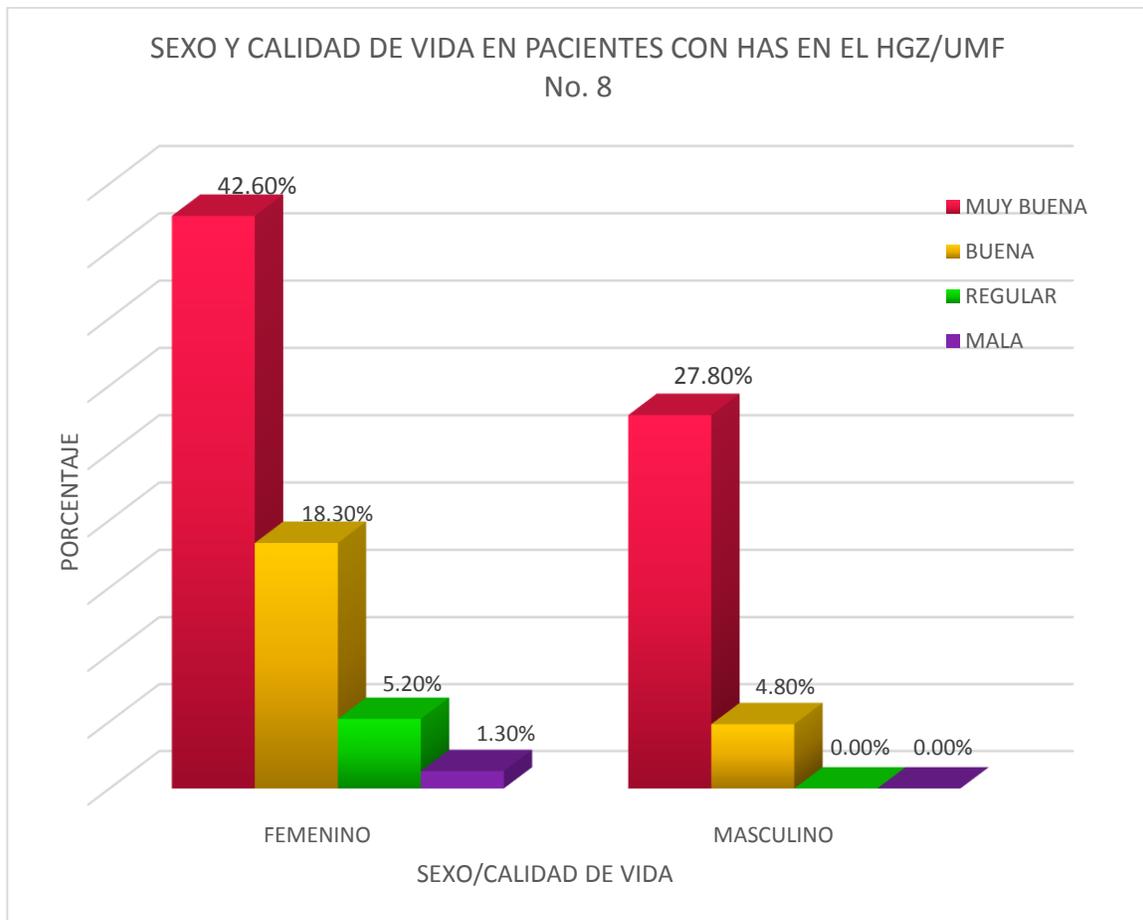
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 14

| SEXO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------|-------|--------|---------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Sexo | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| Femenino | 98 | 42.60% | 42 | 18.30% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 155 | 67.40% |
| Masculino | 64 | 27.80% | 11 | 4.80% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 75 | 32.60% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.0% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 14



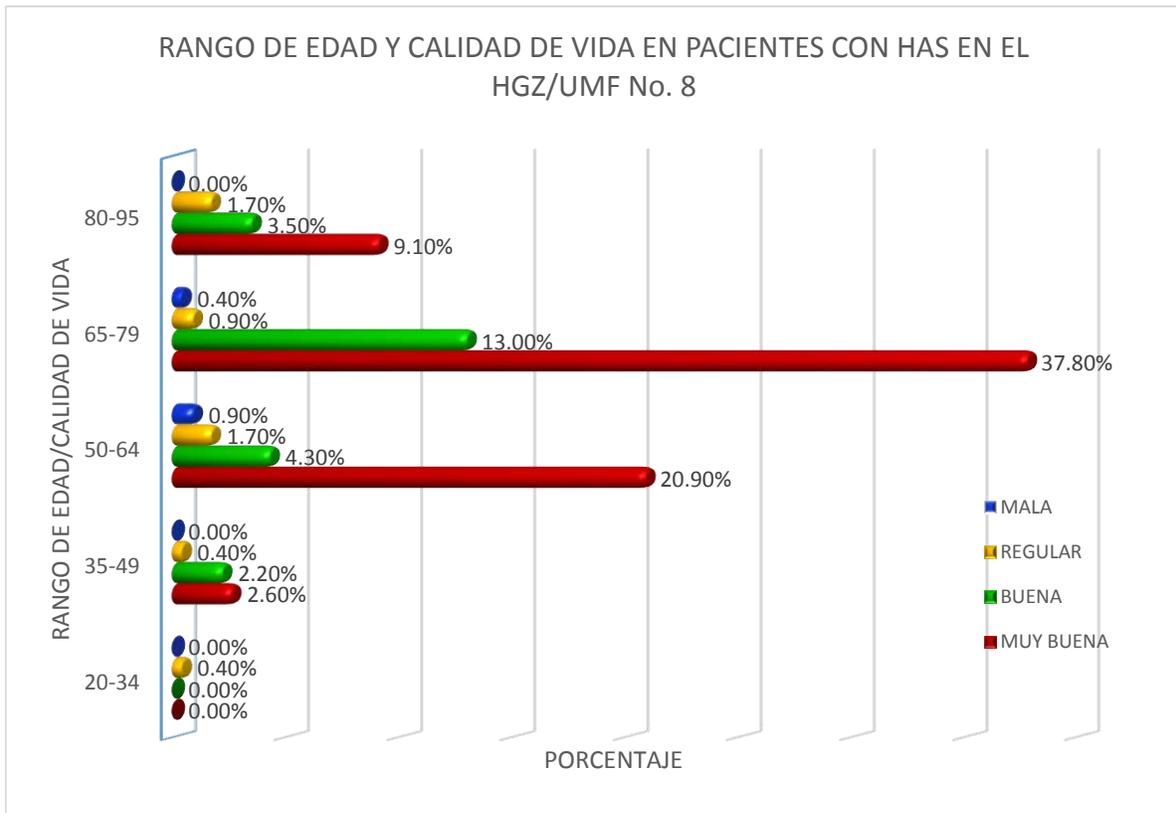
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 15

| RANGO DE EDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|----------|--------------|------------|----------------|
| Rango de edad | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| 20-34 | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 1 | 0.40% |
| 35-49 | 6 | 2.60% | 5 | 2.20% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 12 | 5.20% |
| 50-64 | 48 | 20.90% | 10 | 4.30% | 4 | 1.70% | 2 | 0.90% | 64 | 27.80% |
| 65-79 | 87 | 37.80% | 30 | 13.00% | 2 | 0.90% | 1 | 0.40% | 120 | 52.20% |
| 80-95 | 21 | 9.10% | 8 | 3.50% | 4 | 1.70% | 0 | 0.00% | 33 | 14.30% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 15



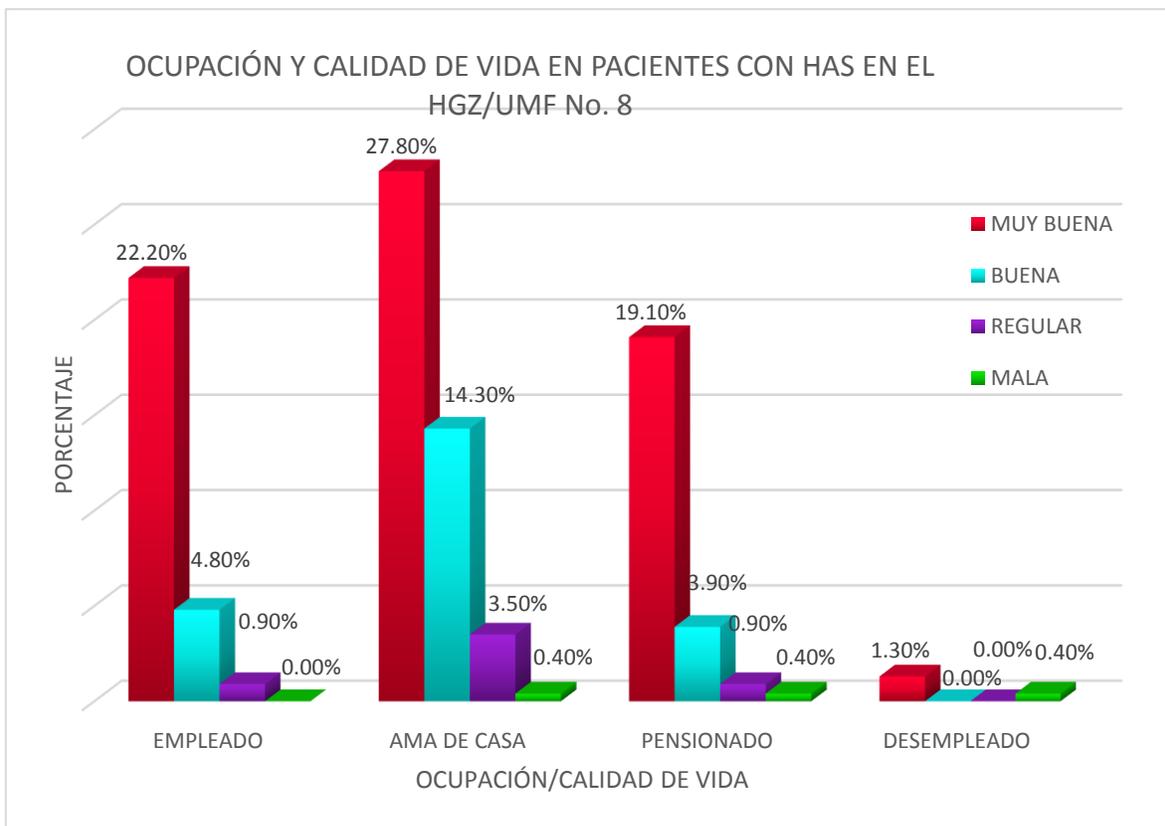
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 16

| OCUPACION Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No.8 | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|----------|--------------|------------|---------------|
| Ocupación | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| Empleado | 51 | 22.20% | 11 | 4.80% | 2 | 0.90% | 0 | 0.00% | 64 | 27.80% |
| Ama de casa | 64 | 27.80% | 33 | 14.30% | 8 | 3.50% | 1 | 0.40% | 106 | 46.10% |
| Pensionado | 44 | 19.10% | 9 | 3.90% | 2 | 0.90% | 1 | 0.40% | 56 | 24.30% |
| Desempleado | 3 | 1.30% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 0.40% | 4 | 1.70% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.0% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 16



