



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SONORA  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL GENERAL ZONA NO. 5, NOGALES SONORA**

**Evaluación de grado de control y calidad de vida en pacientes con  
Hipertensión Arterial en Unidad de Medicina Familiar número 50 Esqueda**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:**

**Dr. Francisco Andrés Bush Barbosa**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
COORDINACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**Nogales, Sonora 2019**



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.

## II. Identificación de Autores

**Investigador responsable:** Dr. Francisco Andrés Bush Barbosa, Matrícula 98271858, Médico general, adscrito a Unidad de Medicina Familiar Número 50, Esqueda, Sonora.

Domicilio: Calle Independencia número 1060, Colonia Ejidal, Naco, Sonora.

Teléfono: 6441039239, Correo electrónico: hittler\_andy10@hotmail.com

**Investigador colaborador:** Dr. José Daniel Ortega Romero, Matrícula: 11441793, Médico Familiar, adscrito a HGSZ No. 12 Agua Prieta, Sonora.

Domicilio: Calle 13 Avenida 13, S/n, Colonia Centro, Agua Prieta, Sonora

Teléfono: 6331021225, Correo: danielortega06@hotmail.com

**Tutor:** Dra. Sandra Lorena Ramírez Guevara, Matrícula: 99271842, Médico Familiar, adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 5, Nogales, Sonora.

Domicilio: calle Obregón y Escobedo núm. 756 Col. Centro

Teléfono: 6311130292, Correo: diksandd@hotmail.com

Estudio realizado en Unidad de Medicina Familiar número 50, Esqueda, Sonora, México. Ubicado en calle Obregón No. 756 esquina Escobedo Col. Centro.

Evaluación de grado de control y calidad de vida en pacientes con  
Hipertensión Arterial en Unidad de Medicina Familiar número 5 Esqueda

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. FRANCISCO ANDRÉS BUSH BARBOSA

AUTORIZACIONES



DR. LEOPOLDO HERNÁNDEZ CHÁVEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 5 NOGALES, SONORA



DRA. SANDRA LORENA RAMÍREZ GUEVARA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES IMSS HOSPITAL GENERAL DE ZONA

NÚMERO 5 NOGALES, SONORA.



---

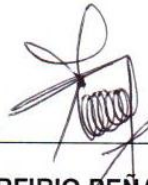
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Evaluación de grado de control y calidad de vida en pacientes con  
Hipertensión Arterial en Unidad de Medicina Familiar número 50 Esqueda

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA

DR. FRANCISCO ANDRÉS BUSH BARBOSA

AUTORIZACIONES



DR. PORFIRIO PEÑA ORTEGA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DELEGACIÓN SONORA



DRA. BENITA ROSARIO URBAN REYES

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DELEGACIÓN SONORA



DRA. LUCIA ÁLVAREZ BASTIDAS

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DELEGACIÓN SONORA



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Evaluación de grado de control y calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en Unidad de Medicina Familiar número 50 Esqueda

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. FRANCISCO ANDRÉS BUSH BARBOSA

AUTORIZACIONES  


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

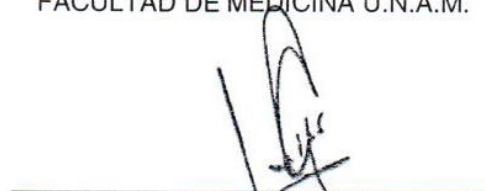
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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.



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2604** con número de registro **17 CI 26 030 083** ante COFEPRIS  
U MED FAMILIAR NUM 37, SONORA

FECHA **04/10/2017**

**DR. FRANCISCO ANDRES BUSH BARBOSA**

**P R E S E N T E**

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

**Evaluación de grado de control y calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en Unidad de Medicina Familiar número 50 Esqueda**

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-2017-2604-36

ATENTAMENTE

**DR.(A). ALEJANDRA TORRES CAMPA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2604

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## ÍNDICE

I.-Resumen.....	1
II.-Marco teórico.....	2
III.-Planteamiento del problema.....	9
IV.-Justificación.....	10
V.-Objetivos.....	12
VI.-Hipótesis.....	13
VII.-Materiales y Métodos.....	14
VIII.-Descripción general del estudio .....	18
IX.-Aspectos Éticos.....	20
X.-Recursos humanos, financieros y materiales.....	21
XI.-Cronograma de actividades.....	23
XII.-Resultados.....	24
XIII.-Discusión.....	35
XIV.-Conclusión.....	36
XV.-Bibliografía.....	37
XVI.-Anexos.....	41



## I. RESUMEN

### **Evaluación de Grado de control y calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en Unidad de Medicina Familiar número 50 Esqueda**

Bush B.F.A.<sup>1</sup>, Ortega R.J.D.<sup>2</sup>, Ramírez G.S.L.<sup>2</sup>, Aguilera A.M.A.<sup>3</sup> Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Médico, Especialista en Medicina Familiar, Médico especialista en Medicina Familiar, Médico Especialista en Epidemiología.

**Introducción:** La hipertensión es síndrome de etiología múltiple, que se caracteriza por elevación persistente de cifras de presión arterial igual o superiores a 140/90 mmHg. La calidad de vida de un individuo se mide a través de la apreciación que el paciente se realiza a sí mismo, tomando en cuenta el bienestar físico, mental y social.

**Objetivo:** Conocer el grado de control y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial de Unidad Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora.

**Materiales y Métodos:** Estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, revisión de expedientes y realización de encuesta. Se estudió a un total de 69 pacientes portadores de Hipertensión Arterial de la Unidad de Medicina Familiar Número 50 Esqueda, Sonora. Se describieron las variables cuantitativas con medias y desviación estándar y las categóricas mediante proporciones, el análisis bivariado se realizó calculando OR de prevalencia considerando como significativo  $p < 0.05$

**Resultados y conclusiones:** De los 69 pacientes se obtuvo un control de Hipertensión Arterial Sistémica del 94%, con una calidad de vida muy buena del 79.7%. En el análisis bivariado, una peor calidad de vida se asoció con: escolaridad básica  $p < 0.005$  y estado civil sin pareja  $p < 0.003$

**Palabras claves:** Hipertensión, calidad de vida.

## II. Marco Teórico

La Hipertensión arterial sistémica se define como un síndrome de etiología múltiple que se caracteriza por elevación persistente de cifras de presión arterial igual o superiores a 140/90 mmHg. <sup>1</sup>

