



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
SAN LUIS POTOSÍ, SLP

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON CIFRAS DE TENSIÓN
ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 47 SAN
LUIS POTOSI

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LAURA LETICIA LOPEZ MARTINEZ

SAN LUIS POTOSÍ, SLP.

2017



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.

DATOS DE LOS INVESTIGADORES:

LAURA LETICIA LOPEZ MARTINEZ

Alumna de primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar
para Médicos Generales del IMSS

UMF#8

Matricula: 99257318

Correo: lalelomart@hotmail.com

Telefono: 4441760466

ASESORES:

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ

Asesor Metodológico y Estadístico

Médico Familiar

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para
Médicos Generales del IMSS

Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

Diplomado en investigación

Maestrante en Educación

López Hermosa, Esquina Valentín Amador, Colonia Ferrocarrilera CP. 78310

Tel. 8221094

Correo: gad.zavala@imss.gob.mx

DR. DANIEL ALBERTO RODRIGUEZ GOMEZ

Asesor Metodológico y Clínico

Especialista en Medicina Familiar.

López Hermosa, Esquina Valentín Amador, Colonia Ferrocarrilera CP. 78310

Tel. 8221094, correo electrónico: daniel_rodgom@hotmail.com

San Luis Potosí 2015-2018



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 07/09/2015

DRA. LAURA LETICIA LOPEZ MARTINEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

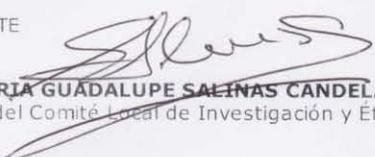
"CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 47 SAN LUIS POTOSÍ"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2015-2402-44

· ATENTAMENTE


DR. (A). MARIA GUADALUPE SALINAS CANDELARIA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Autoridades



Dr. Juan Sanchez Ramos

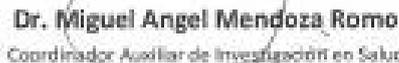
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional



Dra. Gabriela V. Escudero Luján

Coordinadora Auxiliar de Educación en Salud

Dr. Gabriela V. Escudero Luján
Centro Asistencial Educación en Salud
Fono: 02 99 99 99 7 0
Av. Interiores 800 Col. Capatzen
Hospital S.A. C.A. (S.A.)
02 99 99 99 7 0



Dr. Miguel Angel Mendoza Romo

Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud



Dr. Carlos V. Rodriguez Pérez

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. UMF447



INSTITUTO DE MEDICINA FAMILIAR
CALLE 10 DE JUNIO No. 47
CALLE 10 DE JUNIO No. 47
CALLE 10 DE JUNIO No. 47
CALLE 10 DE JUNIO No. 47



Dr. Gad Gamal Zavala Cruz

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, UMF447

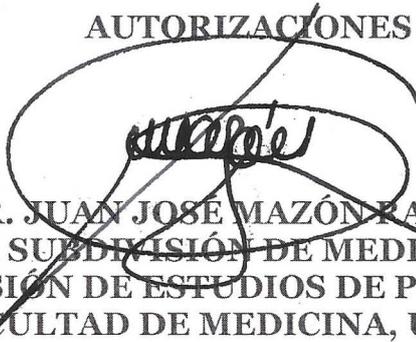
**"CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON CIFRAS DE
TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
UMF 47 SAN LUIS POTOSI"**

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

PRESENTA

DRA. LAURA LETICIA LOPEZ MARTINEZ

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

ÍNDICE

Contenido	Pagina
1.- Marco Teórico	8
2.- Justificación	31
3.- Planteamiento del problema	33
4.- Objetivos	34
4.1.- Generales	34
4.2.- Específicos	34
5.- Hipótesis	35
6.- Material y métodos	35
6.1.- Tipo de estudio y diseño de estudio	35
6.2.- Universo de estudio	35
6.3.- Unidad de estudio	35
6.4.- Límite de tiempo	35
6.5.- Muestra	35
6.6.- Criterios de selección	36
6.7.- Variables de estudio	36
6.8.- Procedimientos	39
6.8.- Plan de análisis.	40
6.9.- Instrumentos de recolección de información.	40
6.10.- Consideraciones éticas	40
7.- Recursos, financiamiento y factibilidad	41
8.- Bibliografía	49
9.- Anexos	51

Resumen

Introducción

La morbilidad y mortalidad cardiovascular aumenta a medida que se incrementan las presiones arteriales tanto sistólica como diastólica. De tal modo que las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano. Además de ser una causa común de discapacidad muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades cardiovasculares en las cuales la hipertensión es punto clave, afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables.

Objetivos

Determinar la calidad de vida y su relación con el control de cifras de tensión arterial en los pacientes hipertensos de la UMF 47 SLP.

Material y métodos

Tipo de estudio y diseño de estudio: Observacional, transversal, asociación cruzada. Universo de estudio: Pacientes hipertensos de la UMF 47. Unidad de investigación: Paciente hipertenso de la UMF# 47. Límite de tiempo: enero a mayo del 2016. Muestra: Se calculó el tamaño de muestra con la fórmula para estimación de proporciones infinitas, con el programa Epidat 4.0 de la Organización Panamericana de Salud. Con una precisión del 80% y confiabilidad del 95%, dando un tamaño de muestra de 232 sujetos. Realizar análisis descriptivo con análisis de tendencia central e inferencial con chi cuadrada y tau de Kendall.

1.- Marco Teórico

Introducción:

La morbilidad y mortalidad cardiovascular aumenta a medida que se incrementan las presiones arteriales tanto sistólica como diastólica. De tal modo que las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano. Además de ser una causa común de discapacidad muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades cardiovasculares en las cuales la hipertensión es punto clave, afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables. El tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en la frecuencia y la magnitud de la hipertensión.⁽¹⁾

La prevalencia de hipertensión aumenta con la edad y es más común en personas de raza negra que caucásicas. La tasa de mortalidad por accidente vascular cerebral y cardiopatía coronaria (dos de las complicaciones más importantes de la hipertensión) disminuyó en un 50 por ciento durante las tres últimas décadas, pero en fecha reciente se han equilibrado, por lo tanto, esta patología continúa en ascenso, incrementando las cifra de pacientes por afección renal e insuficiencia cardiaca en etapa final (otros trastornos en que la hipertensión influye en grado considerable).⁽²⁾

Dicho lo anterior, los factores modificables en el estilo de vida del individuo (sedentarismo, sobrepeso, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, la ingesta de sodio), influyen en la aparición de la enfermedad (hipertensión) así como en el desenlace de complicaciones y costos altos para él sistema de salud en el país, por lo tanto, es importante y básico que los pacientes se

Encuentren adecuadamente controlados para así obtener una mejor calidad de vida. ⁽¹⁾

La organización mundial de la salud (OMS) define la calidad de vida como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”⁽¹⁵⁾

Antecedentes:

Stefano Vinaccia, y colaboradores, realizaron un estudio de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve en la universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia. El estudio fue descriptivo mediante encuestas de tipo transversal en 282 pacientes. (2007) Se utilizó el cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Los resultados 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. Se observó que los pacientes con hipertensión arterial leve en las dos dimensiones del cuestionario CHAL tuvieron niveles bajos, lo cual indica de manera general, que la calidad de vida fue desfavorable en cuanto a sus relaciones interpersonales, visión del futuro, estado de ánimo negativo (ansiedad y depresión) autoeficacia y síntomas somáticos asociados con la enfermedad como mareo, taquicardia, disnea, fatiga, neuropatía, entre otras.⁽³⁾

En otro estudio se realizó validación del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) para su uso en España. Relación entre variables clínicas y calidad de vida. Estudio observacional. Prospectivo, multicéntrico, en 92 centros de atención primaria en España. 269 hipertensos ambos sexos mayores de 17 años estratificados según edad. (18-44, 45-64 y más de

64 años). Intervenciones; intensificación del tratamiento en los pacientes hipertensos. La hipertensión arterial (HTA) de más de 10 años, mayor afectación orgánica, gravedad y obesidad mórbida se asociaron a una peor calidad de vida, especialmente en la dimensión estado de ánimo, la frecuencia cardiaca se correlaciono más con el estado de ánimo que con las manifestaciones somáticas. Se concluye El CHAL es el primer cuestionario específico para la HTA desarrollado en España que ha mostrado ser válido, fiable, y sensible en los cambios. Sin embargo, debe reducirse el número de ítems para su uso rutinario en la práctica clínica.⁽⁴⁾

Otro estudio interesante acerca del desempeño psicométrico, es la versión brasileña del mini cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL) por Ana Lucía Soares Soutello y colaboradores. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la practicidad, la aceptabilidad, los efectos techo y suelo, la confiabilidad y la validez de constructo convergente de la versión brasileña del mini cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial. En 200 pacientes en seguimiento ambulatorio, en hospital universitario y en unidad básica de salud. Se concluye que la versión brasileña del MINICHAL presenta evidencia de confiabilidad y validez cuando es aplicada en hipertensos en seguimiento ambulatorio.⁽⁵⁾

De igual modo, la calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica ha sido estudiada ampliamente, un ejemplo fue el estudio de María Del Rosario Gómez, y colaboradores. Este fue un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, cuantitativo. La muestra incluyo 30 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HAS controlada que no presentan otro padecimiento. Registrados en centro de salud del estado de México. Aplicando el instrumento CHAL para medir la calidad de vida (CV). Los resultados del presente estudio mostraron que el nivel de CV de los pacientes con HAS es muy bueno debido a que la población presenta una PA controlada. Sin embargo, existe un porcentaje mínimo con regular calidad de vida, esto implica la necesidad de planear estrategias dirigidas a mejorar su CV y disminuir los síntomas que afectan la habilidad de auto cuidarse. El CHAL es

Un instrumento que el profesional puede aplicar para valorar la CV en pacientes con HAS.⁽⁶⁾