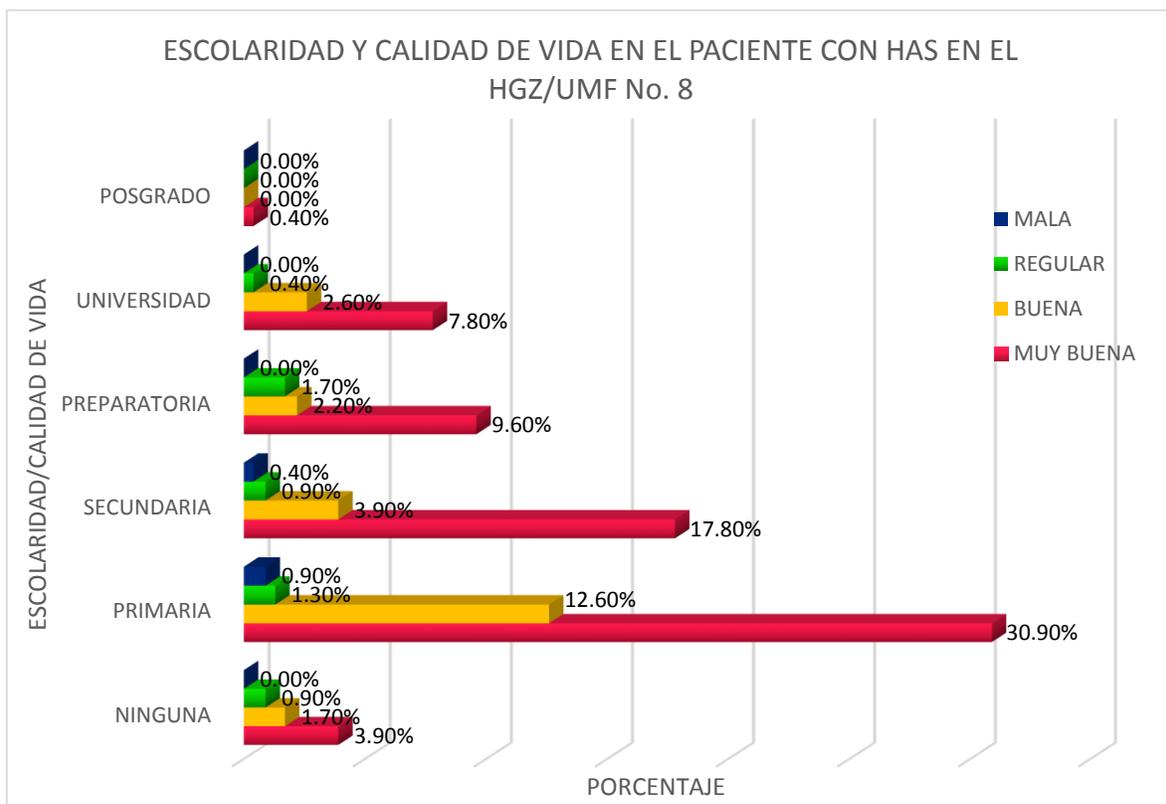
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 17

| ESCOLARIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|----------|--------------|------------|----------------|
| Escolaridad | CALIDAD DE VIDA | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| Ninguna | 9 | 3.90% | 4 | 1.70% | 2 | 0.90% | 0 | 0.00% | 15 | 6.50% |
| Primaria | 71 | 30.90% | 29 | 12.60% | 3 | 1.30% | 2 | 0.90% | 105 | 45.70% |
| Secundaria | 41 | 17.80% | 9 | 3.90% | 2 | 0.90% | 1 | 0.40% | 53 | 23.00% |
| Preparatoria | 22 | 9.60% | 5 | 2.20% | 4 | 1.70% | 0 | 0.00% | 31 | 13.50% |
| Universidad | 18 | 7.80% | 6 | 2.60% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 25 | 10.90% |
| Posgrado | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 0.40% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 17



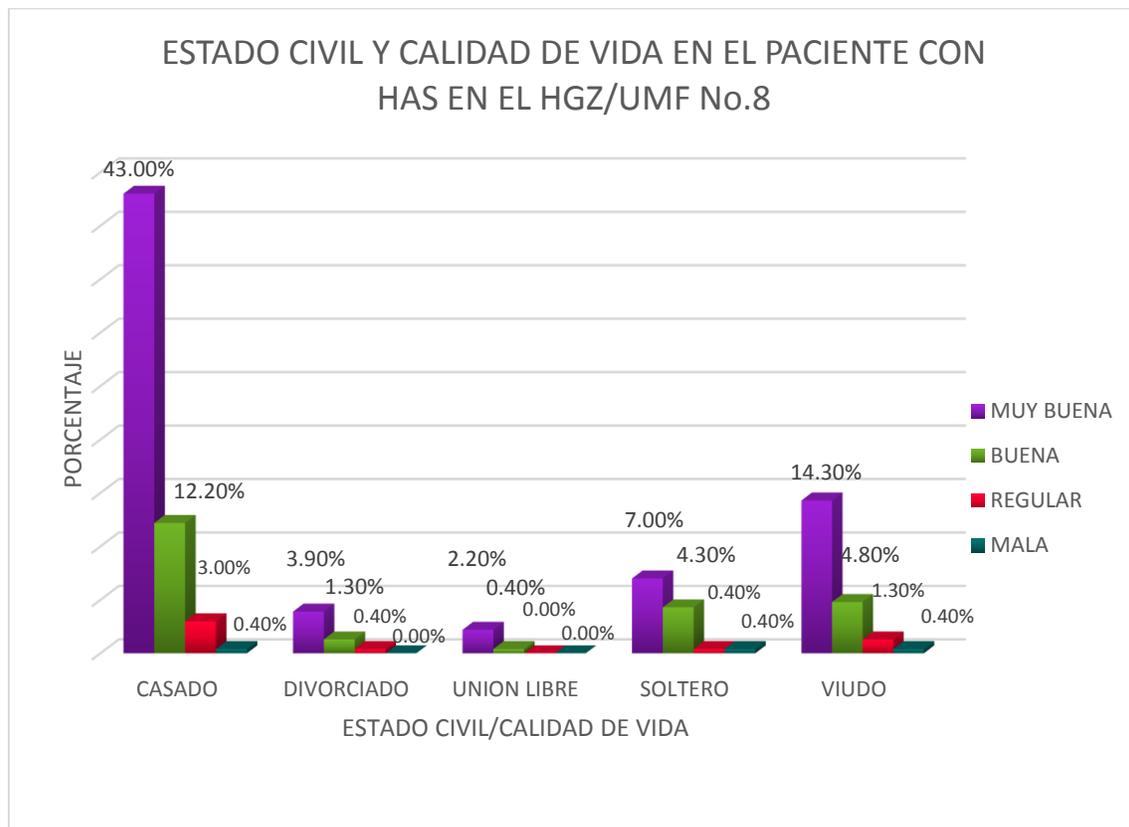
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 18

| ESTADO CIVIL Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON HAS EN EL HGZ/UMF No.8 | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|--------|-------|--------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Estado civil | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| Casado | 99 | 43.00% | 28 | 12.20% | 7 | 3.00% | 1 | 0.40% | 135 | 58.70% |
| Divorciado | 9 | 3.90% | 3 | 1.30% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 13 | 5.70% |
| Unión libre | 5 | 2.20% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 6 | 2.60% |
| Soltero | 16 | 7.00% | 10 | 4.30% | 1 | 0.40% | 1 | 0.40% | 28 | 12.20% |
| Viudo | 33 | 14.30% | 11 | 4.80% | 3 | 1.30% | 1 | 0.40% | 48 | 20.90% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G. Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 18