Según la Organización panamericana de salud hace referencia a la enfermedad como cifras igual o incremento presión arterial sistólica (PAS) igual o superiores a 140 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 90 mmHg. (2). Dentro de la población mundial general, se estima que 30 a 45% de los individuos padece de hipertensión arterial, refiriéndonos a un aproximado de 1 de cada 4 adultos. <sup>3</sup>

En los Estados Unidos de América, de acuerdo a la conclusión de: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) cerca del 30% de la población adulta padece de esta enfermedad. (4). Dentro de las enfermedades cronicodegenerativas de mayor presentación en México se encuentra la hipertensión arterial sistémica. <sup>5</sup>

Aproximadamente el 26.6% de la población que oscila de los 20 a los 69 años de edad padece hipertensión arterial, dentro de estos, el 60% de las personas con la afección no tiene un conocimiento de su patología. (5). La hipertensión arterial es causante del 13 a 15% de las defunciones a nivel mundial. <sup>4</sup>

La etiología de la enfermedad se pueden valorar en un porcentaje bajo, identificándose solo un 5% de los casos (Hipertensión arterial sistémica secundaria), en el resto de los casos no se puede demostrar una causa exacta (Hipertensión arterial sistémica primaria), pero se cree que son varios procesos aún no identificados, con base genético y ambiental los que ocasionan en alguna etapa de la vida la elevación de la tensión arterial. <sup>6</sup>

La Hipertensión arterial como patología, se considera como un factor de riesgo de mucha importancia para la aparición de varias enfermedades cardiovasculares, como lo son: Infarto agudo al miocardio, Cardiopatía Coronaria, Enfermedad Cerebrovascular, Insuficiencia Cardíaca ó Renal, e incluso hasta provocar la muerte del sujeto. <sup>6</sup>

De acuerdo a la Joint National Committee on Prevention (JVN VIII) clasificaremos hipertensión arterial como: Hipertensión óptima <120/80 mmHg, Normal alta o Prehipertensión 130-139/80-89, Hipertensión Etapa I 140-159/90-99, Hipertensión Etapa II >160/>100, Hipertensión sistémica aislada >140/<90.<sup>3</sup>

Dentro de la fisiopatología de la hipertensión arterial sistémica se cuenta con diversas teorías, en las cuales encontramos: Genética, Neurogénica, Humoral y Autorregulación. (7). En la presión arterial se utiliza la fórmula  $PA=GC \times RP$ , interpretándose como la regulación tanto del gasto cardiaco, así como las resistencias periféricas.<sup>8</sup>

Hay diferentes factores que predisponen al padecimiento de hipertensión arterial, los que son considerados como modificables: Exceso de peso, Obesidad, sedentarismo, ingestión de alcohol, tabaquismo, malos hábitos alimenticios, nivel socioeconómico bajo; y los no modificables: Edad mayor, factores genéticos, género-etnia.<sup>9</sup>

La Hipertensión arterial como enfermedad, es considerada como una de las condiciones patológicas más comunes en la atención de primaria de las unidades familiares, aunque a pesar de estos datos, no es detectada a tiempo por el personal de salud y no se da un manejo terapéutico adecuado para contrarrestarla, por ende, incrementándose los costos para el tratamiento de estos pacientes, así como sus complicaciones, representando una sobrecarga para los servicios de salud, al igual que a quien la padece.<sup>5, 10</sup>

La hipertensión arterial sistémica se encuentra en relación con el aspecto familiar, considerándose un factor muy importante para desarrollo de la enfermedad si el individuo tiene algún pariente de primer grado directo.<sup>11</sup>

Se estima que el género masculino está más predispuesto al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, principalmente Cardiopatía isquémica e Hipertensión arterial sistémica, determinándose que en edades de 35 a 40 años de edad crece el riesgo de mortalidad de 4 a 5 veces más que en el sexo femenino.<sup>11</sup>

Por hacer referencia a los factores modificables, es decir, esos que el individuo en riesgo o ya afectado por la enfermedad puede llegar a combatirlos y tener mejor calidad de vida. Entre los más involucrados y mayor aporte tienen está el Sedentarismo, nos referimos a la falta de realizar algún tipo de ejercicio aeróbico, por otra parte se encuentra el mayor consumo de alimentos ricos en grasa, sal y potasio, que hacen que el consumidor se predisponga al desarrollo de la patología.<sup>11</sup>

El cálculo estándar con el esfingomanómetro en la práctica clínica habitual es la prueba de escrutinio de elección.<sup>1</sup>

LA Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSAA2-1999 nos menciona que diagnóstico definitivo de la enfermedad debe estar sustentado en por lo menos dos tomas posteriores a su detección inicial, subsecuente a esto se realizara la estadificación del grado de la enfermedad de acuerdo al CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades): Hipertensión óptima <120/80 mmHg, Presión arterial normal: 120-129/80-84 mmHg, Presión arterial normal alta: 130-139/85-89 mmHg, Hipertensión arterial Etapa 1: 140-159/90-99 mmHg, Etapa 2: 160-179/100-109 mmHg, Etapa 3: >180/>110mmHg. Hipertensión sistólica aislada: >140/<90.<sup>5</sup>

El propósito de establecer un diagnóstico oportuno de la enfermedad es para evitar su avance, precaver sus complicaciones, mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad.<sup>12</sup>

En consulta médica del primer nivel de atención se requiere la evaluación periódica de estudios laboratoriales: Biometría hemática completa, glucosa sérica, electrolitos (Na, K, Ca), colesterol total, HDL, triglicéridos, ácido úrico y Electrocardiograma.<sup>1</sup>

Para valorar la efectividad del manejo terapéutico y control de los pacientes que padecen hipertensión arterial sistémica se encuentra establecido en la Norma oficial mexicana 030-SSAA-199 en el Apéndice Normativo D. Analizando metas mínimas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control: Presión arterial: Bueno: <140/90 mmHg; Regular: 140/90 – 160/95 mmHg; Malo: >160/95 mmHg; Colesterol total: Bueno: <200 mg-dl, Regular:

200-239 mg-dl, Malo: >240 mg-dl; Índice de masa corporal: Bueno: <25 Kg/m<sup>2</sup>, Regular: 25-27 Kg/m<sup>2</sup>, Malo: >27 Kg/m<sup>2</sup>; Sodio (Na): Bueno: <2400 mg/día, Alcohol: Bueno: <30 ml/día; Tabaco: Bueno: evitar este hábito. <sup>5</sup>

El tratamiento farmacológico inmediato de la enfermedad deberá iniciarse para pacientes con cifras mayores de 160/100, así como pacientes con cifras >140/90 con alto riesgo cardiovascular. En orden de preferencia se recomienda iniciar la terapia con un medicamento: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) <sup>1</sup>

Se reporta a nivel mundial que aproximadamente 691 millones de personas padecen de la enfermedad. Además con una cantidad de 15 millones de muertes a causa de enfermedades circulatorias, 7.2 millones son debidas por afecciones coronarias y 4.6 millones a consecuencia de Enfermedad vascular encefálica. <sup>13</sup>

En un estudio realizado en Brasil, se valoró a 2810 pacientes de diferentes centros de salud, clasificándolos de la siguiente forma: Grupo A: Hipertensión grado 1 y 2 con riesgo bajo o medio, 1054 pacientes (37.51%); Grupo B: Hipertensión o comportamiento limítrofe con riesgo alto, 689 pacientes (24.52%); Grupo C: Hipertensión o comportamiento limítrofe con riesgo muy alto, 758 pacientes (26.98%); y Grupo D: Hipertensión arterial y Enfermedad renal con pérdida proteica > 1gr/24 horas, 309 pacientes (10.99%). De estos pacientes se consideraron objetivos específicos, obteniéndose los siguientes porcentajes de pacientes con control de la presión arterial sistólica y diastólica: Grupo A: 650 pacientes (61.7%), Grupo B: 293 pacientes (42.5%), Grupo C: 317 pacientes (41.8%), Grupo D: 100 pacientes (32.4%) <sup>14</sup>

En estudios revisados por Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 se reportaron que las personas con mayor riesgo y con pobreza presentan prevalencias más bajas de la enfermedad, además de que son los grupos que tienen mayor porcentaje de control de la enfermedad. Mencionando algunos porcentajes de control: tienen un mayor control las personas que habitan en el sur del país (56 %) contra un 45.8% de las que habitan en el norte del país. Las personas que viven en localidades rurales con un control de 51.3 % contra un

48.3 % de las que habitan en región urbana. Y refiriéndonos a nivel socioeconómico bajo se reporta un control de 53.2 % contra un 50.3 % con nivel socioeconómico alto. <sup>15</sup>

El concepto de calidad de vida es definido por la OMS como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de alguna afección o enfermedad, por ende la calidad de vida que poseen los pacientes con hipertensión arterial o alguna otra enfermedad cronicodegenerativa es de vital importancia para evitar complicaciones asociadas con la misma enfermedad. <sup>16</sup>

En definitiva, dentro del concepto de Calidad de Vida, se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las meras consecuencias biológicas de ambas. Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, han sido englobado por Hornsquist en su concepto de Calidad de Vida. Este autor, establece un concepto de calidad de vida, valorando aquellos aspectos del funcionamiento del individuo, sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento. Hornsquist define las áreas que engloban el concepto de calidad de vida e indica los siguientes aspectos o dimensiones que conforman la estructura de la Calidad de Vida: Físico, Psicológico, Social, Actividades, Material y Estructural. <sup>17</sup>

Otros autores añadirían una séptima dimensión denominada profunda, que estimaría los aspectos más individuales y subjetivos de la vida de una persona. Con esta dimensión se pretende reconocer el carácter individual de la Calidad de Vida, se trata de la calidad de vida de una persona concreta con su propia filosofía y sus propios intereses y ambiciones. <sup>18</sup>

En Ciudad de México se realizó un estudio llamado CHAL, específico para calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. La población de estudio fueron pacientes con hipertensión arterial sistémica adscritos a un Centro de Salud de una población. Se incluyó a un total de 30 personas hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial controladas que no presentaban otra enfermedad agregada. Los resultados



obtenidos con este estudio fueron los siguientes: el 80 % de los participantes se consideró como muy buena, el 16.7% buena, sin embargo nadie percibió una mala calidad de vida <sup>19</sup>

El cuestionario de salud para valoración de calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial se denomina CHAL, que consta de 55 ítems, que se encuentran agrupados en dos dimensiones: Estado de ánimo constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas constituido por 19 ítems, con un marco temporal de diferencia de 15 días. La respuesta a los ítems se obtiene mediante una escala 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). Se obtiene la puntuación para cada una de las dimensiones asignadas, Estado de ánimo de 0 a 108, Manifestaciones somáticas de 0 a 57; y la puntuación global es de 0 a 165. Considerando las puntuaciones de la siguiente forma: 0 a 41 muy buena calidad vida, 42 a 82 buena calidad de vida, 83 a 123 regular calidad de vida, y 124 a 165 mala calidad de vida. <sup>19</sup>

Se reporta un estudio de tipo transversal y aleatorizado MiniChal realizado en la ciudad de Araucaria, Región Metropolitana de Curitiba, Brasil en 2007; sobre calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que frecuentaban las unidades básicas de salud, tomándose en cuenta a pacientes mayores de 18 años; dicha muestra se tomó de manera independiente. Entrevistándose a 191 pacientes adultos (72.8% mujeres y 27.2% hombres); el promedio de edad de pacientes fue de 58.4 años. Un tercio de los pacientes (30.4%) presentó condición de presión arterial controlada. <sup>20</sup>

Otro estudio realizado Medellín, Colombia en Junio 2007; para evaluación de calidad de vida en pacientes utilizándose cuestionario Chal; se valoró una muestra no aleatoria de 282 sujetos diagnosticados con hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, compuesta por 148 hombres (52.5%) y 134 mujeres (47.5%) con una edad promedio de 60.8 años. La media de medición de Estado de Ánimo a través del cuestionario fue de 44.6; en cuanto a la dimensión manifestaciones somáticas la media fue de 22.0, más alta que en

comparación con medias españolas en pacientes con hipertensión arterial leve (6.7), media (9.6), y grave (10.8); indicando que los sujetos en estudio de este proceso resultaron con una calidad de vida desfavorable.<sup>21</sup>