Implementación de un plan de atención farmacéutica para pacientes hipertensos en atención primaria en salud. Eduardo Delgado Fuentes. Mg. Q.F. Marcela Pezzani, Q.F. Zunny Valenzuela, Dr Leandro Biagin Megasalud. . Se efectuó entre los pacientes que asistían regularmente al centro de salud familiar (CESFAM) "Alberto Bachelet" 623 pacientes descompensados que presentaran alguna patología asociada a la HTA. Utilizando como instrumento de medición de calidad de vida (CHAL) Los resultados obtenidos se midieron al inicio y al final del PAF (plan de atención farmacéutica) y se observó si existía una disminución de la puntuación (mejor calidad de vida). Existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes compensados y descompensados del grupo intervenido con relación al CHAL al inicio y al final de PAF. Los resultados obtenidos en la calidad de vida relacionados con salud fueron los esperados, pudiendo mejorarse en más de 6 puntos promedio respecto de los valores obtenidos inicialmente.⁽⁷⁾

La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Sus componentes esenciales están integrados en la ecuación dinámica funcionamiento/discapacidad. Por su validez de contenido la CIF supone la base para la clarificación de conceptos de amplia utilización sanitaria como bienestar, estado de salud, status de salud, calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud. Los dominios de la salud son los intrínsecos a la persona como entidad fisio- psicológica. Los dominios relacionados con la salud son los extrínsecos al individuo pero que no se pueden desligar de su salud. Por lo tanto, el funcionamiento se refiere al conjunto de aspectos de ambos dominios, mientras que bienestar es un concepto globalizador que abarca, los relacionados con la salud y los no relacionados con ella, como autonomía e integridad. El concepto de bienestar es intercambiable con el de calidad de vida (CV) con solo invertir el punto de vista: objetivo vs subjetivo.

Lo mismo vale para funcionamiento y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). CVRS es a CV como funcionamiento es a bienestar. Por ello la CIF representa una base estandarizada e internacional para una operación de la salud y el funcionamiento basada en los dominios de la salud y en los relacionados con ella. Pero al considerar también los dominios no relacionados con la salud (relativos al medio ambiente) operacionalizada la salud desde una perspectiva más amplia que entiende al individuo como una entidad biológica y social. ⁽⁸⁾

En otro estudio realizado por Liana K Ayala L. se evaluó el impacto de la intervención del farmacéutico en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA), que acuden a los consultorios externos del servicio de cardiología y reciben sus medicamentos a través de la farmacia de pacientes crónicos del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora", durante el periodo de seis meses, Utilizando el método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico (SFT). Se incluyeron en el estudio 114 pacientes de 40 años a más 71.4%varones y 28.6%mulheres, sin otra patología crónica asociada. Se empleó el cuestionario específico MINICHAL para determinar la CVRS al inicio del estudio, durante y después de la intervención. Se detectaron 29 problemas relacionados con los medicamentos (PRM): 66 % relacionados con la necesidad. 24% con la efectividad y 10% con la seguridad. Se resolvieron 24 PRM (75%), lo que demuestra el grado de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas para eliminar las causas prevenibles de los PRM y justifican la incorporación del SFT como parte esencial de la función del farmacéutico hospitalario. La comunicación de las intervenciones se hicieron en mayor porcentaje entre farmacéutico- paciente (87.5%), tanto verbal como escrita, y farmacéutico - paciente- médico (12.5%) en forma escrita. Los resultados mostraron al 57% de los pacientes con presión arterial controlada al culminar el estudio, en comparación con el 42% al inicio de éste. Se concluye que, la CVRS se ve influenciada positivamente por la intervención del farmacéutico en el SFT.⁽⁹⁾

En el estudio de calidad de vida en pacientes hipertensos y validez competitiva del Minichal – Brasil. Realizado por Ana Carolina Melchior, y colaboradores. Estudio transversal, no aleatorizado, realizado en el sistema público de salud en el sur de Brasil por medio de entrevistas, los pacientes incluidos eran todos diagnosticados con HAS, que frecuentaban las unidades básicas de salud, tomaban al menos un medicamento para tratarlas. El periodo de estudio fue de enero a octubre del 2007, la ciudad seleccionada para el estudio Araucária, una región de escasos recursos. Se analizaron datos sociodemográficos (sexo, edad, años de estudio, estado civil y raza), clínicos (presión arterial, tiempo de diagnóstico de HAS, índice de masa corporal, y tratamiento antihipertensivo). Además de comorbilidades. Se entrevistaron 191 pacientes adultos con hipertensión diagnosticada. En el estudio las variables clínicas y sociodemográficas influyeron en la CVRS, factores como el sexo femenino, obesidad, menor nivel educacional parecen relacionarse con una peor evaluación de la CV. ⁽¹⁰⁾

En un estudio acerca de los efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. María Teresa Varela Arévalo, y colaboradores. Se empleó un método cuasi-experimental. Con diseño transversal, análisis intragrupo y medidas repetidas (pre y post intervención). La muestra estuvo conformada por 44 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, Adscritas a una empresa de servicios de salud de la ciudad de Cali, Colombia. Respecto a la calidad de vida, la modificación del estilo de vida tuvo efectos benéficos en el componente mental, así como lo emocional, mejoraron significativamente las escalas de función física. ⁽¹¹⁾

Marco conceptual

Hipertensión arterial:

Epidemiología:

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más importante, pues tiene una prevalencia en torno al 20% de la población (variable en diferentes regiones del mundo), una incidencia que permanece estable, y constituye uno de los factores primordiales de riesgo para enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de muerte en los países desarrollados. Tanto la elevación de la presión sistólica (PAS) como la diastólica (PAD) muestran una relación continua con el riesgo cardiovascular de ictus, de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad arterial periférica. En personas ancianas la presión de pulso (sistólica menos diastólica) también guarda estrecha relación con la enfermedad cardiovascular. ⁽¹²⁾

No obstante, existen problemas añadidos como el hecho de que se estima que más de la mitad de la población mundial hipertensa desconoce su situación, y que siguiendo los criterios de cifras tensionales objetivo están correctamente controlados menos de la mitad (quizá solo la cuarta parte) de los pacientes tratados (aunque cualquier descenso de la presión arterial puede tener repercusiones beneficiosas). Por otra parte, sobre todo por el incremento de la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada, está aumentando la prevalencia de HTA infantil y juvenil. Por ello la organización mundial de la salud ha citado a la HTA como la primera causa de muerte en el mundo. ⁽¹²⁾

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido

a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables. el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en la frecuencia y magnitud de estas enfermedades.⁽¹⁾

Definición:

Por consenso, se define HTA en el adulto como la presencia de PAS superior a 140mmHg (HTA sistólica) y/o de PAD mayor de 90mmHg (HTA diastólica). No obstante, este punto de corte es arbitrario pues existe relación con el riesgo cardiovascular desde valores más bajos, especialmente en pacientes de alto riesgo cardiovascular. Es prioritario detectar el nivel de riesgo total del paciente y no solo la medida de la presión arterial para valorar la actuación terapéutica idónea.⁽¹²⁾

Hipertensión arterial sistémica: padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes > 140/90mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes >130/80mmHg; y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0g e insuficiencia renal >125/75mmHg.⁽¹⁾

En la clasificación estadounidense del Joint National Committee 7 se fusionan la normal y la normal alta denominándolas prehipertensión dado el mayor riesgo de desarrollar HTA en los años siguientes en esos pacientes (aunque es mayor cuanto más se aproxima a 140/90mmHg). En pediatría se habla de hipertensión ante valores de PA superiores al percentil 95%, ajustado a edad y sexo, considerándose prehipertensión a cifras que oscilan entre el percentil 90 y 95.⁽¹²⁾

Diagnóstico:

La hipertensión se diagnostica cuando la presión arterial sistólica se mantiene por arriba de 140mmHg o si la presión arterial diastólica es superior a 90mmHg; una sola lectura de presión arterial alta no es suficiente para establecer el diagnóstico de hipertensión. ⁽²⁾

Las principales excepciones a esta regla son las manifestaciones hipertensivas con pruebas inequívocas de daño orgánico final que ponen en peligro la vida. ⁽²⁾

El diagnóstico de hipertensión depende de una serie de mediciones de la presión arterial, ya que las lecturas pueden variar y tienden a regresar hacia la media con el tiempo. ⁽²⁾

La preocupación por la precisión diagnóstica se justifica cuando se reconoce la importancia de establecer el diagnóstico de hipertensión tan rápido como sea posible, ya que un retraso de tres meses en su tratamiento en sujetos de alto riesgo se acompañan de incremento al doble en la morbilidad y mortalidad cardiovasculares. ⁽²⁾

Clasificación:

Hipertensión esencial: cuando un paciente padece hipertensión sin una causa evidente se dice que sufre de hipertensión primaria, esencial o idiopática. Indudablemente, la dificultad principal para descubrir los mecanismos causales en estos pacientes es la gran variedad de sistemas que participan en la regulación de la presión arterial: el adrenérgico periférico, central o ambos, renal, hormonal y vascular. Además, estos sistemas se interrelacionan de manera compleja, recibiendo la información de genes múltiples. La hipertensión esencial probablemente se deba a distintas causas. ⁽¹³⁾

Hipertensión secundaria: sólo una minoría de pacientes con hipertensión se puede identificar una causa específica. No obstante, estos pacientes no deben ser ignorados, al menos por dos razones: 1) la corrección de la causa puede curar la hipertensión, y 2) las formas secundarias de hipertensión puede arrojar alguna luz sobre la etiología de la hipertensión esencial. Casi todas las

Formas secundarias están relacionadas con una alteración de la secreción hormonal, de la función renal, o de ambas. ⁽¹³⁾

Hipertensión arterial secundaria: elevación sostenida de la presión arterial por alguna entidad nosológica: >140mmHg (sistólica) o 90mmHg (diastólica). ⁽¹⁾