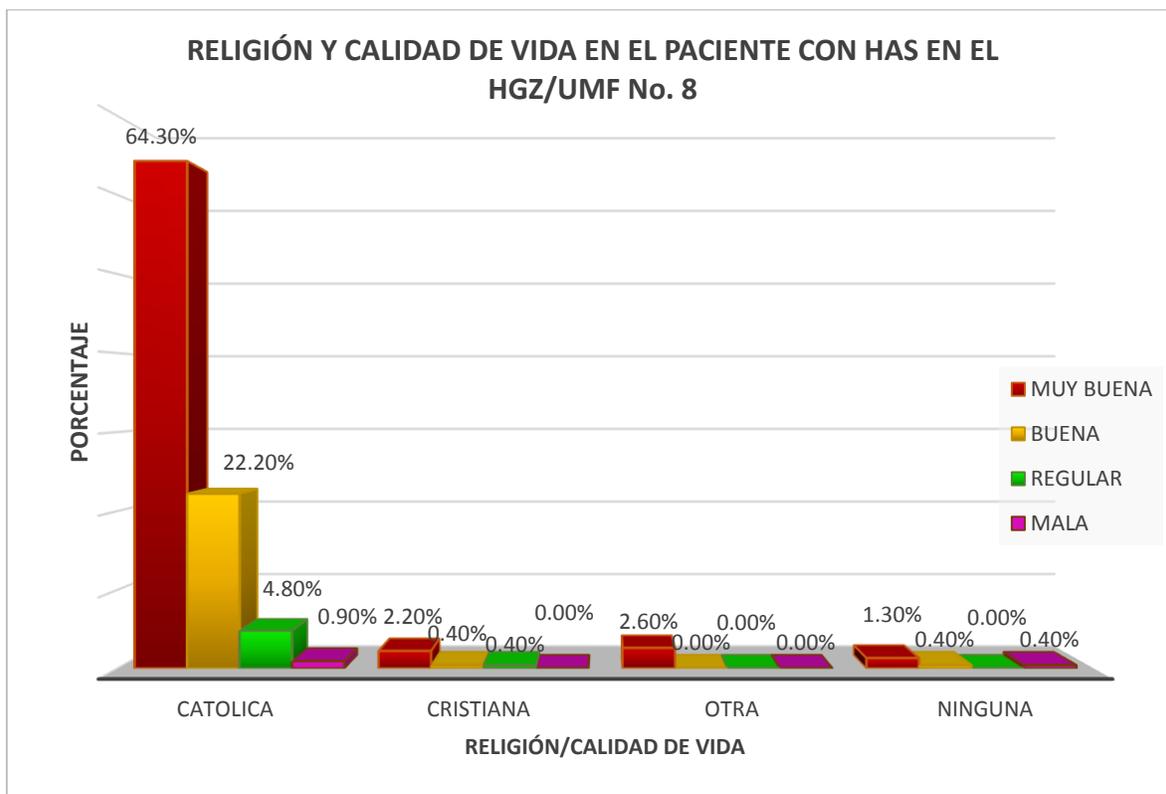
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G. Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 19

| RELIGIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------|-------|--------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Religión | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| Católica | 148 | 64.30% | 51 | 22.20% | 11 | 4.80% | 2 | 0.90% | 212 | 92.20% |
| Cristiana | 5 | 2.20% | 1 | 0.40% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 7 | 3.00% |
| Otra | 6 | 2.60% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 6 | 2.60% |
| Ninguna | 3 | 1.30% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 1 | 0.40% | 5 | 2.20% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 19



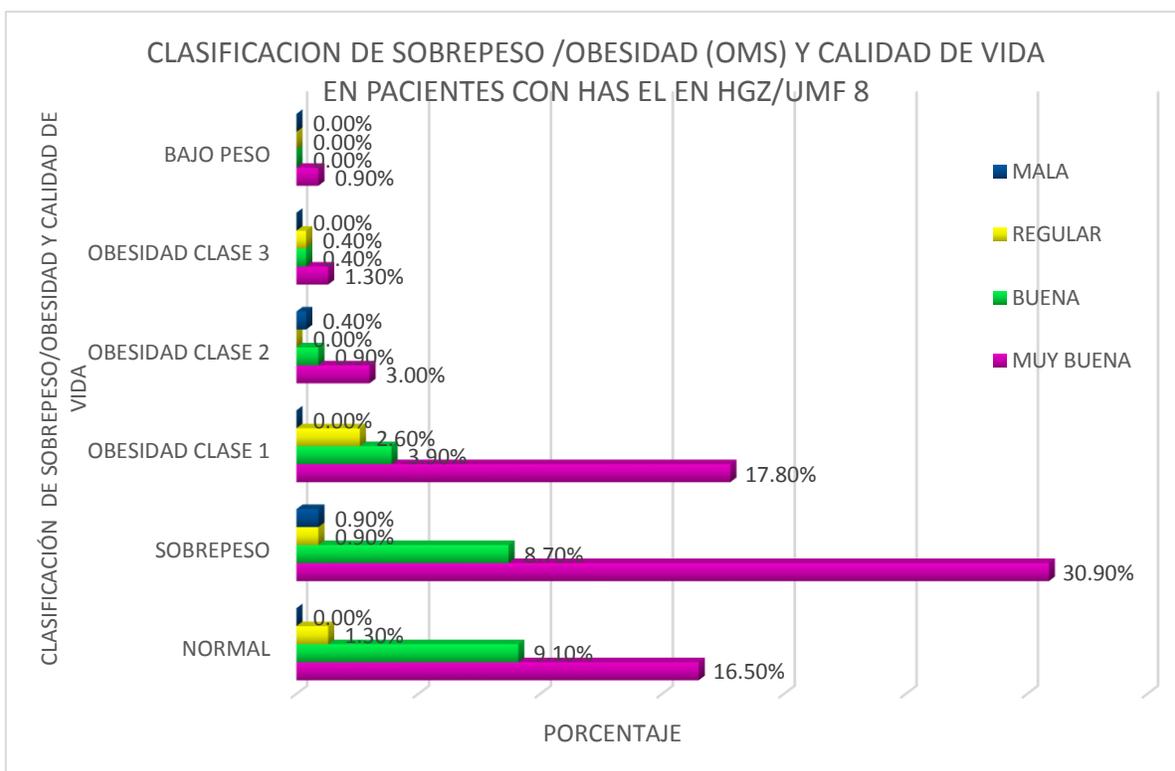
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 20

| CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO / OBESIDAD (OMS) Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|----------|--------------|------------|----------------|
| Clasificación de sobrepeso y obesidad (OMS) | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec | (%) | Frec | (%) | Frec | (%) | Frec. | (%) | Frec | (%) |
| Normal | 38 | 16.50% | 21 | 9.10% | 3 | 1.30% | 0 | 0.00% | 62 | 27.00% |
| Sobrepeso | 71 | 30.90% | 20 | 8.70% | 2 | 0.90% | 2 | 0.90% | 95 | 41.30% |
| Obesidad clase 1 | 41 | 17.80% | 9 | 3.90% | 6 | 2.60% | 0 | 0.00% | 56 | 24.30% |
| Obesidad clase 2 | 7 | 3.00% | 2 | 0.90% | 0 | 0.00% | 1 | 0.40% | 10 | 4.30% |
| Obesidad clase 3 | 3 | 1.30% | 1 | 0.40% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 5 | 2.20% |
| Bajo peso | 2 | 0.90% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 2 | 0.90% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 20



FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

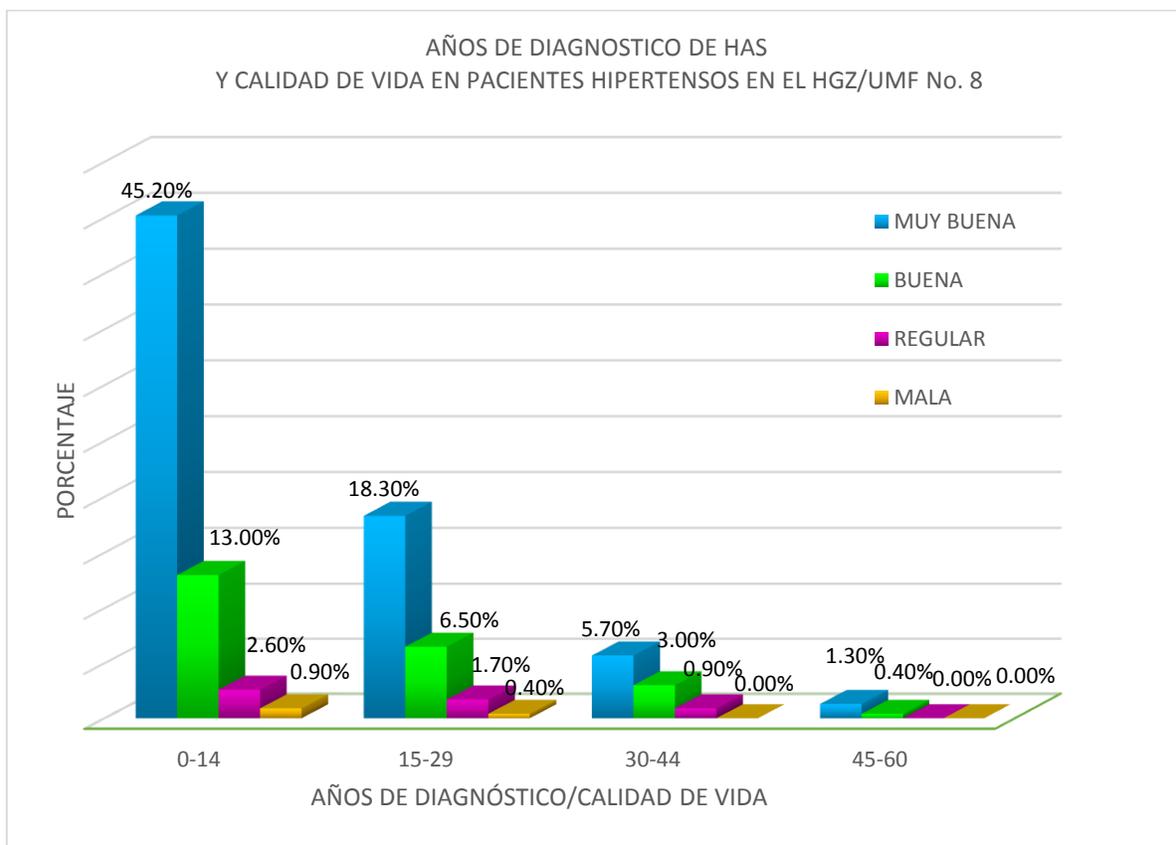
TABLA 21

AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE HAS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EVALUADOS EN EL HGZ/UMF No.8

| Años de diagnóstico de has | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
|----------------------------|-----------------|--------|-------|--------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| 0-14 | 104 | 45.20% | 30 | 13.00% | 6 | 2.60% | 2 | 0.90% | 142 | 61.70% |
| 15-29 | 42 | 18.30% | 15 | 6.50% | 4 | 1.70% | 1 | 0.40% | 62 | 27.00% |
| 30-44 | 13 | 5.70% | 7 | 3.00% | 2 | 0.90% | 0 | 0.00% | 22 | 9.60% |
| 45-60 | 3 | 1.30% | 1 | 0.40% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 4 | 1.70% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 21