Se reporta otro estudio realizado en Hospital Universitario de la Universidad de Carobobo, Venezuela en año 2011; el estudio tipo cuantitativo, transversal y muestra fue no probabilística, intencional y con el consentimiento de los pacientes. La información obtenida a través de cuestionario SF-36 mediante una entrevista aplicada a los mismos; se incluyó a un total de 150 pacientes que acudieron al servicio de emergencias del hospital; con lapso de edad de 35 a 89 años, con edad promedio fue de 56 años y 92.7% ya con tratamiento antihipertensivo. En cuanto a resultados del estudio, en el grupo más joven (20-36 años) obtuvo un mejor promedio en el cuestionario (84 puntos), no encontrándose diferencia significativa con otros grupos, aunque en el grupo de 75 años y más la puntuación que se obtuvo fue en promedio más baja (63 puntos), tal vez a causa de comorbilidades antiguas de estos pacientes (Accidente cerebrovascular extensos (infartos de la circulación anterior); de origen cardioembólico (fibrilación auricular) presentaron índices de calidad de vida más bajos ( $p < 0,05$ ).<sup>22</sup>

### III. Planteamiento del problema

La calidad de vida es un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de alguna afección o enfermedad, por ende la calidad de vida que poseen los pacientes con hipertensión arterial o alguna otra enfermedad cronicodegenerativa es de vital importancia para evitar complicaciones asociadas con la misma enfermedad

La hipertensión arterial es causante del 13 a 15% de las defunciones a nivel mundial.

Aproximadamente el 26.6% de la población que oscila de los 20 a los 69 años de edad padece hipertensión arterial, dentro de estos, el 60% de las personas con la afección no tiene un conocimiento de su patología.

La Hipertensión arterial como enfermedad, es considerada como una de las condiciones patológicas más comunes en la atención de primaria de las unidades familiares, aunque a pesar de estos datos, no es detectada a tiempo por el personal de salud y no se da un manejo terapéutico adecuado para contrarrestarla, por ende, incrementándose los costos para el tratamiento de estos pacientes, así como sus complicaciones, representando una sobrecarga para los servicios de salud, al igual que a quien la padece.

Dentro de un cuestionario de hipertensión podemos plantearnos si el diagnóstico de hipertensión supone un cambio en la vida del paciente, y así mismo, como lo percibe éste, dependiendo de sus propios síntomas y de las cifras de presión arterial. Están, además, los efectos secundarios de la medicación activa antihipertensiva vs placebo, y/o tratamiento higiénico-dietético, y el tipo de Calidad de Vida que se le ofrece a partir de ese momento. Con ello, valoraríamos la repercusión producida por el diagnóstico de la enfermedad, incluyendo variables psicológicas y síntomas percibidos.

Por tal motivo, no surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de control y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial de Unidad Medicina Familiar número 50 Esqueda, Sonora?

#### **IV. Justificación**

En los últimos años se está produciendo, como hemos visto, un incremento en la utilización de los indicadores de Calidad de Vida en todas las áreas médicas. Este auge en la utilización de métodos, de valoración de la calidad de vida en enfermedades crónicas, se debe a la creciente importancia social que se le atribuye en los países desarrollados al concepto de Calidad de Vida. Así como a poder disponer de cuestionarios indicadores de Calidad de Vida más breves, más fáciles de comprender y de aplicar y de elevada validez y fiabilidad. También ha representado un papel importante, el impacto que ha generado la publicación de varios ensayos clínicos y estudios epidemiológicos en los que se ha demostrado que estos indicadores son altamente sensibles a los cambios clínicos relevantes. La Calidad de Vida relacionada con la salud, se puede estudiar desde distintos niveles de complejidad. En este sentido, las distintas medidas de calidad de vida relacionadas con la salud, son parte de un espectro continuo de progresiva complejidad. A medida que se suman interacciones de factores biológicos sociales y psicológicos, en un extremo se sitúa la medida de parámetros exclusivamente biológicos, por ejemplo, cifras de albúmina o nivel de hematocrito; en el extremo opuesto se sitúan los indicadores de calidad de vida más complejos e integrados (funcionalismo físico y percepción sobre la enfermedad). Estos últimos indicadores del nivel de integración mayor y más complejos, son los que conforman la Calidad de Vida del paciente crónico. En resumen, el estado funcional del paciente crónico va a ser el resultado de la integración de factores de la propia personalidad y motivación del paciente, los síntomas motivados por la enfermedad crónica, el tratamiento recibido, las condiciones medioambientales y el apoyo social y nivel económico en el que el paciente se desenvuelve

Por esta razón me resulta de gran utilidad el realizar esta investigación, de esta forma conocer el manejo que se ha estado brindando a los pacientes con la enfermedad, así como conocer su calidad de vida.

Por último, se pretende mejorar la atención médica a estos pacientes y de esta manera mejorar su calidad de vida y disminuir las complicaciones de la patología.

## **V. Objetivos**

### **Objetivo General**

Conocer el grado de control y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial de Unidad Medicina Familiar número 50 Esqueda, Sonora.

### **Objetivos Específicos**

Identificar el género con mejor control de hipertensión arterial.

Conocer el género con mejor calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial.

Conocer el nivel de estudios en pacientes con hipertensión arterial.

Describir el estado civil en pacientes con hipertensión arterial.

Identificar el grado de escolaridad de los pacientes hipertensos.



## **VI. Hipótesis**

### **Hipótesis de trabajo (H1)**

El 80 % de los pacientes con Hipertensión Arterial se encontrará con buen grado de control y calidad de vida.

### **Hipótesis Nula (H0)**

El 80% de los pacientes con Hipertensión Arterial no resultarán con buen grado de control y calidad de vida.

## VII. Materiales y Métodos

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 50, Esqueda, Sonora, México.

Lugar de estudio: Unidad Familiar número 50, Esqueda, Sonora, México; en el servicio de Medicina Familiar.

Área de influencia: Pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica que tienen su control en consultorio vespertino en Unidad de Medicina Familiar número 50, Esqueda, Sonora, México.

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

Periodo de estudio: Marzo 2017 a Marzo 2018

Universo de trabajo: Pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica que llevaron su control en la Unidad de Medicina Familiar número 50 Esqueda Sonora México sin distinción de género.

El número total de pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 50 de 30 a 79 años es de 1081, aplicando la fórmula de proporciones finitas con índice de confianza del 95% da un total de 68 participantes.