En la mayoría de los casos (más del 90%) la causa de la hipertensión arterial es desconocida y se denomina HTA esencial, primaria o idiopática. suele aparecer entre la adolescencia (más a partir de los 30 años) y los 50 años. en este caso, la elevación de PA se produce, sobre todo, por aumento de las resistencias periféricas secundario a vasoconstricción, aunque inicialmente parece jugar un papel importante una elevación del gasto cardíaco. constituye un conjunto de distintas alteraciones en las que se incluyen factores hereditarios (herencia poligénica) y ambientales. cuando la hipertensión arterial se produce por enfermedades orgánicas concretas identificables se denomina HTA secundaria para etiquetar la HTA como esencial, deben excluirse las causas de HTA secundaria (más probable cuando aparece antes de los 30 años o después de los 50).⁽¹²⁾

Las principales enfermedades causantes de HTA secundaria son las siguientes:

1.-Causas renales: Son, en conjunto, la causa más frecuente de HTA secundaria en niños y adultos, e incluyen alteraciones vasculares (HTA renovascular) o parenquimatosas (infartos renales, pielonefritis crónica, glomerulonefritis, poliquistosis renal, tumores productores de renina, etc.). La estenosis vascular renal puede deberse a aterosclerosis de las arterias renales (más frecuente a edades avanzadas, sobre todo en varones) o a displasia fibromuscular (más común en mujeres jóvenes). La implicación renovascular debe sospecharse en el agravamiento brusco de un paciente hipertenso previamente bien controlado. Para su tratamiento, en la actualidad se utilizan con más frecuencia las técnicas de angioplastia percutánea que la cirugía. ⁽¹²⁾

Es fundamental comprobar que las lesiones vasculares son la causa de HTA, para lo que existen determinadas pruebas, entre las que destaca la medición de la concentración de renina en ambas venas renales. Si el resultado de la medición en la vena del riñón con lesión es superior a 1,5 veces la de la vena contra lateral, sugiere evidencia de que un procedimiento sobre esa arteria puede ser eficaz para mejorar el control de la presión arterial. ⁽¹²⁾

2.-Causas endocrinológicas. Anticonceptivos orales, embarazo, hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, mixedema, feocromocitoma, síndrome carcinoide, acromegalia, hipercalcemias (hiperparatiroidismo), etc. La causa endocrinológica más frecuente de HAS secundaria ha sido tradicionalmente el empleo de anticonceptivos orales, sobre todo los más antiguos, de modo que esta fue, posiblemente durante años, la causa concreta más habitual de HTA secundaria. En la actualidad parece haber sido superada por el hiperaldosteronismo primario, que afecta especialmente en la edad pediátrica y parece ser la causa endocrinológica de HTA secundaria más frecuente. ⁽¹²⁾

Este trastorno se debe sospechar en todo paciente hipertenso que presenta hipopotasemia (en general leve) con alcalosis, en ausencia de tratamiento diurético. En el 60-70% de las veces está provocado por un adenoma que puede ser unilateral en la mayor parte de los casos. Los métodos diagnósticos se basan en una sospecha cuando existe una elevación de aldosterona en presencia de renina baja y se suele confirmar con TC o resonancia magnética. ⁽¹²⁾

3.-Causas neurológicas. Psicógena hipertensión intracraneal, síndrome diencefálico, disautonomía familiar (síndrome de Riley - Day), síndromes de sección medular, polineuritis, apnea/hipopnea del sueño, etc. ⁽³⁾

4.-Causas cardiovasculares. Arteriosclerosis de las grandes arterias, coartación de aorta, insuficiencia aórtica, persistencia del conducto arterioso, fístulas arteriovenosas, y otras causas de aumento de volumen sistólico, como la fiebre y anemia. ⁽¹²⁾

5.-Causas farmacológicas además de los anticonceptivos orales, también puede producir HTA la ciclosporina A, el tacrolimus, los esteroides, los AINES, los antidepresivos, la eritropoyetina, la cocaína, las anfetaminas, otros simpaticomiméticos, el alcohol etc.⁽¹²⁾

La mayoría de estas causas secundarias producen HTA sistólica y diastólica, aunque algunas pueden cursar con HTA sistólica aislada, como la arterioesclerosis de grandes vasos, la insuficiencia aórtica, la persistencia del conducto arterioso, las fístulas arteriovenosas, los aumentos del volumen sistólico o el hipertiroidismo.⁽¹²⁾

En los ancianos, la HTA tiene mayor prevalencia que en el resto de los grupos de edad, y posee peculiaridades, como un gasto cardíaco menor y unas resistencias periféricas superiores, una disminución de la elasticidad de las grandes arterias, una elevada frecuencia de HTA sistólica aislada, una menor actividad de renina plasmática, una mayor prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda y de hipertensión secundaria enfermedad vascular renal, y un mayor riesgo de ictus.⁽¹²⁾

Hipertensión arterial descontrolada: elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada o no de manifestaciones menores de daño agudo a órgano blanco.⁽¹⁾

Hipertensión arterial resistente: persistencia de valores de presión arterial por arriba de la meta (140/90 o 130/80 mmHg si tiene diabetes o nefropatía), a pesar de buen adherencia al tratamiento antihipertensivo apropiado, que incluya tres o más fármacos de diferentes clases (incluyendo de preferencia un natriurético), en combinación recomendada y a dosis óptima (individualizada), cumpliendo con las medidas conductuales en forma adecuada.⁽¹⁾

Urgencia hipertensiva: elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada de manifestaciones mayores de daño a órganos blanco, atribuibles al descontrol hipertensivo, como encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneal o infarto agudo del

Miocardio. Requieren reducción inmediata de la presión arterial. la HTA sistólica aislada: propia del anciano se caracteriza por cifras superiores a 140mmHg de sistólica e inferiores de 90mmHg de diastólica y también se correlaciona con la morbimortalidad.⁽¹²⁾

la HTA en fase maligna: define a pacientes con cifras muy elevadas de PA (generalmente PAD superior a 140mmHg) que se acompaña de lesión vascular grave, especialmente edema de papila en el fondo de ojo. Aunque su causa más frecuente es la hipertensión arterial esencial no tratada, hay que estudiar minuciosamente las causas secundarias de HTA. El pronóstico sin tratamiento es una mortalidad del 50% al año.⁽¹²⁾

El termino HTA en fase acelerada se emplea para pacientes que no llegan a tener edema de papila pero sí otros datos de daño vascular grave, como hemorragias o exudados retinianos.⁽¹²⁾

La emergencia hipertensiva describe la elevación de la presión arterial que se acompaña de lesión aguda grave de órganos diana que amenaza la vida del paciente (encefalopatía, síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca aguda, disección aórtica, accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, crisis de feocromocitoma, drogas como cocaína, anfetaminas o éxtasis, eclampsia o hipertensión perioperatoria). Formalmente hablando, si la elevación de la presión arterial lo que produce es el agravamiento de una lesión previa de órgano diana no se trata de una verdadera emergencia hipertensiva, si bien la actuación debe ser similar.⁽¹²⁾

El compromiso orgánico obliga a reducir la presión arterial en menos de una hora, pero hay que evitar reducciones demasiado intensas y rápidas por el riesgo de isquemia cerebral, miocárdica o renal asociada.⁽¹²⁾

Las crisis hipertensivas son elevaciones de la PAS superiores a 180mmHg y/o PAD mayores de 110-120mmHg. Pueden provocar compromiso orgánico agudo grave (emergencia hipertensiva) o limitado (urgencia hipertensiva). si el compromiso orgánico es mínimo o está ausente es preferible reducir las cifras de PA a lo largo de unas 24 hrs.⁽¹²⁾

Se denomina hipertensión resistente o refractaria a la que no consigue reducir las cifras a niveles deseados a pesar de cambios del estilo de vida y al menos tres fármacos (incluido un diurético). Puede suponer hasta el 15 % de los pacientes y las causas principales son el inadecuado cumplimiento de medidas higiénico- dietéticas, el empleo de sustancias hipertensoras (regaliz, AINE, esteroides, cocaína, etc.), apnea del sueño, causa secundaria no sospechada, lesión irreversible de órganos diana o sobrecarga de volumen (ingesta de sodio, dosis insuficiente de diuréticos, insuficiencia renal progresiva o hiperaldosteronismo). En estos casos conviene descartar la hipertensión de "bata blanca", la pseudohipertensión o el empleo de un manguito más pequeño del apropiado. ⁽¹²⁾

La HTA de "bata blanca" o hipertensión aislada en la clínica define pacientes con medidas normales de PA fuera de la consulta médica y, sin embargo, con cifras elevadas persistentes en la consulta. Afecta al 15 % de la población. Supone un riesgo de lesión de órgano diana menor que la verdadera hipertensión arterial, pero parece que mayor que en individuos normotensos, por lo que requiere seguimiento estrecho e incluso considerar la administración de tratamiento si el riesgo cardiovascular es alto o hay indicio de lesión de órganos diana. ⁽¹²⁾

La HTA enmascarada o HTA ambulatoria aislada es el fenómeno contrario (medidas normales en consulta pero elevadas ambulatorias), es igual de prevalente que la aislada en la clínica y se asocia con frecuencia a lesión de algún órgano diana por lo que se precisa una actitud similar a la de la HTA. ⁽¹²⁾

La HTA de ejercicio se caracteriza por PA normal en reposos pero con un incremento excesivo durante el esfuerzo (PAS superior 230mmHG), y podría asociarse un mayor riesgo de desarrollar lesión de órganos diana en pacientes que sufren HTA leve o PA normal-alta. Resulta controvertido si la HTA de ejercicio aislada, por sí misma, supone un mayor riesgo cardiovascular, aunque de serlo, su importancia parece escasa. ⁽¹²⁾

Tratamiento farmacológico:

En un enfoque moderno y global, para decidir si iniciar tratamiento farmacológico no solo hay que fijarse en las cifras de PA, sino en el riesgo cardiovascular global, de manera que en pacientes de riesgo vascular muy elevado se recomienda iniciar los fármacos incluso con valores de PA por debajo de 140/90mmHg (por ejemplo, en individuos diabéticos con valores por encima de 130/85mmHg, o en pacientes con enfermedad cardiovascular o renal establecida, con cifras superiores a 120/80mmHg.⁽¹²⁾

El beneficio del tratamiento farmacológico se debe fundamentalmente a la disminución de la presión arterial misma.⁽¹²⁾

Se aceptan como fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA cinco grupos farmacológicos: beta - bloqueantes, tiazidas, calcioantagonistas, IECA y ARAII.⁽¹²⁾

En principio, de no existir ningún dato en el perfil clínico del paciente que haga preferible el empleo de uno u otro grupo, se puede iniciar el tratamiento con el fármaco que se desee, en función de las preferencias del médico o del paciente. No obstante, con mucha frecuencia existen factores que hacen recomendable emplear y/o evitar algún grupo concreto.⁽¹²⁾

En esas últimas recomendaciones, y dado la mayoría de los pacientes no consiguen el control de cifras de PA con un solo fármaco (menos del 30%), se permite elegir entre iniciar un fármaco en monoterapia o la asociación de dos fármacos a menos dosis, preferiblemente en una sola toma diaria para favorecer el cumplimiento terapéutico. El control de la PA deberá realizarse de forma gradual, pero en caso de riesgo cardiovascular alto será preferible iniciar una combinación de fármacos para conseguirlo más rápidamente. Si no se alcanza el objetivo, se irán incrementando las dosis o el número de fármacos hasta conseguirlo.⁽¹²⁾

Los principales grupos farmacológicos disponibles para tratar HTA:⁽¹²⁾

- Calcioantagonistas : verapamilo o diltiazem.

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, ramipril, etc.
- Vasodilatadores arteriales directos: hidralacina, diazóxido, nitroprusiato (útiles en las crisis hipertensivas graves), minoxidil
- Bloqueadores de receptores adrenérgicos periféricos: beta-bloqueantes (propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol, etc.) alfa-bloqueantes (fentolamina, fenoxibenzamina, prazosina, doxazosina) alfa- beta-bloqueantes (carvedilol y labetalol).
- Otros antiadrenérgicos: antiadrenérgicos de acción central (clonidina, guanabenzina, guanfacina, metildopa), bloqueantes postganglionares (reserpina, guanetidina) o bloqueantes ganglionares (trimetafán).
- Diureticos: tiazidas (clortalidona, hidroclorotiazida, etc.), diuréticos de asa (furosemida, torasemida etc.) o diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona, triamtereno y amilorida).
- Antagonistas del receptor AT1 de la angiotensina II (ARAII) losartán, candesartán, irbesartán, valsartán, etc; cuyo efecto es similar al de los IECA, pero con escaso riesgo de provocar tos o angioedema. Estudios recientes demuestran que posiblemente sean más protectores que los tratamientos clásicos.

Aliskiren es un nuevo fármaco que actúa inhibiendo la renina en su punto de activación y que ha demostrado reducir eficazmente las cifras de PA solo o asociado a una tiazida y podría poseer propiedades antiproteinúricas, aunque no parece aportar beneficio adicional al de los IECA o los ARA II.⁽¹²⁾

Terapéutica no farmacológica:

La intervención no farmacológica probablemente está indicada en todos los pacientes con hipertensión mantenida y quizá en la mayoría de los hipertensos lábiles. Las medidas generales comprenden: 1) alivio del estrés; 2) dieta; 3) ejercicio aeróbico regular; 4) reducción del peso (si es necesaria), 5) control de otros factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la arterioesclerosis.⁽¹³⁾

Aunque generalmente es imposible separar al enfermo hipertenso de todo el estrés externo e interno, se le debe recomendar evitar las tensiones innecesarias. En casos excepcionales también puede estar indicado cambiar de trabajo o de modo de vida. Se ha sugerido que las técnicas de relajación pueden disminuir la presión arterial.⁽¹³⁾

El tratamiento dietético consta de tres aspectos:

1.- Dada la eficacia comprobada de la restricción de sodio y de la disminución de volumen sobre la presión arterial, antiguamente se recomendaba a los pacientes reducir drásticamente la ingestión de sodio. Algunos investigadores han sugerido que esto ya no es necesario. Esta conclusión se basa en dos observaciones: 1) en muchos pacientes la presión arterial no es sensible a la ingestión de sodio, 2) los diuréticos representan otra forma de disminuir los depósitos de sodio en individuos cuya presión arterial sea sensible al mismo. Sin embargo, los metanálisis de los primeros estudios sobre la dieta señalan que si se reduce la ingestión de sodio en 75meq/día aproximadamente, la presión arterial sistólica disminuye 5mmHg y la diastólica 2.6mmHg. Por otra parte, una serie de publicaciones ha demostrado que en tanto que la restricción ligera de sodio tiene poco o ningún efecto sobre la presión arterial. Potencia de manera significativa la eficacia de casi todos los antihipertensivos, permitiendo el control con dosis más bajas, con lo que reduce los efectos colaterales. Además, es evidente que algunos pacientes hipertensos son sensibles a la sal y la ingestión de sodio influye sobre la presión arterial. Por tanto, como no existe ningún riesgo aparente en la restricción ligera de sodio, la actitud más práctica es recomendar una ligera restricción dietética (hasta 5g de NaCl /día), que se logra al no agregar sal a los alimentos que se preparan normalmente. Algunos estudios también han descrito la disminución de la presión arterial tras un aumento de la ingestión de potasio, de calcio, o de ambos. Por ejemplo, en un metanálisis los complementos de potasio en la dieta de 50 a 120 meq /día redujeron la presión arterial del mismo modo que

La restricción de sal (descenso de la presión sistólica de 6mmHg y de la diastólica de 3.4 mmHg). Aunque la utilización de esta modificación de la dieta suscita controversia, el hecho de que una ingestión de calcio moderadamente elevada (1.5g de calcio elemental/día) tal vez reduzca el grado de osteoporosis relacionada con la edad, junto con los datos de los estudios de complementos de potasio, sugiere que se trata de medios coadyuvantes útiles. Un método especialmente útil es la alimentación DASH (dietary approaches to stop hypertension; Medidas alimentarias para detener la hipertensión), que utiliza alimentos naturales con potasio abundante y poca grasa saturada y total, donde se recurre en especial a las frutas, vegetales y lácteos con poca grasa. Con esta dieta fue posible reducir considerablemente la presión arterial en pacientes hipertensos limítrofes y en estadio 1 (11.4/5.5mmHg). En la secuela del estudio sobre DASH y sodio, se observó que al combinar esta dieta con una restricción moderada de sodio se obtuvo un mayor descenso de la presión arterial que con la alimentación aislada, aunque los beneficios fueron bastante moderados. A pesar de que se ha demostrado que la restricción de sal reduce la presión arterial, todavía no existen estudios que examinen si el desenlace cardiovascular también se modifica.⁽¹³⁾

2.- La restricción calórica está indicada de forma urgente en los pacientes con sobrepeso. Algunos pacientes obesos experimentarán una reducción significativa de la presión arterial simplemente como consecuencia de la disminución de su peso. En el estudio TAIM (Trial of antihypertensive interventions and Management; Estudio de intervenciones y tratamiento antihipertensivo), el adelgazamiento (pérdida media de 4.4kg en seis meses) redujo la presión arterial 2.5milímetros de mercurio.⁽¹³⁾

3.- Se recomienda la restricción dietética de colesterol y grasas saturadas para disminuir la incidencia de las complicaciones arterioscleróticas. También es beneficioso reducir o suprimir el consumo de alcohol a <15ml/día. Está indicado el ejercicio regular, dentro de los límites del estado cardiovascular del paciente. El ejercicio no es sólo útil para controlar el peso, sino que existen

Datos de que la preparación física, por si misma, puede hacer disminuir la presión arterial. Los ejercicios isotónicos (carrera o paso corto, natación) son mejores que los isométricos (levantamiento de peso), ya que los últimos aumentan la presión arterial. El tratamiento dietético señalado está encaminado al control de otros factores de riesgo. Probablemente, el paso siguiente de mayor importancia sea convencer al paciente para que deje de fumar.⁽¹³⁾

Objetivo terapéutico:

Los objetivos de la presión arterial en pacientes hipertensos con el riesgo más alto de episodios cardiovasculares (en particular enfermos diabéticos y sujetos con afección renal) deben ser más bajos (<130/80mmHg) en comparación con los individuos que tiene riesgo cardiovascular tota más bajo (<140/90mmHG).⁽²⁾

CALIDAD DE VIDA

La utilización del concepto de calidad de vida (CV) puede remontarse a los estados unidos después de la segunda guerra mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg,1993).⁽¹⁴⁾

Su uso se extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005) dado que sólo eran capaces de explicar un 15 % de la varianza en la CV individual.⁽¹⁴⁾

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la

Satisfacción explicaban sobre un 50 % de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999).⁽¹⁴⁾

Para algunos autores, el concepto CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivados de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999).⁽¹⁴⁾

El término “calidad de vida” es muy utilizado por la mayoría de las personas, tanto profesionales de la salud como no profesionales, quienes le asignan diferentes significados de acuerdo a sus respectivas cosmovisiones, por consiguiente se hace necesario establecer algunos parámetros para poder cuantificarla y expresar los resultados en un lenguaje común fácilmente reproducible Patrick y Erickson conceptualizan la calidad de vida como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, tratamiento y / o las políticas de salud. Schumaker y Naughton la definen como la percepción subjetiva del paciente, influenciada por el estado de salud actual, de su capacidad para realizar aquellas actividades importantes para él. El punto clave de esa propuesta estriba en el reconocimiento de que a percepción particular de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende de la interacción dinámica del conjunto de sus valores y creencias, de las vicisitudes de su historia personal y de su contexto cultural.⁽¹⁵⁾

La OMS define la calidad de vida como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. Esta definición valorar aspectos de la enfermedad relacionados con la vida diaria del paciente y de qué modo y en

Qué grado se ve afectado por la enfermedad y por la medicación concomitante enfocándose en sus dimensiones física, funcional, psicológica y social. Cada una de estas dimensiones física, psicológica y social. Cada una de estas dimensiones pueden ser afectadas a mediano y largo plazo por la enfermedad, y a corto plazo por la medicación administrada.⁽¹⁵⁾

La variable “calidad de vida relacionada al estado de salud” (CVRS), se deriva de la definición de las OMS antes expuesta y es un constructor más específico para las ciencias de la salud ya que toma en cuenta los aspectos biopsicosociales que determinan el estado de salud de las personas incluyendo elementos subjetivos como son los síntomas, la capacidad funcional y el bienestar psicosocial. Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la CVRS ha logrado captar la atención de muchos investigadores de las ciencias médicas que intentan dar una respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en la salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar.⁽¹⁵⁾

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA CVRS.