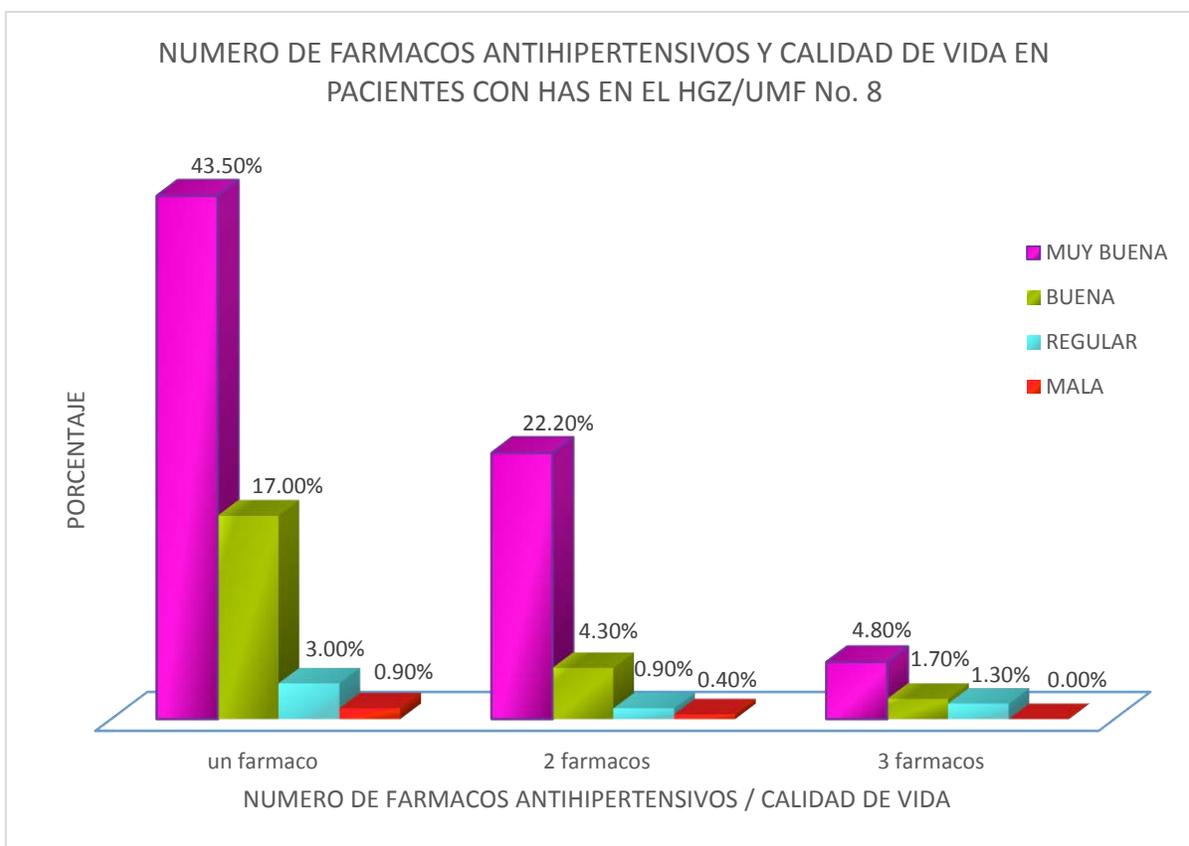
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 22

| NUMERO DE FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------------|----------|--------------|------------|----------------|
| Numero de fármacos | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| 1 fármaco | 100 | 43.50% | 39 | 17.00% | 7 | 3.00% | 2 | 0.90% | 148 | 64.30% |
| 2 fármacos | 51 | 22.20% | 10 | 4.30% | 2 | 0.90% | 1 | 0.40% | 64 | 27.80% |
| 3 fármacos | 11 | 4.80% | 4 | 1.70% | 3 | 1.30% | 0 | 0.00% | 18 | 7.80% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRÁFICA 22



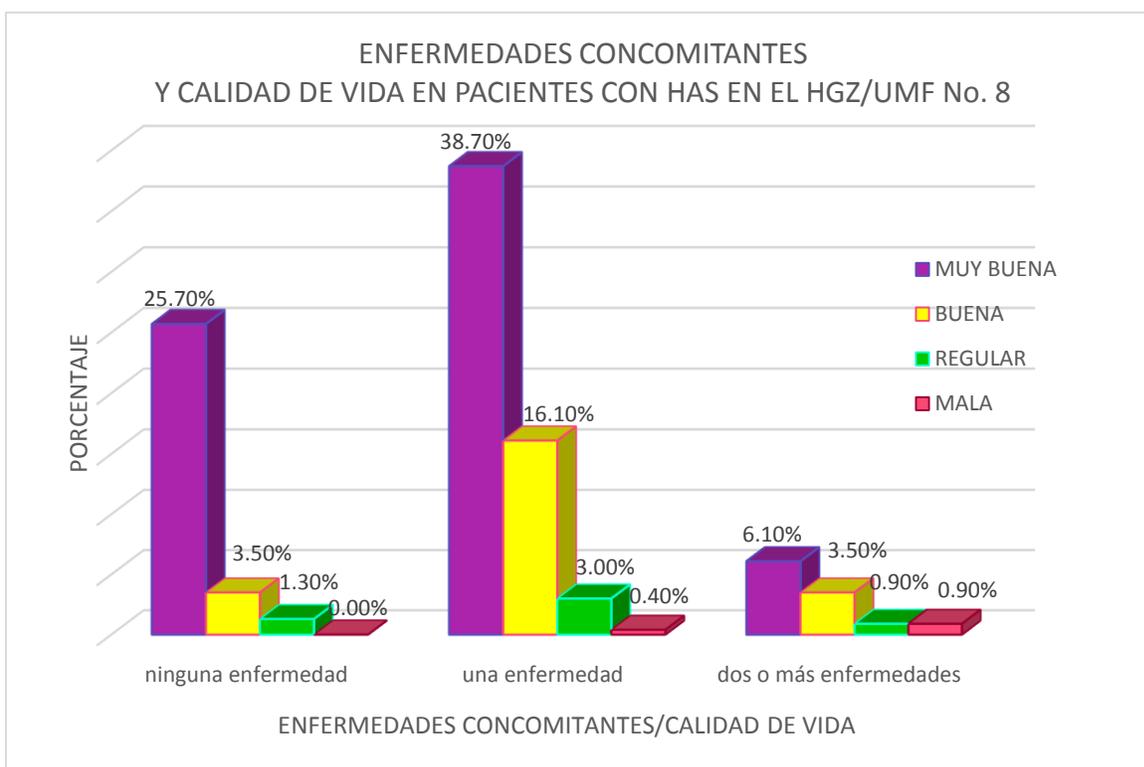
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 23

| ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------|-------|--------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Enfermedades concomitantes | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| Ninguna enfermedad | 59 | 25.70% | 8 | 3.50% | 3 | 1.30% | 0 | 0.00% | 70 | 30.40% |
| Una enfermedad | 89 | 38.70% | 37 | 16.10% | 7 | 3.00% | 1 | 0.40% | 134 | 58.30% |
| Dos o más enfermedades | 14 | 6.10% | 8 | 3.50% | 2 | 0.90% | 2 | 0.90% | 26 | 11.30% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 23



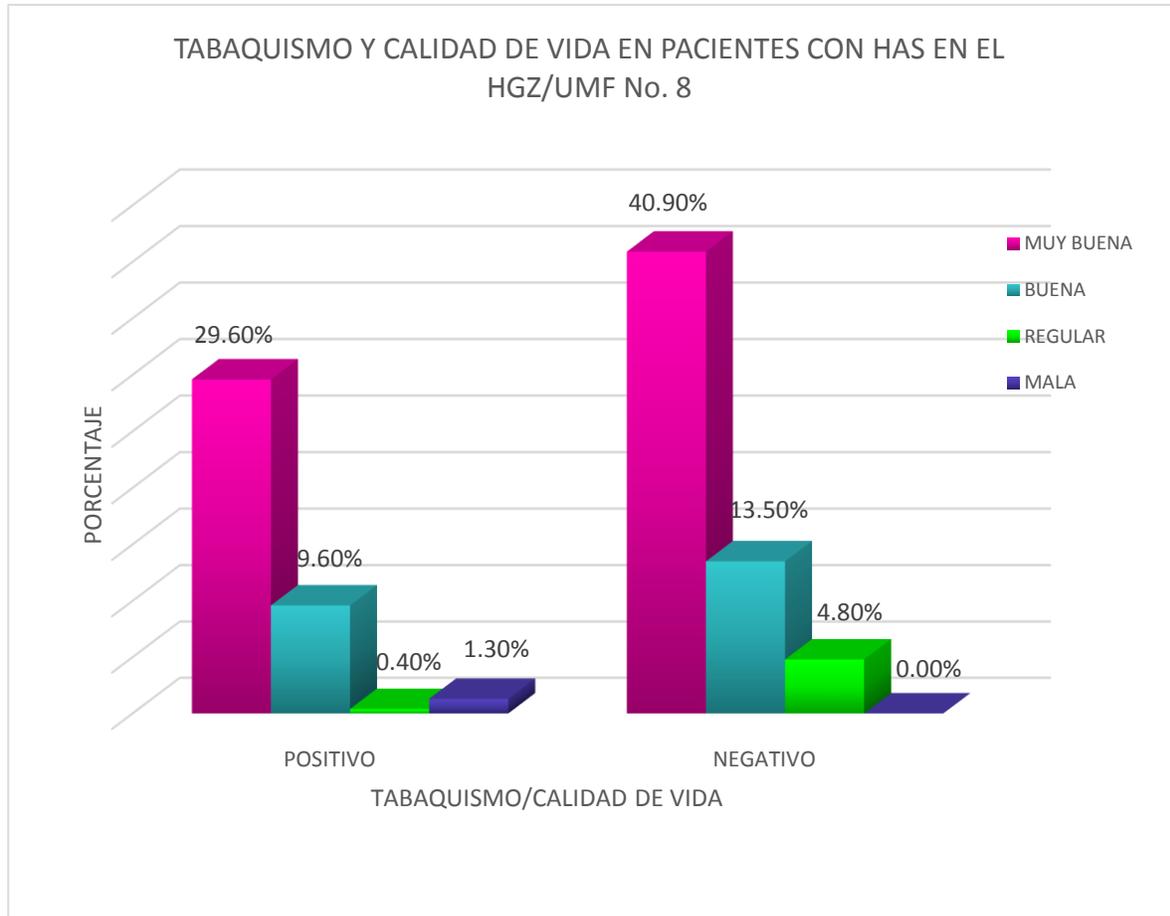
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 24