Dónde:

N= total de la población

Z $\alpha$ = seguridad 95%

p= proporción esperada 5%

q= 1-p

d= precisión 5%

n=  $\frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$  =

$d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q$

$$n = \frac{(1081)((1.96)^2(0.05))(0.95)}{(0.05)^2(1081-1) + (1.96)^2(0.05)(0.95)}$$

$$n = \frac{(1081)(0.19208)(0.95)}{(0.0025)(1080) + (0.182476)}$$

$$n = \frac{197.256556}{2.882476}$$

$$n = 68.43$$

## Definición y operacionalización de variables

### Variable dependiente

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional.	Escala de Medición	Indicador
Calidad de Vida	El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de alguna afección o enfermedad,	Lo obtenido en resultado de encuesta CHAL	Cuantitativa Numérica En escala de razón	Puntuaciones: Muy buena calidad: 0-41 Buena calidad: 42-82 Regular calidad: 83-123 Mala calidad: 124-165

### Variables independientes

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional.	Escala de Medición	Indicador
Edad	Intervalo de tiempo desde la fecha de nacimiento a la fecha de atención médica.	Años cumplidos al momento de la consulta médica	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Sexo	Género fenotípicamente	Masculino/Femenino	Cualitativa Dicotómica	1.- Masculino 2.- Femenino
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado al momento del estudio.	Se evaluara revisando la historia clínica del expediente.	Cualitativa nominal	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria 4.- Licenciatura 5.- Ninguna
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil, en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	Se evaluara en el expediente los datos de historia clínica.	Cualitativa nominal	1.- Casado(a) 2.- Soltero(a) 3.- Viudo(a) 4.- Divorciado(a) 5.- Unión libre
Cifras de presión arterial	Medida que se toma con esfigmomanómetro valorada en milímetros de mercurio.	Medida establecida en el expediente clínico.	Cuantitativa Numérica En escala de razón	Bueno: <140/90 Regular: 140/90-160/95 Malo: >160/95
Índice de Masa Corporal	En la razón matemática que asocia la masa y talla del individuo. IMC: Peso/Talla <sup>2</sup>	Medida establecida en el expediente clínico.	Cuantitativa Numérica En escala de razón	1.- Normal 2.- Sobrepeso 3.- Obesidad I 4.- Obesidad II 5.- Obesidad III
Colesterol Total	Medida de concentración de colesterol total en sangre.	Medida establecida en el expediente clínico.	Cuantitativa Numérica En escala de razón	Cantidad de colesterol.
Sodio	Medida de concentración de sodio en sangre.	Medida establecida en el expediente clínico	Cuantitativa Numérica En escala de razón	Normalidad: 135-145 mEq/Litro
Tabaquismo activo.	Intoxicación aguda o crónica derivada del consumo de tabaco.	De acuerdo a la escala SCORE se considera una persona tiene tabaquismo activo si ha consumido tabaco de manera regular en el último año.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.	1. Sí. 2. No.
Consumo de Alcohol	Adicciones inducidas por abuso y consumo.	Se evalúa en valoración de expediente clínico.	Cualitativa nominal	1.- Si consume 2.- No consume

## **Criterios de Selección**

### **Criterios de Inclusión**

Se incluirán pacientes que padecen Hipertensión Arterial sin distinción de sexo ni edad que tengan conocimiento de lectura y escritura, y acudan a consulta médica en Unidad de Medicina Familiar número 50 Esqueda.

### **Criterios de exclusión**

Se excluirán pacientes de cualquier edad portadores de síndromes específicos: Hipertensión gestacional, Hipertensión transitoria del embarazo, Preeclampsia.

Se excluirán pacientes que no tengan conocimientos de escritura y lectura.

Se excluirán pacientes con enfermedades psiquiátricas.

Se excluirán paciente con patologías visuales.

### **Criterios de eliminación**

Cualquier cuestionario elaborado de forma incompleta o errónea.

## VIII. Descripción general del estudio

El presente estudio de investigación se realizó en la UMF 50 Esqueda, de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Seleccionando pacientes por muestreo no probabilístico por casos consecutivos.

Posterior a la autorización del proyecto por parte del Comité Local de Investigación y las autoridades correspondientes, se solicitó autorización a la Dirección de la Unidad de estudio para la revisión de expedientes.

Una vez obtenida la autorización, se procedió a la revisión del expediente clínico, en busca de las variables planteadas en el estudio. Las variables a estudiar fueron las siguientes: Edad, género, escolaridad, estado civil, presión arterial, colesterol total, índice de masa corporal, sodio, alcohol, tabaco.

Clasificamos grado de control de los pacientes que padecen Hipertensión arterial de acuerdo al Apéndice D de la Norma Oficial Mexicana, NOM-030-SSAA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de hipertensión arterial.

Además se valoró la calidad de vida de los pacientes con la enfermedad, mediante la utilización del cuestionario CHAL, que se desglosa en dos dimensiones: Estado de ánimo constituido por 36 ítems y Manifestaciones somáticas con 19 ítems. La respuesta a los ítems se obtiene mediante una escala 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). Se obtiene la puntuación para cada una de las dimensiones asignadas, Estado de ánimo de 0 a 108, Manifestaciones somáticas de 0 a 57; y la puntuación global es de 0 a 165. Considerando las puntuaciones de la siguiente forma: 0 a 41 muy buena calidad vida, 42 a 82 buena calidad de vida, 83 a 123 regular calidad de vida, y 124 a 165 mala calidad de vida.

El cuestionario se aplicó de manera directa y fue contestada por el derechohabiente, previa firma del consentimiento informado.

Los datos obtenidos se manejaron de forma confidencial, mismos que se vertieron a una hoja de recolección de datos para su análisis correspondiente.



## **Análisis estadístico**

Para el análisis de la información se realizó un análisis univariado describiendo las variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), para las variables cualitativas a través de frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado se realizó aplicando  $\chi^2$  (Chi cuadrado), según método de Pearson para variables categóricas.

Para evaluar la asociación entre los factores de riesgo, y la calidad de vida se utilizó la razón de momios de prevalencia (OR de prevalencia) con cálculo de intervalos de confianza al 95% (IC95%). Un valor de p igual o menor a 0.05 fue considerado como estadísticamente significativo. Para el análisis de la información se utilizaron los programas estadísticos STATA<sup>®</sup>, Excel y SPSS<sup>®</sup> versión 22.0 para Windows<sup>®</sup>. Los gráficos fueron realizados mediante el programa SPSS<sup>®</sup> versión 22.0 y Excel para Windows<sup>®</sup>.