En los pacientes que padecen enfermedades crónicas como lo es la HTA, la determinación de la CVRS es una tarea compleja que comprende la traducción a un valor cuantitativo, de la percepción del paciente del estado de salud de las esferas bio-psico-social en forma basal para luego evaluar la modificación que sufren dicha percepción luego de la intervención terapéutica. Por ello se han desarrollado diferentes cuestionarios cuyo objetivo común es la medida de la “salud percibida “por el paciente, y la utilidad de cada cuestionario dependerá de su fiabilidad y validez, así como también de las posibilidades de interpretación de los resultados desde la óptica clínica, psicológica y social.⁽¹⁵⁾

Los primeros cuestionarios para evaluar la CVRS fueron diseñados en la década de los 70, con el transcurrir de los años se ha diseñado instrumentos más manejables y breves. Los instrumentos de evaluación de la CVRS pueden ser clasificados en genéricos y específicos.⁽¹⁵⁾

INSTRUMENTO

Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) A Dalfo I Baqué, X Badia I Llach y A. Roca Cusachs. El cuestionario de salud para la HTA fue desarrollado y validado preliminarmente por Roca. Cusachs e incluía ítems obtenidos de la revisión de escalas de calidad de vida de la HTA y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y depresión. Se obtuvo finalmente una versión de 55 ítems agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems, con un marco temporal de referencia de 15 días- La respuesta de los ítems se obtiene mediante una escala de Likert de cuatro opciones de respuesta(no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y permiten obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones. Para validar el cuestionario CHAL se realizó un estudio en el que se evaluó una muestra de 269 pacientes hipertensos no controlados, de ambos sexos, mayores de 17 años, provenientes de 92 centros de atención primaria (CAP) de España. Los pacientes se incluyeron consecutivamente en función de cuotas de edad, y sexo con el fin de obtener una muestra representativa de la población española con HTA. Además, la muestra del estudio se estratificó en función de la afectación orgánica de la HTA. por otro lado como grupo control se incluyeron 106 individuos normotensos(PAS <140/90 mmHg), mayores de 17 años, seleccionados de forma consecutiva entre los individuos que acudieron a los mismos CAP por alguna enfermedad leve que no necesitaría tratamiento. Se concluye que el CHAL es el primer cuestionario de calidad de vida específico para la HTA en España. Los resultados del estudio mostraron que el CHAL es válido, fiable y sensible al cambio en el tratamiento antihipertensivo, para ser utilizado en la investigación y en condiciones de práctica clínica habitual. Sin embargo, el elevado tiempo de administración del cuestionario. Alrededor de 30 minutos implica una limitación para su uso habitual en la práctica clínica cotidiana, pero el uso de un cuestionario de CVRS específico para la HTA puede ser útil en ensayos clínicos o estudios a largo plazo, debiendo reservarse para la investigación ⁽¹⁶⁾

CARACTERISTICAS DEL CONTEXTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

EDAD:

La prevalencia de hipertensión aumenta con la edad, así como de igual forma se va mermando la calidad de vida de los pacientes hipertensos a mayor edad menor calidad de vida.⁽²⁾

SEXO:

La prevalencia de la hipertensión arterial en las mujeres se relaciona estrechamente con la edad y aumenta considerablemente a partir de los 50 años. Probablemente, este incremento dependa de los cambios hormonales de la menopausia. Así pues, la relación de la hipertensión entre el sexo femenino y masculino pasa de .6 a .7 a los 30 años a 1.1 a 1.2 a los 65. Observándose una menor calidad de vida en el sexo femenino que en el masculino que se va acrecentando con la edad.⁽¹³⁾

ESTATUS SOCIOECONOMICO (GRAFFAR):

Mediante el método de Graffar se puede determinar el nivel socioeconómico familiar. (Ver anexos). En la parte superior de la figura, las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va del 1 a 5, y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable.⁽¹⁷⁾

Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la tabla (ver anexos).⁽¹⁷⁾

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje se muestran en los anexos.⁽¹⁷⁾

Pues como se ha observado el nivel socioeconómico influye tanto en el control de la hipertensión y por ende tiene un impacto positivo o negativo en la calidad de vida del individuo.⁽¹⁷⁾

NIVEL ACADEMICO:

Se ha observado que a mayor nivel académico, mayor conocimiento y comprensión de su patología HAS y mejor conocimiento de los factores de riesgo y de sus posibles complicaciones, y se relaciona estrechamente ese conocimiento con una mejor calidad de vida en paciente con mayor nivel sociocultural.

2.- JUSTIFICACIÓN.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica degenerativa, con riesgo cardiovascular alto, de igual manera pudiendo causar daño a órganos blanco, sus efectos secundarios pueden llegar a causar invalidez e incapacidad. Siendo esta enfermedad para OMS un problema de salud pública, debido a que los efectos de esta patología tiene un impacto impresionante en la salud del individuo. Por lo cual se ve mermada la calidad de vida del paciente hipertenso.

En la actualidad los índices de enfermedades crónico degenerativos como la hipertensión han ido en aumento no solo en países desarrollados sino también en los países en vía de desarrollo en donde es peor la situación ya que al no subsanar las deficiencias del sistema de salud de enfermedad infecto contagiosas, se tienen que enfrentar a estas otras patologías donde se ve rebasado el nivel de atención.

Como lo planteamos anteriormente la patología ha ido en aumento considerablemente en los últimos años, es por ello el interés de la medición de la calidad de vida en los pacientes hipertensos ya que sin duda esto nos da pauta a darnos una clara idea de las directrices a seguir con estos pacientes en cuanto a la terapéutica empleada en ellos ya sea farmacológica, no farmacológica, los cambios requeridos en el estilo de vida, la terapia psicológica , valorar las necesidades de apoyo y soporte que requiera el paciente hipertenso en cualquier estado de la enfermedad.

Haciendo hincapié en que veremos al paciente de una manera bio-psicosocial, es decir de una manera integral, donde haremos un equipo con el demás personal del área de la salud, el médico, el paciente y la familia.

En otra orden de ideas pero no menos importante los costes para el servicio de salud se ven rebasados ya sea por la patología propiamente dicha así como el sin fin de consecuencias que presenta el individuo a lo largo de la misma. Por eso tan importante es el tratamiento de dicha enfermedad, como la prevención de la misma, la educación del paciente en cuanto a su estilo de vida, haciendo el debido hincapié que esto se verá ampliamente reflejado en la calidad de vida del individuo, su familia y entorno

El CHAL nos permite valorar la calidad de vida del paciente hipertenso, darnos cuenta de una manera muy amplia y simple como es que el paciente percibe su vida en el momento de aplicar el diagnóstico, valorar la manera como el paciente hace frente y afronta su enfermedad, los límites que se observan no solo de manera física, sino también psicológica del paciente.

Otra justificación interesante, es que con este proyecto el paciente se verá beneficiado al ser cuestionado en qué punto se encuentra en su estado de ánimo y manifestaciones somáticas que presenta. Para así realizar los cambios necesarios en su estilo de vida, apegarse a la terapéutica prescrita por su médico con la plena conciencia que esto se verá reflejado en una mejora importante en su calidad de vida. ya que es difícil que el paciente se adhiera a las indicaciones médicas si desconoce en qué punto se encuentra respecto a su estado de salud, no solamente su estado físico si no también psicológico, emocional. Para así pueda llevar a cabo junto con el personal multidisciplinario de salud, y sus redes de apoyo las modificaciones pertinentes para así por consiguiente mejorar todo su entorno, su salud y por ende su calidad de vida.

De igual modo, conocer cómo es que el paciente hipertenso percibe su calidad de vida, que la mayoría de las veces se encuentra mermada y por ende aumentan los costes para su atención , nos sirve como institución para valorar y emplear la mejor terapéutica, implementar programas de apoyo y de educación específica encaminadas a mejorar su estado de salud en un entorno integral biopsicosocial, disminución de las posibles complicaciones potenciales, en conjunto con sus redes de apoyo, viéndose una mejora reflejada en pacientes hipertensos mejor controlados, más satisfechos con los servicios de salud.