| TABAQUISMO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------|-------|--------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Tabaquismo | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| Positivo | 68 | 29.60% | 22 | 9.60% | 1 | 0.40% | 3 | 1.30% | 94 | 40.90% |
| Negativo | 94 | 40.90% | 31 | 13.50% | 11 | 4.80% | 0 | 0.00% | 136 | 59.10% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 24



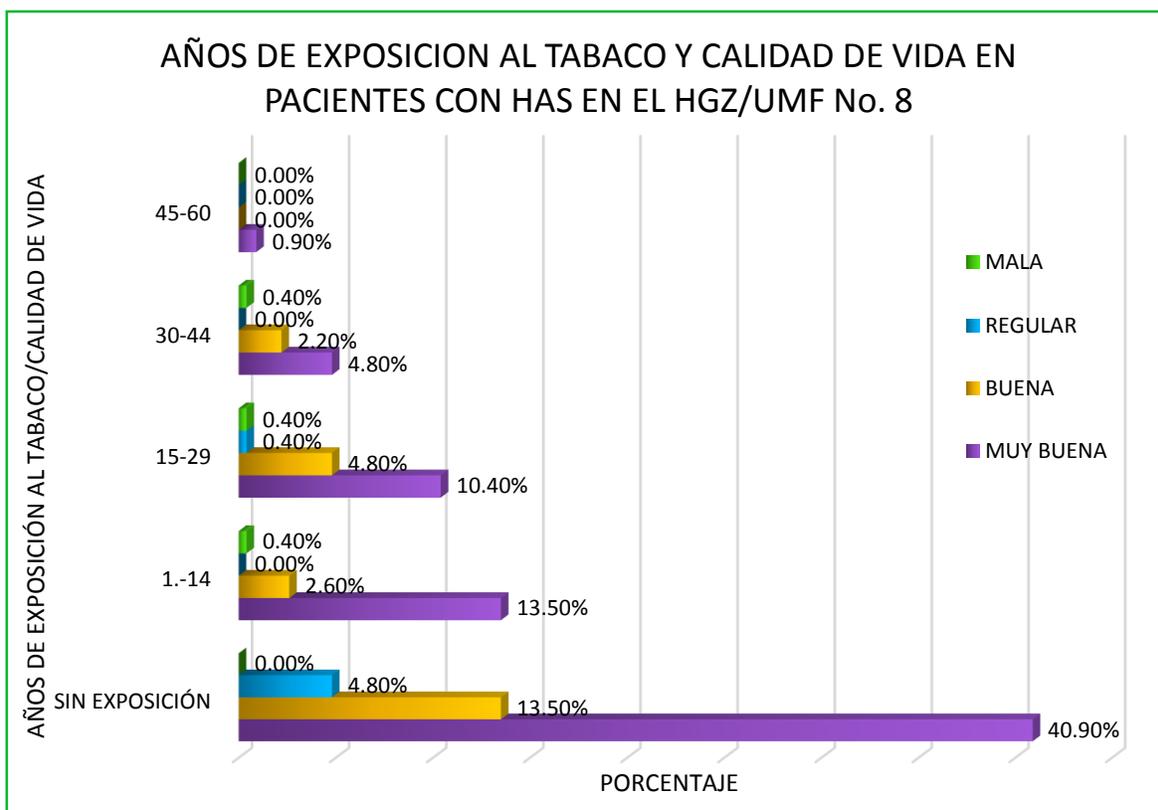
FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

TABLA 25

| AÑOS DE EXPOSICIÓN AL TABACO Y CALIDAD DE VIDA DE VIDA EL PACIENTES CON HAS EN EL HGZ/UMF No. 8 | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------|-------|--------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | Calidad de vida | | | | | | | | Total | |
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) | Frec. | (%) |
| Sin exposición | 94 | 40.90% | 31 | 13.50% | 11 | 4.80% | 0 | 0.00% | 136 | 59.10% |
| 0-14 | 125 | 54.30% | 37 | 16.10% | 11 | 4.80% | 1 | 0.40% | 174 | 75.70% |
| 15-29 | 24 | 10.40% | 11 | 4.80% | 1 | 0.40% | 1 | 0.40% | 37 | 16.10% |
| 30-44 | 11 | 4.80% | 5 | 2.20% | 0 | 0.00% | 1 | 0.40% | 17 | 7.40% |
| 45-60 | 2 | 0.90% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 2 | 0.90% |
| Total | 162 | 70.40% | 53 | 23.00% | 12 | 5.20% | 3 | 1.30% | 230 | 100.00% |

FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

GRAFICA 25



FUENTE: n=230, Castillo-A A, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Damken-R G, Evaluación de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

DISCUSIONES

En un estudio realizado por Estefano Vinaccia et. al., “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve”, (Colombia, 2007) reportó una frecuencia en el sexo masculino del 52.5%, por otro lado en nuestro estudio la frecuencia del sexo masculino se reportó en un 32.6%, presentando una diferencia importante, esto probablemente porque nuestra población presenta una menor frecuencia de pacientes masculinos en la consulta de medicina familiar que a diferencia de lo reportado en otros estudios la Hipertensión en hombres es un fenómeno cuya presencia es independiente de los factores de riesgo tradicionales y que pudiera existir un factor adicional asociado con el polimorfismo en el cromosoma Y, ante esta posibilidad se recomienda que los estudios de los factores de riesgo de HAS se centren preferentemente en adultos mayores de 30 años y los programas de prevención de la HAS donde se debe hacer mayor hincapié en reducir el peso y promover la actividad física, sobre todo en los hombres, quienes participan menos en los programas preventivos.

Un estudio realizado por Guo F. et al. “Trends in prevalence, awareness, management and control of hypertension among United States adults 1999 to 2010”, (2012), Encontraron que el sexo femenino presentó una frecuencia del 28,5% con hipertensión, por otro lado, en nuestro estudio el sexo femenino represento el 67.4% del total de la población estudiada con HAS, estas diferencias pueden ser debido a que las mujeres acuden con mayor frecuencia al servicio de la consulta externa de medicina familiar bien por algún motivo relacionado con ellas mismas o por alguna circunstancia procedente de otro miembro de la familia, cabe mencionar que uno de los estudios más importantes realizados a este respecto es el estudio de Framingham, el cual puso en evidencia que las enfermedades cardiovasculares afectan más a las mujeres en el inicio de la menopausia que a las mujeres de la misma edad que aún tienen su menstruación, lo que sugiere una relación estrecha con la disminución de los niveles de estrógenos que puede ser un factor importante por la alta frecuencia del sexo femenino.

Marin M. et al. "Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA", (Argentina, 2012), encontró que la hipertensión arterial aumentó con la edad en ambos sexos, registrando del 11,1% en menores de 35 años al 68,5% en mayores de 65 años, así en nuestro estudio encontró también un aumento de la hipertensión con la edad en ambos sexos del 0.4% en menores de 35 años al 66.5% en mayores de 65 años, por lo que podemos decir que tienen que ambos resultados se relacionan, esto probablemente porque las cifras tensionales diastólicas y sistólicas tienden a elevarse en ambos sexos con la edad, pero mientras que los valores sistólicos continúan haciéndolo de manera progresiva hasta al menos los 70-80 años, los valores diastólicos tienden a estabilizarse en meseta a partir de la quinta década de la vida, además que con el aumento de la esperanza de vida, se incrementa el grupo poblacional de edad avanzada, por lo que obliga a buscar un diagnóstico temprano para tomar medidas terapéuticas preventivas cuando esto es posible, bajando el peso e incentivando la actividad física y, en otros casos empleando medicamentos.

Barón Rivera et al. En su estudio "Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso" (México, 1998) en sus registros reportó que la presión arterial sistólica presentaba una media de 141 mmHg con una desviación estándar de 17.5 mmHg, también registró la presión arterial diastólica la cual encontró la media en 88.5 mmHg con una desviación estándar de 10.9 mmHg por otro lado en nuestro estudio se encontró que la media de la presión arterial sistólica fue de 128.2 mmHg con una desviación estándar de 16.1 mmHg mientras que la presión arterial diastólica presentó una media de 80.9 con una desviación estándar de 11.02 mmHg, por lo que podemos deducir que nuestros pacientes presentaron un mejor registro de tensión arterial en su última consulta, esto probablemente a un mejor apego a tratamiento, el cual no fue el objetivo del estudio pero que es un área de oportunidad a investigar, también podemos destacar que al ser más de la mitad de nuestra población con monoterapia se puede decir que el tratamiento farmacológico logra mantener en la mayoría de los casos un buen control, no dejando de lado es buen actuar del médico familiar en estos pacientes, pero que se debe continuar promoviendo acciones oportunas que lleven a mantener el buen control hipertensivo.