## **IX. Aspectos éticos**

La investigación está desarrollada de acuerdo con las normas éticas, ya que se apega a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y con la declaración Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

La confidencialidad es la característica de la información por la que su acceso o difusión está reservado o restringido.

La investigación es considerada de bajo riesgo, esto debido a que se hará revisión de expedientes clínicos y realización de encuestas en pacientes, previamente contamos con consentimiento de la Dirección de la Unidad en estudio.

## **X. Recursos humanos**

Doctor Francisco Andrés Bush Barbosa

Doctora Sandra Lorena Ramírez Guevara

Doctor José Daniel Ortega Romero

Doctor Miguel Ángel Aguilera Arias

### **Recursos Físicos y Materiales**

Instalaciones de la UMF 50 Esqueda, Expedientes clínicos, Cuestionario CHAL

### **Recursos Financieros**

Los gastos financieros que se requieran durante la investigación serán financiados por parte del investigador, colaborador o tutor.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DESGLOSE PRESUPUESTAL PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



<b>Título del Protocolo de Investigación:</b>		
<u>Evaluación del grado de control y calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial en UMF 50 Esqueda</u>		
<b>Nombre del Investigador Responsable</b>		
<u>Bush</u>	<u>Barbosa</u>	<u>Francisco Andrés</u>
Apellido paterno	Materno	Nombre (s)

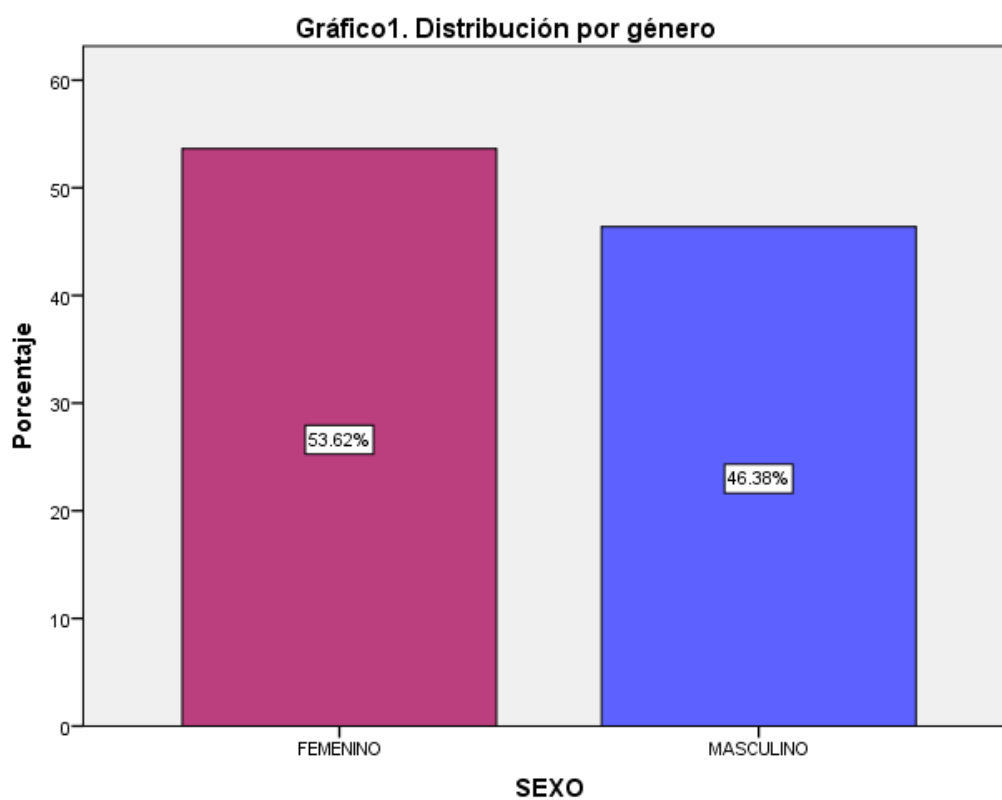
<b>Presupuesto por Tipo de Gasto</b>		
<b>Gasto de Inversión.</b>		
1	Equipo de laboratorio.	NA
2	Equipo de cómputo.	8,000.00
3	Herramientas y accesorios.	700.00
4	Obra civil. *	NA
5	Creación de nuevas áreas de investigación en el IMSS. *	NA
6	A los que haya lugar de acuerdo a los convenios específicos de financiamiento.*	NA
<b>Subtotal Gasto de Inversión</b>		8700.00
<b>Gasto Corriente</b>		
1	Artículos, materiales y útiles diversos.	1,800.00
2	Gastos de trabajo de campo.	NA
3	Difusión de los resultados de investigación.	NA
4	Pago por servicios externos.	NA
5	Honorarios por servicios profesionales.	NA
6	Viáticos, pasajes y gastos de transportación.	NA
7	Gastos de atención a profesores visitantes, técnicos o expertos visitantes.	NA
8	Compra de libros y suscripción a revista.	NA
9	Documentos y servicios de información.	NA
10	Registro de patentes y propiedad intelectual.	NA
11	Validación de concepto tecnológico.	NA
12	Animales para el desarrollo de protocolos de investigación.	NA
13	A los que haya lugar de acuerdo con los convenios específicos de financiamiento.*	NA
<b>Subtotal Gasto Corriente</b>		1,800 00
<b>TOTAL</b>		10,500.00

## XII. Cronograma de actividades

AÑO	SEMESTRE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	PRODUCTO ESPERADO
2017	Febrero	Capacitación sobre metodología de investigación.	Obtener la información necesaria para la elaboración de un protocolo de investigación.
	Marzo	Planteamiento del problema Realización de bibliografía Investigación del tema Construcción del marco teórico Justificación Objetivos Hipótesis Materiales y métodos	Seleccionar el tema de estudio basado en la formulación de la pregunta de investigación y las necesidades de ambos. Obtener un banco de referencias para la elaboración del protocolo Inicio de redacción de marco teórico.
	Abril	Revisión del proyecto por colaborador	Completar la elaboración del protocolo de acuerdo a guía IMSS.
	Mayo	Recursos humanos, físicos y financieros.	Obtener el protocolo completo
		Cronograma de actividades	Concluir el protocolo de investigación.
		Revisión con colaborador.	Terminar el protocolo de investigación.
	Septiembre	Registro ante SIRELCIS	Registro ante SIRELCIS
	Octubre	Espera de resultados para continuar con el proyecto.	Obtener respuesta favorable del CLIES. Autorización protocolo de investigación y respuesta puntual de revisores del CLIEIS.
	Octubre	Realizar modificaciones de protocolo de investigación.	Realizar modificaciones de protocolo de investigación.
2018	Marzo – Abril	Valoración de expedientes y realización de encuestas.	Obtener respuesta favorable del CLIES.
2019	Marzo – Junio	Redacción de Tesis	Culminación de proyecto de investigación.