3.- Planteamiento del problema:

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más importante, pues tiene una prevalencia en torno al 20% de la población (variable en diferentes regiones del mundo), una incidencia que permanece estable, y constituye uno de los factores primordiales de riesgo para enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de muerte en los países desarrollados.⁽¹²⁾

No obstante, existen problemas añadidos como el hecho de que se estima que más de la mitad de la población mundial hipertensa desconoce su situación, y que siguiendo los criterios de cifras tensionales objetivo están correctamente controlados menos de la mitad (quizá solo la cuarta parte) de los pacientes tratados (aunque cualquier descenso de la presión arterial puede tener repercusiones beneficiosas). Por otra parte, sobre todo por el incremento de la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada, está aumentando la prevalencia de HTA infantil y juvenil. Por ello la organización mundial de la salud ha citado a la HTA como la primera causa de muerte en el mundo.⁽¹²⁾

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables. el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en la frecuencia y magnitud de estas enfermedades.⁽¹⁾

Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). El cuestionario de salud para la HTA fue desarrollado y validado preliminarmente por Roca. Cusachs e incluía ítems obtenidos de la revisión de escalas de

calidad de vida de la HTA y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y depresión. Se obtuvo finalmente una versión de 55 ítems agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems, con un marco temporal de referencia de 15 días- La respuesta de los ítems se obtiene mediante una escala de Likert de cuatro opciones de respuesta (no, en Absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y permiten obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones.⁽¹⁶⁾

4.- Objetivos:

4.1.- Objetivo general:

- Determinar la calidad de vida y su relación con el control de cifras de tensión arterial en los pacientes hipertensos de la UMF 47 SLP.

4.2.- Objetivos específicos:

- Determinar la calidad de vida y su relación con la edad de los pacientes hipertensos de la UMF 47 SLP
- Determinar la calidad de vida y su relación con sexo masculino - femenino de los pacientes hipertensos de la UMF 47 SLP
- Obtener la frecuencia de los niveles de calidad de vida de los pacientes hipertensos de la UMF 47 SLP
- Estipular la calidad de vida y su relación con el estatus socioeconómico de los pacientes hipertensos de la UMF 47.
- Determinar la calidad de vida y su relación con el nivel académico de los pacientes hipertensos de la UMF 47.

5.- Hipótesis:

5.1.- Hipótesis de investigación:

Existe una relación significativa entre la calidad de vida con el control de cifras de tensión arterial en los pacientes hipertensos de la UMF 47 SLP

5.2.- Hipótesis nula o alternativa:

No existe una relación significativa entre la calidad de vida y los pacientes hipertensos de la UMF 47 SLP

6.- Material y métodos:

6.1.- Tipo de estudio y diseño de estudio:

- Observacional, transversal, asociación cruzada.

6.2.- Universo de estudio:

- Pacientes hipertensos de la UMF 47

6.3.- Unidad de investigación:

- Paciente hipertenso de la UMF 47

6.4.- Límite de tiempo:

- Enero a mayo del 2016

6.5.- Muestra:

Se calculó el tamaño de muestra con la fórmula para estimación de proporciones infinitas, con el programa Epidat 4.0 de la Organización Panamericana de Salud. Con una precisión del 80% y confiabilidad del 95%, dando un tamaño de muestra de 232 sujetos.

6.6.- Criterios de selección:

6.6.1.- Criterios de inclusión:

- Paciente hipertenso adulto de la UMF 47
- Paciente derechohabiente vigente de la UMF 47
- Paciente que acepte participar en la investigación

6.6.2.- Criterios de exclusión:

- Paciente que no tenga la disponibilidad para contestar el instrumento
- Paciente que no respondan completamente el cuestionario

6.6.3.- Criterios de eliminación:

- Paciente que no acepte participar en la investigación

6.7.- Variables de estudio:

Definición de variables:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Escala
Paciente con hipertensión arterial	Independiente	se define HTA en el adulto como la presencia de PAS superior a 140mmHg (HTA sistólica) y/o de PAD mayor de 90mmHH	Todo aquel Paciente con hipertensión notificada en el expediente electrónico.	Controlado <120/80 120-130/80-85 130-140/85-90 No controlado >140/90 >160/100	Intervalar

Calidad de Vida	Dependiente	la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones	Calidad de vida obtenida mediante el instrumento CHAL	Síntomas depresivos CV No en absoluto CV Si algo CV Si bastante CV Si mucho Manifestaciones somáticas CV No en absoluto CV Si algo CV Si bastante CV Si mucho	Ordinal
-----------------	-------------	---	---	--	---------

		sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”			
Edad	Control	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona desde su nacimiento hasta la actualidad	Cartilla de consulta	Años cumplidos	Racional o proporcional
Sexo	Dependiente	Es una combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Cartilla de consulta	Masculino/Femenino	Racional o proporcional
Nivel socioeconómico	Dependiente	El nivel socioeconómico o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas basada en sus ingresos, educación y	Método de Graffar	Alto Medio alto Medio bajo Obrero Marginal	Racional o proporcional

		empleo y ocupación			
Nivel académico	Independiente	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada el cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del individuo en cuestión	Se le interroga al paciente de su grado de nivel educativo	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura postgrado	Intervalar

6.8.- Procedimientos:

Después de la aprobación del proyecto por el comité local de ética e investigación se procederá a:

- 1- Solicitar los permisos pertinentes para la realización de la investigación al director de la UMF 47
- 2- Solicitará el permiso pertinente a los médicos adscritos de los consultorios de donde se tomara la muestra para la investigación, los sujetos se tomaran de manera consecutiva, siempre y cuando reúnan los criterios de inclusión.
- 3- Se acudirá con la señorita asistente de los consultorios de donde se tomara la muestra para solicitar el censo de pacientes hipertensos en ese día.
4. Se cotejara con el expediente electrónico que el paciente sea hipertenso sin otras comorbilidades asociadas.
- 5.- Al paciente hipertenso se le explicara de lo que se trata la investigación.
- 6.- Posterior a que el paciente acepte sea incluido en la investigación se recaba la firma en el consentimiento informado.

7.- Se aplicara al paciente el instrumento para la medición de calidad de vida CHAL

8.- Se aplicara al paciente el método Graffar para determinar el nivel socioeconómico familiar

6.8.- Plan de Análisis:

Realizar análisis descriptivo con análisis de tendencia central e inferencial con chi cuadrada y tau de Kendall.

6.9.- Instrumentos de recolección de información:

Ver anexos

6.10.- Consideraciones éticas:

El presente estudio se realizara de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22.

Respecto al Capítulo 1, artículo 17, fracción II se aborda el tipo de riesgo que implica la investigación, es un estudio sin riesgo dado que la intervención incluirá aplicación de instrumento y hoja de recolección de datos. Respecto al Artículo 21 previo a la explicación del objetivo del estudio, se solicitara el consentimiento informado de los sujetos de investigación y de acuerdo a la fracción I, IV, VI, VII, VIII, se aclararan las dudas que surgieran al momento de la entrevista en cada una de las preguntas del instrumento. La información proporcionada se manejara en forma confidencial, no se registraran los nombres de los participantes.

En relación con el capítulo segundo que habla acerca de las investigaciones en comunidades, se consideraran los artículos: 28, 29, 30, 31 y 32.

También por el tipo de estudio observacional y los procedimientos que se llevaran a cabo, el protocolo se apegara a los lineamientos de capítulo III y V considerando sus artículos completos.

El protocolo de investigación se someterá al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.11.- Productos esperados:

Con la investigación realizada se espera tener un panorama global de cómo se encuentra el paciente hipertenso de UMF 47 de san Luis Potosí, en correlación entre cifras de presión arterial y calidad de vida del mismo. Para posteriormente con un control adecuado por parte de su médico familiar se obtenga un impacto positivo en la calidad de vida del paciente hipertenso. Y por ende disminución de complicaciones a mediano y largo plazo, que se verán reflejados en un descenso de los costes del servicio de salud.

7.- Recursos, financiamiento y factibilidad:

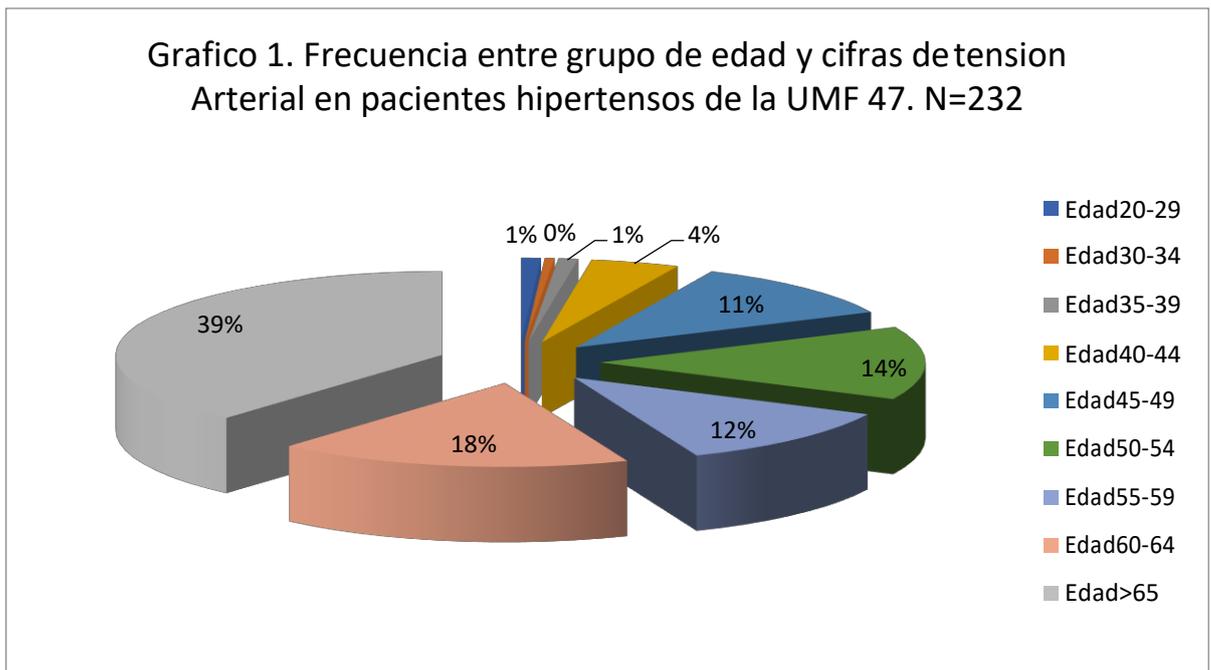
1.- Humanos: Investigador principal (médico general en curso de especialización para médicos generales IMSS) y asesores estadísticos, metodológicos y clínicos (2).