Cardona-Arias et al “hipertensión arterial y sus factores de riesgo” (Colombia, 2013) reportó la presencia de obesidad y sobrepeso en un 58 % en pacientes con HAS, que por otro lado en nuestro estudio se registró la presencia de obesidad y sobrepeso en un 72.1%, obteniendo un porcentaje mayor de pacientes con sobrepeso y obesidad en nuestra población de estudio, esto puede ser porque la obesidad está aumentando, no solo en nuestra población, también a nivel mundial, además hay una asociación bien documentada entre la hipertensión arterial y la obesidad, donde el mas de la mitad de pacientes con hipertensión se puede atribuir secundario a la obesidad, reportan que por cada aumento del 10% en el peso corporal, se estima que la presión arterial sistólica aumenta en 6,5 mmHg. No obstante debe prestarse especial atención a la calidad de vida relacionada la salud de esta población en razón de este factor de impacto.

Melchioris A et al. “Calidad de vida en pacientes hipertensos y validez competitiva del Minichal-Brasil” (2010), reporta que el 45.5% de los pacientes utilizaban monoterapia, en nuestro estudio el 64.3% se encuentra con un solo fármaco, por lo que difieren ambos resultados. La mayor parte de las comunicaciones actuales coinciden en afirmar que más de la mitad de los hipertensos requerirán dos o más drogas para controlar las cifras tensionales, por lo que el escaso número de antihipertensivos utilizados en nuestro estudio puede haber contribuido al grado de control de la hipertensión, por otro lado, podemos decir que el éxito del tratamiento se basa en que sea aceptado por el paciente, que puede estar afectada por la eficacia y tolerabilidad del fármaco empleado, sus efectos sobre la calidad de vida, y otras influencias como las expectativas y las ideas preconcebidas del médico y del paciente, por lo que debemos recordar que el objetivo del médico en el momento de prescribir un antihipertensivo debe ser no solo reducir la presión arterial, si no también restaurar la calidad de vida del paciente hipertenso, minimizando al mismo tiempo los efectos secundarios del tratamiento a través de la selección del medicamento más apropiado a las características del paciente concreto, y teniendo siempre en cuenta el coste del tratamiento de una manera amplia, no solo coste directo, sino también del coste utilidad.

Un estudio realizado por Gómez et. al. “Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica” (México, 2010), reportó que el 80% de los participantes presentan muy buena calidad de vida por otro lado nuestro estudio registramos que el 70.4% de los pacientes presentan muy buena calidad de vida, ambos estudios muestran una diferencia importante, siendo nuestro registro el menor porcentaje esto debido a que la calidad de vida de los pacientes con hipertensión puede estar influenciada por factores, como el efecto de etiquetado, o creencias y actitudes acerca de la enfermedad y el tratamiento, del mismo modo a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés según las características propias de nuestra población de estudio.

Dentro de los alcances podemos resaltar la utilidad de emplear un instrumento específico, puesto que es más adecuado que un genérico para medir cambios en la evolución de los pacientes, especialmente los ocasionados por las intervenciones terapéuticas, ya que en general los instrumentos específicos incluyen ítems sobre los signos y síntomas que el paciente en determinada patología experimenta en mayor o menor grado. En nuestro caso, el cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) confirma su utilidad para medir la calidad de vida relacionada a la salud de grupos de pacientes hipertensos y su evolución, así como en los estudios realizados en España, Brasil y México.

Entre las limitaciones de esta investigación podemos mencionar que, si bien nuestro instrumento es el ideal tiene el inconveniente de una larga duración en su administración que limita su uso en la práctica clínica, considerando que la mayoría de los entrevistados son personas de la tercera edad, aunado a una práctica pobre de lectura y la participación indirecta de los familiares hizo más lento cumplir el objetivo de la muestra, por otro lado, al ver el número de ítems el paciente se niega a disponer de mayor tiempo que el que espera previo a su consulta.

El presente estudio resulta de gran importancia para la práctica asistencial puesto que permitirá una atención clínica continua e integral para el paciente con hipertensión arterial sistémica al utilizar un instrumento específico, nos permite estar atentos y realizar una detección oportuna de complicaciones cuando reforzamos la relación médico-paciente pues este será de impacto para una mejor toma de decisiones en beneficio del paciente y su familia.

En el área administrativa consideramos de utilidad pues el médico familiar es el coordinador del equipo de salud, que promueve un desarrollo organizacional en los diferentes escenarios de trabajo, ya que al realizar una acción oportuna al prevenir o detectar complicaciones reducen número de consultas en otras especialidades, días de estancia hospitalaria así como disminuye la prescripción de farmacológica optimizando entonces los recursos hospitalario que de manera directa e indirectamente se refleja en el impacto de la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial así como en los diferentes integrantes de la familia.

En el área educativa creemos que es relevante puesto que nuestro estudio permite tener una visión integral del paciente, un área de oportunidad para redirigir el actuar médico familiar que permita tener un impacto mayor en la vida del paciente con hipertensión arterial y su familia orientando en el ajuste de roles y dinámica familiar que nos lleve a una intervención oportuna en los cambios de hábitos del paciente-familia, para un mejor apego del tratamiento así como informar sobre las complicaciones y aclarando mitos sobre su patología.

En cuanto al área de investigación consideramos de gran importancia para la formación del residente de medicina familiar ampliando en información y como antecedente de futuros trabajos de investigación que refuercen nuestra especialidad y lleven hacia una reflexión crítica con proyección para un actuar médico familiar de calidad centrada en el paciente y su familia.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se cumplió el objetivo establecido al evaluar la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial sistémica de la consulta externa de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, utilizando el instrumento específico de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) encontrando un predominio de 70% de la población estudiada con muy buena calidad de vida.

Por lo que en base a los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula, concluyendo así que los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la consulta externa de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 tienen una buena calidad de vida.

Para nuestro estudio ser mujer presenta un mayor riesgo para presentar una mala calidad de vida, por lo que debemos poner especial atención en este género para canalizar oportunamente en caso de requerir tratamiento por el servicio de psicología o psiquiatría.

La edad de riesgo mayor para presentar una mala calidad de vida es de 50 a 64 años de edad, esto probablemente porque en esta edad ocurre la transición de ser económicamente activo a la jubilación además entran en la última etapa del ciclo vital según Geyman, retiro y muerte, que genera un mayor impacto en la vida del paciente por lo que debemos dirigir acciones que permitan realizar una orientación adecuada al paciente y su familia en este proceso.

En este mismo sentido podemos decir que tener un empleo evita tener una mala calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial, por lo que debemos recomendar al paciente y su familia, actividades productivas que generen un sentimiento de utilidad así como evitar desplazarlos o ignorar sus necesidades.

Los pacientes que tienen una educación básica presentan una mayor frecuencia de tener mala calidad de vida, esto quizá por una mala recepción de la información o búsqueda en fuentes de información poco confiable que orientan de forma errónea o incompleta al paciente. Nosotros como personal de primer contacto que realizamos atención continua podemos coordinarnos con el personal de trabajo social y enfermería para orientar de manera gradual y oportuna sobre la patología y sus complicaciones para mejorar la percepción en el nivel de calidad de vida de los paciente.

En nuestra población estar casado no es determinante para presentar una mejor calidad de vida, pues son los que presentaron con mayor frecuencia regular y mala calidad de vida, no así los que están en unión libre ya que presentan mejor calidad de vida que el resto, lo que nos hace suponer que su compromiso es real y sus redes de apoyo se encuentran mayormente fortalecidas, entonces como médicos especialistas en familia tenemos que implementar estrategias para reafirmar y fortalecer las redes de apoyo en los pacientes con y sin pareja.

En los pacientes que se encuentran con un peso mayor al peso normal tienen mayor frecuencia de presentar peor calidad de vida, por lo que debemos hacer énfasis en la actividad física moderada que apoye en el control hipertensivo y así mejorar su calidad de vida.

Podemos hacer notar que nuestra población presenta con mayor frecuencia una mala calidad de vida en los primeros 14 años de diagnóstico de HAS, por lo que como especialistas de medicina familiar debemos coordinarnos oportunamente con los integrantes del equipo de salud para hacer énfasis en los cambios en el estilo de vida, acciones preventivas e identificación precoz de complicaciones.

Por otra parte, tener enfermedades concomitantes a hipertensión arterial, presentan mayor riesgo para tener mala calidad de vida esto porque, pueden tener un mayor índice de complicaciones. El tener regularmente al paciente en la consulta de primer de nivel de atención nos da la oportunidad de fortalecer la relación médico – paciente - familia para referir de manera oportuna a otras especialidades en caso necesario e implementar pláticas de orientación e información práctica que permitan al paciente identificar de manera temprana las complicaciones de las diferentes patologías y así mejorar su calidad de vida.

En este orden de ideas, también se encontró que más de la mitad de los pacientes con hipertensión arterial estudiados se encuentran en tratamiento con un fármaco como antihipertensivo que tienen una buena calidad de vida por lo que debemos seguir trabajando en beneficio de un buen control hipertensivo que permita conservar un impacto positivo en la vida del paciente.

Por otro lado, en nuestra población es 3 veces más frecuente tener mala calidad de vida si presenta tabaquismo positivo, por lo que podemos invitar al paciente hipertenso a abandonar el hábito tabáquico y ayudarlo en su consecución, utilizando las estrategias de soporte psicológico y farmacológico.