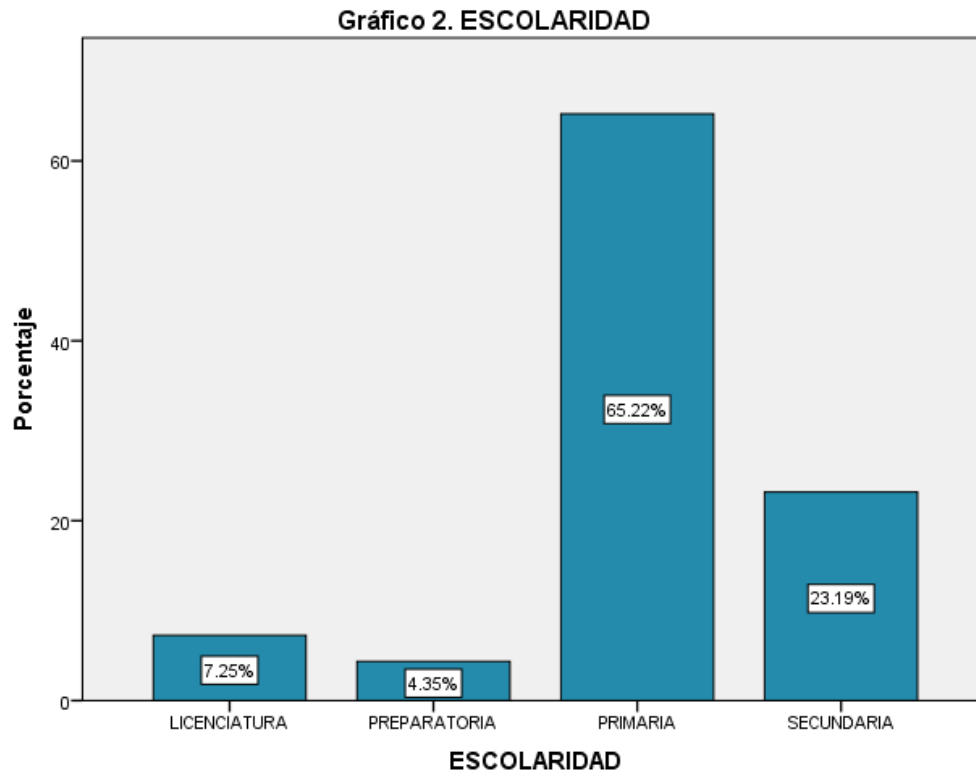
## XII.-RESULTADOS.

Se encuestaron un total de 69 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), con una edad promedio de  $54.1 \pm 11.8$  años.



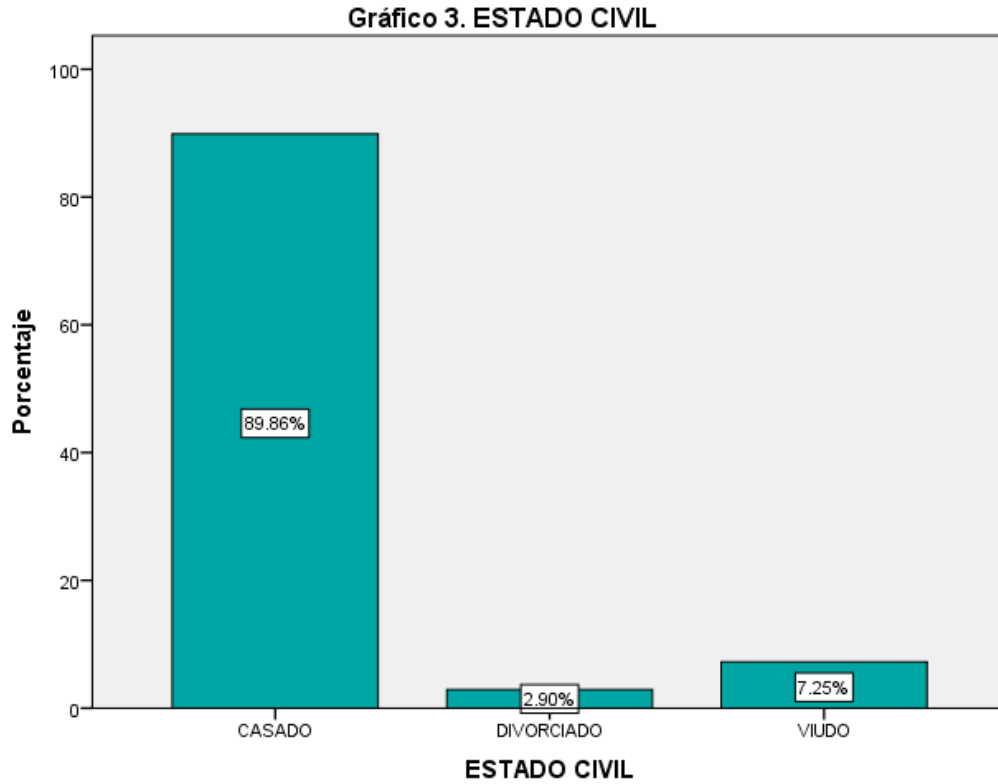
**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019.

De un total de 69 pacientes con HAS, observamos que el 53.6% fueron del sexo femenino y 46.38% del masculino.



**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

La distribución según el grado de escolaridad, encontramos que nivel primaria tenían un 65.22%, secundaria 23.19%, preparatoria 4.35% y licenciatura 7.25%, notamos que más de la mitad de los encuestados solo cuenta con educación básica.