2.- Materiales:

- Computadora (\$14 000 pesos)
- Impresora (\$1900 pesos)
- Cartuchos de tinta negra (5) (\$370 pesos)
- 1000 hojas blancas tamaño carta (\$150 pesos)
- Lápices (10) (\$50 pesos)
- Plumas negras (10) (\$50 pesos)

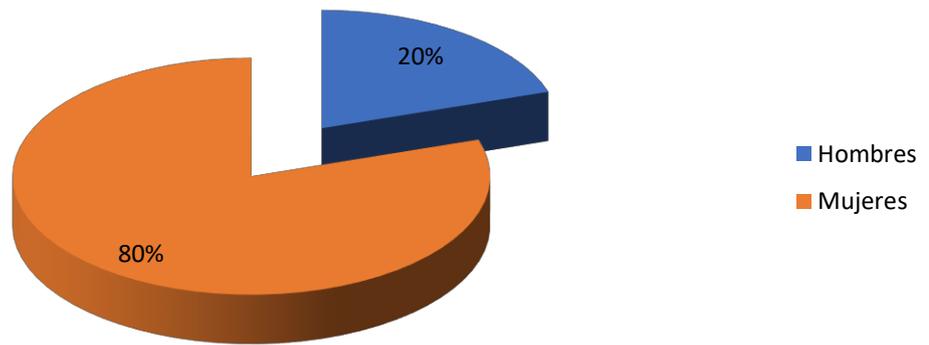
8.- Resultados.

Después de la aprobación del Comité Local de Ética e Investigación se obtuvieron los siguientes datos descriptivos del estudio los cuales incluyeron básicamente las variables sociodemográficas en un número total de sujetos de estudio de 232 que cumplieron con los criterios de selección (véase gráficos).



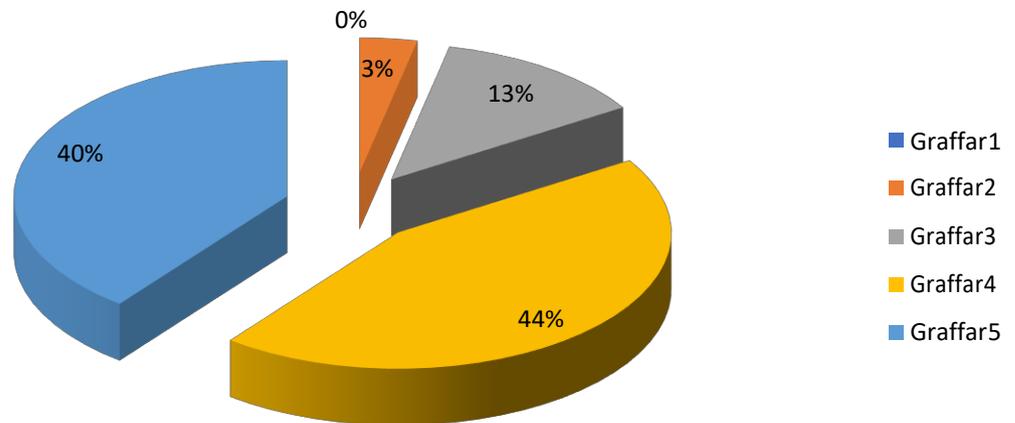
Fuente: SPSS 21. IBM. Análisis causal: en este gráfico se puede apreciar una mayor frecuencia de las edades comprendidas entre los 35-39 años.

Grafico 2. Relación entre hombres y mujeres que acuden a valoración de hipertensión arterial en la UMF 47. N= 232



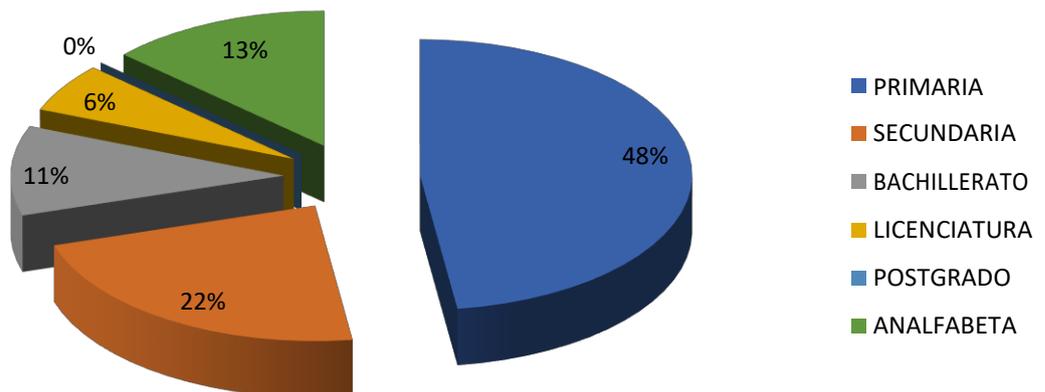
Fuente: SPSS 21. IBM. Análisis causal: en este grafico se puede apreciar una mayor frecuencia del género femenino, quizás producto de una mayor atención de este género en la Unidad de Medicina Familiar.

Grafica 3. Relación entre nivel socio económico y pacientes hipertensos de la UMF 47. N=232.



Fuente: SPSS 21. IBM. Análisis causal: en este grafico se puede apreciar una mayor frecuencia de Graffar 4, lo cual nos indica que la población eminentemente es obrera.

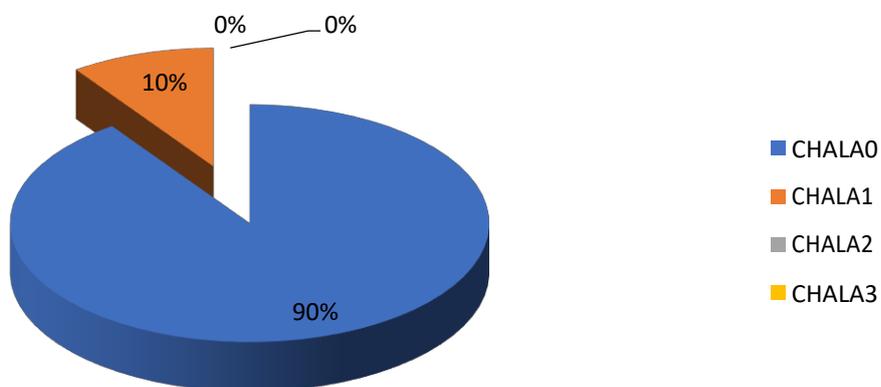
Grafico 4. Relación entre nivel escolar y Pacientes hipertensos de la UMF 47. N=232



Fuente: SPSS 21. IBM. Análisis causal: en este grafico se puede apreciar una mayor frecuencia de primaria en la población estudiada.

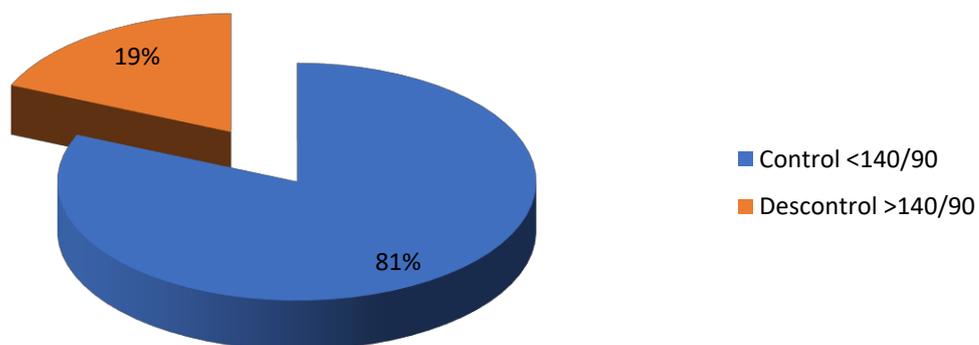
Grafico 5. Proporción entre nivel de salud (CHAL) pacientes hipertensos de la UMF47.

N=232



Fuente: SPSS 21. IBM. Análisis causal: en este grafico se puede apreciar una mayor frecuencia de un CHAL = 0, lo cual ejemplifica como los pacientes tienen una buena calidad de vida al ser atendidos en el Instituto.

Grafico 6. Relación entre cifras tensionales, Control y descontrol de los pacientes hipertensos de la UMF 47.



Fuente: SPSS 21. IBM. Análisis causal: en este grafico se puede apreciar una mayor frecuencia de pacientes controlados, lo cual ejemplifica como los pacientes tienen una buena calidad de vida al ser atendidos en el Instituto y con buen control hipertensivo.

Tabla1. Análisis inferencial de asociación y obtención de OR en el paciente hipertenso controlado y los niveles de CHAL				
Variable	R	p	OR	IC (95%)
CHAL 0	0.887	<0.05	1.38	0.358-1.948
CHAL 1	0.231	<0.05	1.03	0.310-1.567
CHAL 2	0.115	<0.05	1.01	0.558-1.920
CHAL 3	0.037	<0.05	1.1	0.543-1.961

Análisis estadístico con tau de kendall y obtención de OR con SPSS

9.-Discusión:

Hay una estrecha relación entre los resultados obtenidos en este estudio donde se obtuvo el 38 % de pacientes con un CHAL 0 y el estudio realizado por Stefano Vinaccia y colaboradores donde se realizó un estudio de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en Colombia. Donde de igual manera se utilizó el cuestionario de calidad de vida en hipertensión (CHAL). Obteniendo en ambos estudios que los resultados evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo y sus manifestaciones somáticas. Observándose que en el estudio realizado en la UMF 47 que a mejor control de cifras tensión arterial menor CHAL.