Para estudios posteriores sobre esta línea de investigación, consideramos que el presente estudio puede ser de utilidad para ampliar las variables como factores de riesgo cardiovascular en el paciente con hipertensión arterial que puedan afectar la calidad de vida del paciente para que puedan ser identificarlos de manera oportuna y así poder realizar una intervención biopsicosocial eficaz, así como también se

podría establecer la relación de la tensión arterial con el nivel de calidad de vida para valorar el impacto de la calidad de vida con el grado de control hipertensivo.

Se propone continuar con la investigación para evaluar las dos dimensiones del instrumento Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL): dimensión física y dimensión somática, que no se evaluó en nuestro estudio ya que puede enriquecer los resultados que hasta el momento hemos obtenidos en la presente investigación.

Evaluar el nivel de calidad de vida en pacientes que cuentan con el diagnóstico de hipertensión arterial es de importancia para el médico de consulta externa de medicina familiar puesto que además de que nos permite tener una entrevista directa con el paciente, interrogando aspectos que van más allá de lo habitual como su percepción de la vida actual y futura, su sensación de ser útil en la sociedad, sorprende al médico, al paciente mismo y si corremos con suerte al miembro de la familia que se encuentra presente, pues nos abre una oportunidad de establecer vínculos y fortalecer la relación médico paciente, puesto que aquel que nos está contestando tiene la oportunidad que pocas veces le damos en una consulta tan breve en el seguro social, de manifestarnos como percibe su enfermedad en la vida diaria, permitiéndonos establecer una intervención oportuna para lograr un mejor control hipertensivo y prevención de las complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- (1) World Health Organization, International Society Of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society Of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal Of Hypertension*. 2003; 21:1982-1992.
- (2) Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández Barrera, Medina C, Rojas R, Kimenes A. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y control. *Salud Pública De México*, 2013: s144-s150.
- (3) Vasan RS, Larson MG, Beiser A, Seshadri A, Kannel WB, D'Agostino R, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle aged women on men: the framingham heart study. *JAMA*. 2002: 1003-10.
- (4) Kannel WB. Hypertension: reflections on risk and prognostication. *Med Clin N Am* 93, 2009: 541-558.
- (5) Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for management of arterial hypertension. *Journal Of Hypertension*, 2013: 1281-1357.
- (6) U.S. Department Of Health And Human Services, National Institutes Of Health, National Heart, Lung, And Blood Institute, National High Blood Pressure Education Program. Program National High Blood Pressure Education. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. NIH Publication. 2004; 04 (5230): 1-86
- (7) Rosas M, Pastelín G, Martínez J, Herrera J, Attie F. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. *Archivos De Cardiología De México*, 2004; 74: 134-157
- (8) Hernández HH, Meaney ME, Skromne KD. Estudio del hipertenso. Historia clínica. Exámenes de laboratorio. *Medicina Interna De México*. 2006 enero-febrero; vol. 22 (1): 52-55.
- (9) Cardona ME, Carranza MJ, Hernández MH. Actualización del consenso nacional de hipertensión arterial. Tratamiento. *Medicina Interna De México*. 2006 enero-febrero; vol. 22 (1): 55-63.
- (10) Rabi MD, Daskalopoulou SS, Padwal SR, Grover AS, Hackam GD, Myers GM, et al. The 2011 Canadian hypertension education program recommendations for the

management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *Canadian Journal Of Cardiology*. 2011 july-august; 27: 415-433

(11) Centro Nacional De Excelencia Tecnologica. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. México Secretaria De Salud. 2008; 5-39.

(12) Cardona AD, Agudelo GH. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*. 2005 enero-junio; vol.23 (1):79-90.

(13) Botero de Mejía, Beatriz. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24.

(14) Gagliardino J. J., De la Hera M., Siri F. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina, *Pan Am J Public Health* 2001; 10(5): 309-317.

(15) Muntaner JJ, Forteza D, Roselló MR, Verger S, Iglesia B. estándares e indicadores para analizar la calidad de vida del alumnado con discapacidad en su proceso educativo. Primera edición. España: ediciones UIB; 2010.

(16) Patrick DL, Erickson P. Assessing health-related quality of life for clinical decision making. Lancaster, England 1988; Chapter 1: 22

(17) Schipper H, Clinch, JJ, Olweny CLM *Quality of life studies: definitions and conceptual issues* Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia 1996; 11-23.

(18) Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*. 2000; 14(2):163-167.

(19) International society for quality of life research (ISOQOL). *Health-related quality of life research*. ISOQOL, Milwaukee, USA 2015.

(20) Riveros A, Castro G.C, Lara-Tapia H. Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana De Psicología*. 2009; Vol. 41 (2): 291-304.

(21) Nava GM. La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermería Neurológica*. 2012; Vol. 11 (3): 129-137.

(22) Casas AJ, Repullo LJ, Pereira CJ. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica*. 2001; Vol. 116 (20):789-796.

- (23) Rebollo P., Fernandez VF., Ortega F., La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. *Hipertensión. Asturias Oviedo* 2001; 18 (9): 429-439.
- (24) Dalfo A, Badia X, Roca CA. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). *Atención Primaria*. 2002 febrero; 29 (2):116-121.
- (25) Gómez Gómez M. del R. García Reza C., Gómez Martínez V., Mondragon Sanchez P., Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; 19 (1): 7-12.
- (26) Selke B., Marquis P, Lebrum T. socioeconomic and quality of life repercussions of arterial hypertension. *Drugs* 1998; 56 (2): 45-53.
- (27) Steven R. Erickson, Pharm.D., Brent C. Williams, M.D., M.P.H., Larry D. Gruppen, ph.d. Relationship between symptoms and health-related quality of life in patients treated for hypertension. *Pharmacotherapy*. 2004; 24(3).
- (28) Bardage C., Isacson D. G., Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; (54): 172–181.
- (29) Roca-Cusachs A., Badia X., Dalfo A., Gascon G., Abellas J., Lahoz R. Relacion entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. Estudio MINICHAL. *Med clin (Barc)* 2003; 121 (1): 12-7
- (30) Vinaccia S, Quinceno JM, Gómez A, Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas: perspectivas en Psicología*. 2007 julio-diciembre; vol. 3 (2): 203-211
- (31) Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Oliveira de Souza SR, Souza AP., Calidad de Vida en pacientes hipertensos y Validez competitiva del Minichal-Brasil. *Arq Brasil Cardiol* 2010; 94 (3): 343-349.
- (32) Ha. N.T., Thi D. H., Hoang L.N., Khanal V., Moorin R. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health* 2014; 14:833
- (33) Soni RK, Porter AC, Lash JP, Unruh ML. Health-Related Quality of Life in Hypertension, Chronic Kidney Disease, and Coexistent Chronic Health Conditions. *Advances in Chronic Kidney Disease* 2010; 17 (4): e17-e26

(34) García Pérez AM., Leiva Fernández F., Martos Crespo F., García Ruiz AJ., Prados Torres d., Sánchez de la Cuesta y Alarcón F., Calidad de Vida en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2. Medicina de familia. 2001; 2 (1): 29-34.

(35) Barrón RA, Torreblanca RF, Sánchez CL, Martínez BM. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública De México. 1998 noviembre-diciembre; Vol.40 (6): 503-509.

(36) Roca CA, Dalfo A, Badia X, Aristegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. Journal Hypertension Barcelona 2001:1913-1919.

(37) Guzmán PJ, Valadez TF, Cabrera PC, Campollo RO, Gutiérrez RE, Barrera PJ, et al. Efecto de una intervención educativa multidisciplinaria sobre la calidad de vida en pacientes hipertensos. Atención Familiar. 2009; 16 (1):18-21.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1

| Categoría | SISTOLICA | | DIASTOLICA |
|--|-----------|-------|------------|
| Sistólica Diastólica Optima | <120 | Y | <80 |
| Normal | 120-129 | y / o | 80-84 |
| Normal alta | 130-139 | y / o | 85-89 |
| Hipertensión de grado 1 | 140-159 | y / o | 90-99 |
| Hipertensión de grado 2 | 160-179 | y / o | 100-109 |
| Hipertensión de grado 3 | ≥ 180 | y / o | ≥ 110 |
| La hipertensión sistólica aislada | ≥ 140 | Y | <90 |

ANEXO 2

| CLASIFICACIÓN PRESIÓN ARTERIAL | PAS* MMHG | PAD* MMHG |
|-----------------------------------|--------------|--------------|
| NORMAL | <120 Y | Y <80 |
| PREHIPERTENSIÓN | 120-139 | O 80-89 |
| ETAPA 1 HIPERTENSIÓN | 140-150 | O 90-99 |
| ETAPA 2 HIPERTENSIÓN | ≥160 | O ≥100 |

ANEXO 3

| |
|--|
| Factores de riesgo cardiovasculares |
| Factores de riesgo más importantes |
| Hipertensión* |
| Consumo de productos del Tabaco |
| Obesidad* (IMC ≥ 30 kg/m ²) |
| Inactividad física |
| Dislipidemia* |
| Diabetes mellitus* |
| Microalbuminuria o tasa de filtrado glomerular (TFG) <60 mL/min |
| Edad (mayores de 55 años para los hombres, 65 para las mujeres) |
| Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (hombres por debajo de 55 años y mujeres por debajo de 65 años) |

ANEXO 4

| |
|---|
| Algunas causas de hipertensión arterial secundaria. |
| 1. Enfermedad del parénquima renal |
| 2. Enfermedad vascular renal |
| 3. Trasplante de órgano con uso de Inmunosupresores |
| 4. Tumores secretores de renina |
| 5. Aldosteronismo primario |
| 6. Sobreproducción de mineralocorticoides |
| 7. Hiperplasia adrenal congénita |
| 8. Síndrome de Cushing |
| 9. Feocromocitoma |
| 10. Tumores cromafin extra-adrenales |
| 11. Hipertiroidismo |
| 12. Hiperparatiroidismo |
| 13. Acromegalia |
| 14. Inducida por embarazo |
| 15. Apnea obstructiva del sueño |
| 16. Coartación de aorta |
| 17. Disautonomía |
| 18. Hipertensión intracranial |
| 19. Insuficiencia aórtica |
| 20. Fístulas arteriovenosas |
| 21. Enfermedad de Paget |
| 22. Beriberi |
| 23. Sx Carcinoide |

ANEXO 5

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS RECOMENDADA | PRESENTACIÓN | TIEMPO (PERÍODO DE USO) |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Hidroclorotiazida | 12.5 a 100 mg/día | Tabletas de 25 mg | Indefinido |
| Clortalidona | 25 a 100 mg/día | Tabletas 50 mg | Indefinido |
| Captopril | 50 a 150 mg/día | Tabletas 25 mg | Indefinido |
| Enalapril | 10 a 60 mg/día | Tabletas de 10 mg | Indefinido |
| Nifedipino | 30 a 60 mg/día | Tabletas 30 mg | Indefinido |
| Vasilato de Amlodipino | 5 a 10 mg/día | Tabletas 5 mg | Indefinido |
| Verapamilo | 80 a 480mg/día | Tabletas 80 mg | Indefinido |
| Clorhidrato de Propranolol | 20 a 240 mg/ día | Tabletas 10 y 40 mg | Indefinido |
| Tartrato de Metoprolol | 50 a 300 mg día | Tabletas de 100 mg | Indefinido |
| Clorhidrato de Prazocina | 1 a 6 mg/día | Tabletas 2 mg | Indefinido |
| Losartán potásico | 50 a 200 mg/ día | Tabletas 50 mg | Indefinido |
| Felodipino | 5-10 mgr/día | Tabletas de 5 mgr. | Indefinido |
| Hidralazina | 50-100 mgr/día | Tabletas de 50 mgr. | Indefinido |
| Ácido Acetil Salicílico | 150 mg/día | Tabletas efervescentes 300 mg | Indefinido |

ANEXO 6



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TITULO DEL PROYECTO:
"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2013

| FECHA | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2014 | 2014 |
| TITULO | X | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES | X | X | X | | | | | | | | | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | | | | X | | | | | | | | |
| OBJETIVOS | | | | X | | | | | | | | |
| HIPOTESIS | | | | | X | X | | | | | | |
| PROPOSITOS | | | | | | X | | | | | | |
| DISEÑO METODOLOGICO | | | | | | X | X | | | | | |
| ANALISIS ESTADISTICO | | | | | | X | X | | | | | |
| CONSIDERACIONES ETICAS | | | | | | | | X | | | | |
| RECURSOS | | | | | | | | | X | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | | | | | | | | X | | |
| ASPECTOS GENERALES | | | | | | | | | | | X | |
| ACEPTACION | | | | | | | | | | | | X |

ANEXO 7



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TITULO DEL PROYECTO:
"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2013

| FECHA | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2013 | 2014 | 2014 |
| TITULO | X | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES | X | X | X | | | | | | | | | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | | | | X | | | | | | | | |
| OBJETIVOS | | | | X | | | | | | | | |
| HIPOTESIS | | | | | X | X | | | | | | |
| PROPOSITOS | | | | | | X | | | | | | |
| DISEÑO METODOLOGICO | | | | | | X | X | | | | | |
| ANALISIS ESTADISTICO | | | | | | X | X | | | | | |
| CONSIDERACIONES ETICAS | | | | | | | | X | | | | |
| RECURSOS | | | | | | | | | X | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | | | | | | | | X | | |
| ASPECTOS GENERALES | | | | | | | | | | | X | |
| ACEPTACION | | | | | | | | | | | | X |



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TITULO DEL PROYECTO:
"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2014

| FECHA | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2014 | 2015 | 2015 |
| ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO | X | | | | | | | | | | | |
| RECOLECCION DE DATOS | X | X | | | | | | | | | | |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS | | X | X | | | | | | | | | |
| ANALISIS DE DATOS | | | X | X | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE DATOS | | | | X | X | | | | | | | |
| DISCUSIÓN DE DATOS | | | | | X | X | | | | | | |
| CONCLUSION DEL ESTUDIO | | | | | | X | | | | | | |
| INTEGRACION Y REVICION FINAL | | | | | | | X | | | | | |
| REPORTE FINAL | | | | | | | | X | | | | |
| AUTORIZACIONES | | | | | | | | | X | | | |
| IMPRESIÓN DEL TRABAJO | | | | | | | | | | X | X | |
| PUBLICACION | | | | | | | | | | | | X |

ANEXO 8



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Evaluación de la calidad de vida del pacientes con hipertensión arterial sistémica en la consulta de medicina familiar en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Lugar y Fecha: Servicios de consulta externa de medicina familiar en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Febrero 2014 – agosto 2014

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio... Las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte; donde los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud, más aun si son pacientes de difícil control y requieren de más de 2 fármacos antihipertensivos. Al evaluar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, su duración, la severidad de la enfermedad y el estado y la magnitud de los cambios esperados conoceremos el nivel de calidad de vida del paciente, mediante un instrumento validado y específico para la patología de hipertensión arterial, que aporte información importante para intervenir de manera oportuna, para un control hipertensivo óptimo del paciente que acude a la consulta de primer contacto de medicina familiar del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Procedimientos:..... Se aplicará un cuestionario de manera única a ser respondido por el paciente, interrogando datos relacionados con su estado de ánimo y manifestaciones somáticas, además de algunos datos de identificación personal.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... Reflexión y sensibilización de la calidad de vida del paciente con padecimiento crónico e intervenir de manera oportuna para el control de la presión arterial.

Participación o retiro: El paciente tendrá la facultad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio de confidencialidad, asegurando datos personales y respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

| | |
|----|--|
| NA | No autorizo que se tome la muestra |
| NA | Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. |
| NA | Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. |

Beneficios al término del estudio: Conocimiento sobre el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas con un marco temporal de referencia de 15 días
Posibilidad de creación de nuevas políticas de sensibilización al manejo integral en el paciente con hipertensión arterial

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Castillo Aguilar Alely. Cel: 5551022316. Email: sju.katse@gmail.com
Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com
Dra. Damken Robles Guadalupe Alma Ruth . Cel 5554130610. Email: gardamken@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 9



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Buenos días

Estamos realizando un estudio para conocer la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Por tal motivo le pedimos de la manera más atenta que nos ayude con su colaboración a responder este breve cuestionario, no le tomara más de 25 minutos. Las respuestas que nos proporcionará son anónimas y confidenciales, no existen preguntas correctas e incorrectas por lo que le sugerimos que no deje ninguna pregunta sin contestar.

Sección I

Instrucciones: Conteste las preguntas de acuerdo su condición personal. Marque con una X la opción elegida.

1. Nombre: _____
2. Edad _____
3. Sexo: 1 () Masculino 1 () Femenino
4. Estado laboral: 1 () empleado. 2. () desempleado
5. Ocupación : _____
6. Escolaridad: 1 () ninguna 2 () primaria 3 () secundaria. 4 () preparatoria.
5 () universidad 6 () posgrado
7. Estado civil: 1 () Casado (a) 2 () Divorciado (a) 3 () Unión libre. 4
() Soltero (a) 5. () Viudo (a)
8. Religión: 1 () católica. 2 () cristiana. 3 () otra _____ 4 () ninguna
9. T/A: ____/____ mmHg
10. ¿Cuántos años lleva usted de ser hipertenso? _____
11. Peso _____ kg Talla _____ cm
12. ¿Qué medicamento toma para su hipertensión? _____
13. ¿Padece usted de otra enfermedad? () Si () No
¿Cuál? () Diabetes mellitus tipo 2 () enfermedad renal crónica () Dislipidemia
Otra enfermedad _____
14. Tabaquismo:
¿Fuma? () Si () No ¿Cuántos años lleva fumando? _____
¿Fumó? () SI () NO ¿Cuántos años fumó? _____

Sección II

Cuestionario de Calidad de vida en Hipertensión Arterial (CHAL)

Instrucciones:

Marque solo una respuesta que describa como se ha sentido usted en los **últimos 15 días**.

- 1.- ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 2.- ¿Ha tenido sueños que lo asustan o le son desagradables?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 3.- ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 4.- ¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 5.- ¿Se despierta cansado?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 6.- ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 7.- ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 8.- ¿Ha tenido dificultades para llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 9.- ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 10.- ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 11.- ¿Se ha sentido insatisfecho con sus relaciones personales?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 12.- ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 13.- ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?
0) NO, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 14.- ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 15.- ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 16.- ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 17.- ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho

- 18.- ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales cada día?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 19.- ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 20.- ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 21.- ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 22.- ¿Ve su futuro con poca esperanza?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 23.- ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirla?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 24.- ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 25.- ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 26.- ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 27.- ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 28.- ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 29.- ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 30.- ¿Ha notado flojedad en las piernas?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 31.- ¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 32.- ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 33.- ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?
 0) no, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 34.- ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 35.- ¿Ha sufrido visión borrosa?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 36.- ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 37.- ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho

- 38.- ¿Ha padecido sofocos?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 39.- ¿Se le han hinchado los tobillos?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 40.- ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 41.- ¿Ha notado que orina más a menudo?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 42.- ¿Ha notado tos irritante o picor en garganta?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 43.- ¿Ha notado sequedad de boca?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 44.- ¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 45.- ¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 46.- ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 47.- ¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 48.- ¿Ha disminuido su apetito?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 49.- ¿Ha aumentado de peso?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 50.- ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 51.- ¿Ha tenido dolor de cabeza?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 52.- ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 53.- ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 54.- ¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?
 0) No, en absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho
- 55.- ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?
 0) No, en lo absoluto 1) Sí, algo 2) Sí, bastante 3) Sí, mucho

¡Muchas Gracias por participar!

CALIDAD DE VIDA

- 1.- () 0 - 41 = Muy Buena
 2.- () 42 - 82 = Buena
 3.- () 83 - 123 = Regular
 4.- () 124 - 165 = Mala