No así en los resultados obtenidos en este estudio en CHAL 1 y 2 donde nos arroja un porcentaje 3% y 1% respectivamente situación que quizá se deba a otros factores no medidos en este estudio.

De igual modo hay una relación entre el estudio actualmente realizado en pacientes de la UMF 47 y el estudio realizado por María del rosario Gómez y colaboradores. Llevado a cabo en el centro de salud del estado de México donde también se aplicó el instrumento CHAL donde en ambos resultado la calidad de vida de los pacientes es bueno si cuentan con cifras de tensión arterial controlada.

10.-Conclusiones

- 1.- Se concluye que los resultados evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida de los pacientes con cifras de tensión arterial no controlada.
- 2.- se concluye que a menor CHAL mejor calidad de vida en el paciente hipertenso.
- 3.- se concluye que el CHAL es el cuestionario específico para la HAS que ha demostrado ser válido, fiable y sensible. Sin embargo debe reducirse el número de ítems para su uso de rutina en la práctica clínica
- 4.- existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes controlados y no controlados de HAS con relación al resultado del CHAL.
- 5.- en los resultados del estudio tanto las variables clínicas (medición de T/A) y socio demográficas (sexo, edad, escolaridad, profesión del jefe de familia, instrucción de la madre, fuente de ingresos, condiciones de la vivienda). Influyeron en la calidad de vida del paciente con HAS de la UMF 47.

11.-Sugerencias

- 1.- realizar el cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial (CHAL) a todo paciente hipertenso de la UMF 47.
- 2.- realizar el instrumento Graffar a todo paciente hipertenso de la UMF 47.
- 3.- Mantener al paciente hipertenso de la UMF 47 en control con cifras de T/A 130/80.
- 4.- se sugiere que haya en la UMF 47 un hipertIMSS donde se les otorgaran pláticas de autocuidado al paciente hipertenso.

12.- Bibliografía:

- 1.-Nuñez. Normas Oficiales. Manual CTO de Medicina y cirugía; 2014: 89-92.
- 2.- Papadakis. Hipertensión sistémica. Diagnóstico clínico y tratamiento; 2009: 376-403.
- 3.- Stefano. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. 2007;3(2):203-211.
- 4.- Dalfo. Validación del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) para su uso en España. Relación entre variables clínicas y calidad de vida. Atención primaria; 2000; 26(2):96-103.
- 5.- Soares. Psychometric performance of the brazilian version of the mini Cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL).Latino - Am. Enfermagem, 2011; 19(4):856-864.
- 6.- Gomez. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2011; 19(1):7-12.
- 7.- Valenzuela. Implementación de un plan de atención farmacéutica para pacientes hipertensos en atención primaria en salud. 2008. 1-4.
- 8.- Fernández. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Revista española de Salud Pública, 2010; 84(2):3-21.
- 9.- Ayala. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertensión arterial. Ciencia E Investigación, 2010; 13(2): 77-80.
- 10.- Melchiors. Calidad de vida en pacientes hipertensos y validez competitiva del Minichal-Brasil. Sociedad Brasileira de Cardiología, 2010; 94(3):343-349.

- 11.- Varela. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Acta Colombiana de Psicología. 2006; 14(5):69-85.
- 12.- Salguero. Cardiología y cirugía Cardiovascular. Manual CTO de medicina y cirugía, 2014; 241-247.
- 13.- Harrison. Vasculopatía hipertensiva. Principios de Medicina Interna, 2006; 2: 1617-1636.
- 14.- Uruzúa. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 2012; 30(1):61-71.
- 15.- Ramones. Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. Revista Latinoamericana de Hipertensión, 2007; 2(5):147-150.
- 16.- Dalfo. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) <http://www.elsevier.es>, artículo 44.837.
- 17.- Huerta. La familia en el proceso salud- enfermedad. Medicina familiar, 2005; 83-84.

13.- Anexos A. Cronograma de actividades

<p style="text-align: center;">Cronograma de actividades IMSS Dra. Laura Leticia López Martínez</p> 							
	1	2	3	4	5	6	7
Fase conceptual							
Formulación y delimitación del problema							
Revisión de la bibliografía							
Definición del marco teórico							
Formulación de hipótesis							
Diseño y planeación							
Selección del diseño							
Identificación de la población a estudiar							
Especificación de los métodos para medir variables							
Diseño de muestreo							
Terminación y revisión del plan de investigación							
Registro							
Realización del estudio piloto							

Fase empírica								
Colecta de datos								
Preparación de datos para el análisis								
Fase analítica								
Análisis de datos								
Interpretación de resultados								
Fase de difusión								
1.- marzo 20015 2.- abril a mayo 2015 3.- agosto 2016 4.- octubre 2016 5.- noviembre 2016 6.- Diciembre de 2016 7.- mayo a junio de 2017								

Anexo B. Hoja de recolección de datos:

Nombre:

Edad: _____ años

Fecha de nacimiento d/m/a: ____/____/____ Sexo: M___H___

Servicio médico: IMSS _____

Cifras de tensión arterial: _____

Estatus socioeconómico: _____

Nivel académico: _____

Calidad de vida: _____

Anexo C. Instrumento.

Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 27/05/2015. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Dalfó i Baqué A, Badia i Llach X y Roca-Cusachs A.-
Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL)

CUESTIONARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANEXO 1. Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial (CHAL)

1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
2. ¿Ha tenido sueños que le asustan o le son desagradables?
3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?
4. ¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir?
5. ¿Se despierta cansado?
6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?
7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?
8. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?
9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?
10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
11. ¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?
12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?
15. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día?
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?
21. ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza?
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?
24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?
25. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
26. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
27. ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?
28. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
30. ¿Ha notado flojedad en las piernas?
31. ¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?
34. ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?
35. ¿Ha sufrido visión borrosa?
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?
38. ¿Ha padecido sofocos?
39. ¿Se le han hinchado los tobillos?
40. ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?
43. ¿Ha notado sequedad de boca?
44. ¿Ha notado que la nariz se le tana a menudo?

Anexo D. Instrumento Graffar.

Estudio de la Salud Familiar

Método de Graffar

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				

A Profesión jefe de familia

B Instrucción de la madre

C Fuente de ingresos

D Condiciones de la vivienda

4-6 Alto

7-9 Medio alto

10-12 Medio bajo

13-16 Obrero

17-20 Marginal

VARIABLES Y SU PUNTAJE EN	EL	METÓDO DE GRAFFAR
PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA	1	UNIVERSITARIO, GRAN COMERCIANTE, GERENTE EJECUTIVO DE GRANDES EMPRESAS. ETC.
	2	PROFESIONISTA TÉCNICO, MEDIANO COMERCIANTE O DE LA PEQUEÑA INDUSTRIA,ETC.
	3	EMPLEADO SIN PROFESIÓN TÉCNICA DEFINIDA O UNIVERSIDAD INCONCLUSA.
	4	OBRERO ESPECIALIZADO; TRACTORISTA, TAXISTAS, ETC.
	5	OBRERO NO ESPECIALIZADO, SERVICIOS DOMÉSTICOS, ETC.
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE	1	UNIVERSITARIA O SU EQUIVALENTE.
	2	ENSEÑANZA TÉCNICA SUPERIOR Y O SECUNDARIA TERMINADA.
	3	SECUNDARIA INCOMPLETA O TÉCNICO INFERIOR (CURSOS CORTOS).
	4	EDUCACIÓN PRIMARIA COMPLETA.
	5	PRIMARIA INCOMPLETA, ANALFABETA.

PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS	1	FORTUNA HEREDADA O ADQUIRIDA REPENTINAMENTE (GRANDES NEGOCIOS, JUEGOS DE AZAR).
	2	INGRESOS PROVENIENTES DE UNA EMPRESA PRIVADA, NEGOCIOS, HONORARIOS PROFESIONALES (MÉDICOS, ABOGADOS, ETC), DEPORTISTAS PROFESIONALES.
	3	SUELDO QUINCENAL O MENSUAL.
	4	SALARIO DIARIO O SEMANAL.
	5	INGRESOS DE ORIGEN PÚBLICO O PRIVADO (SUBSIDIOS).
CONDICIONES DE LA VIVIENDA	1	AMPLIA, LUJOSA Y CON ÓPTIMAS CONDICIONES SANITARIAS.
	2	AMPLIA, SIN LUJOS PERO CON EXCELENTES CONDICIONES SANITARIAS.
	3	ESPACIOS REDUCIDOS, PERO CONFORTABLE, Y BUENAS CONDICIONES SANITARIAS.
	4	ESPACIOS AMPLIOS O REDUCIDOS, PERO CON DEFICIENTES CONDICIONES SANITARIAS.
	5	IMPROVISADA, CONSTRUIDA CON MATERIALES DE DESECHO, O DE CONSTRUCCIÓN RELATIVAMENTE SÓLIDA PERO CON DEFICIENTES CONDICIONES SANITARIAS.

Anexo E

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)			
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN				
Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 47 SAN LUIS POTOS			
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno			
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar # 47			
Número de registro:				
Justificación y objetivo del estudio:	Valorar la relación entre la calidad de vida y las cifras de tensión arterial en el paciente.			
Procedimientos:	Aplicar la escala CHAL			
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna			
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Encontrar y describir la calidad de vida actual del paciente con hipertensión			
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de encontrar descontrol de su diabetes se notificara al coordinador clínico de su consultorio.			
Participación o retiro:	Cuando lo desee el paciente o sujeto de estudio			
Privacidad y confidencialidad:	La información recolectada será estrictamente confidencial y solo tendrá acceso a él, el investigador principal.			
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.			
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica			
Beneficios al término del estudio:	Buscar alternativas etiológicas del descontrol del mismo.			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:				
Investigador Responsable:	Dra. Laura Leticia López Martínez			
Colaboradores:	Dr. Gad Gamed Zavala Cruz			
<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				

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

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013