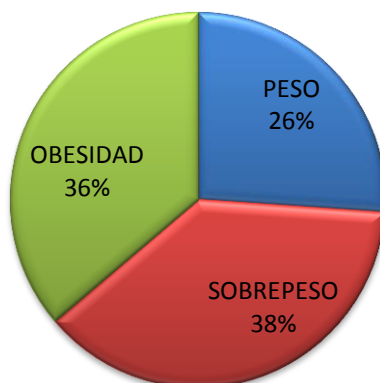


**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019.

Con respecto al estado civil observamos que la gran mayoría se encuentran casados con un 89.86%, viudo 7.25% y divorciado 2.90%.

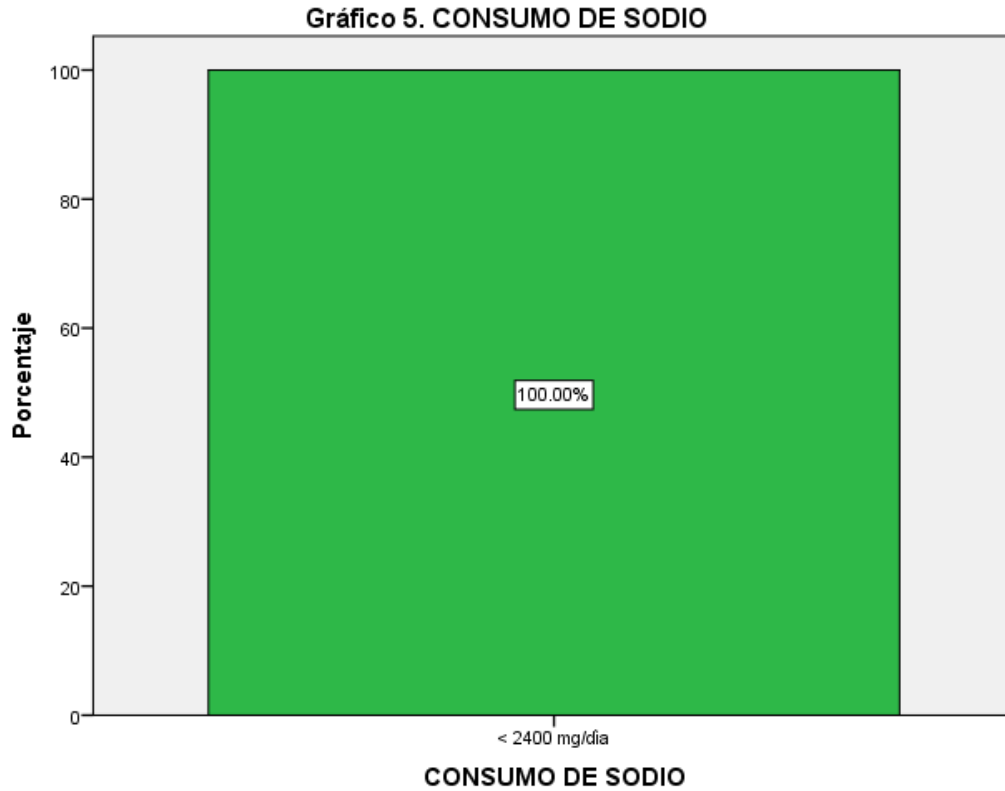


#### Gráfico 4. Clasificación IMC



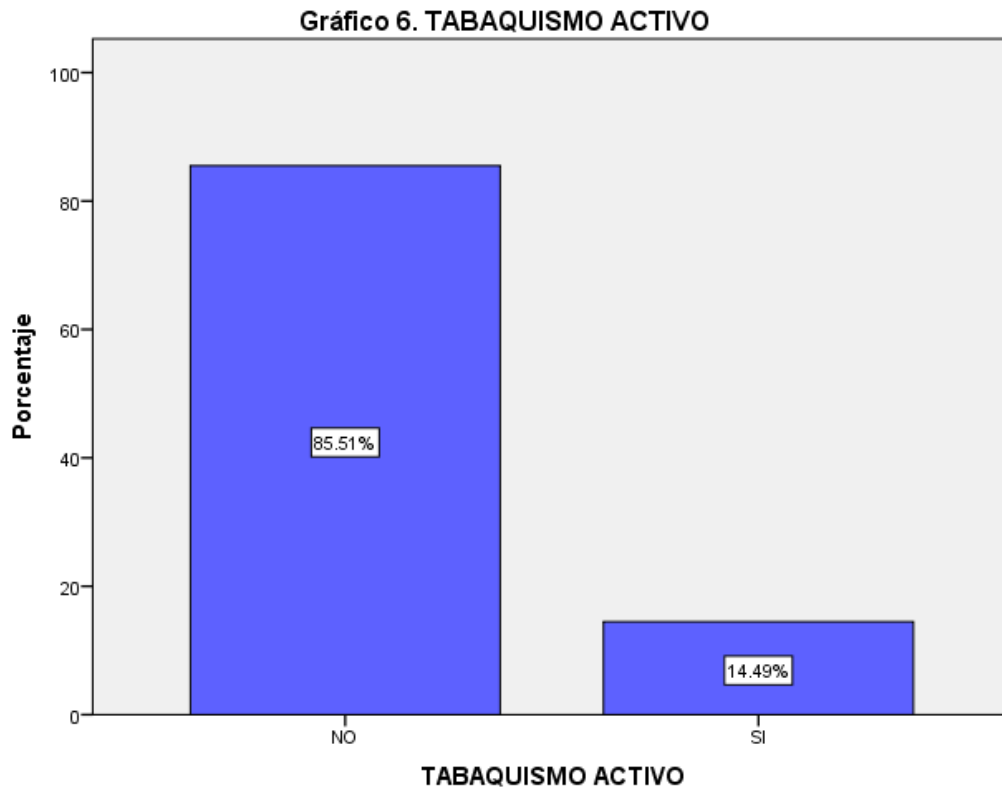
**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

Se obtuvo un IMC en promedio de  $27.79 \pm 3.86$ , el cual se distribuye de la siguiente manera: Peso ideal 26%, Sobrepeso 38% y Obesidad 36%. Conforme lo establece la OMS, se consideró que había sobrepeso si el IMC se encontraba entre 25.1 y 30 kg/m<sup>2</sup> y obesidad si era mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>.



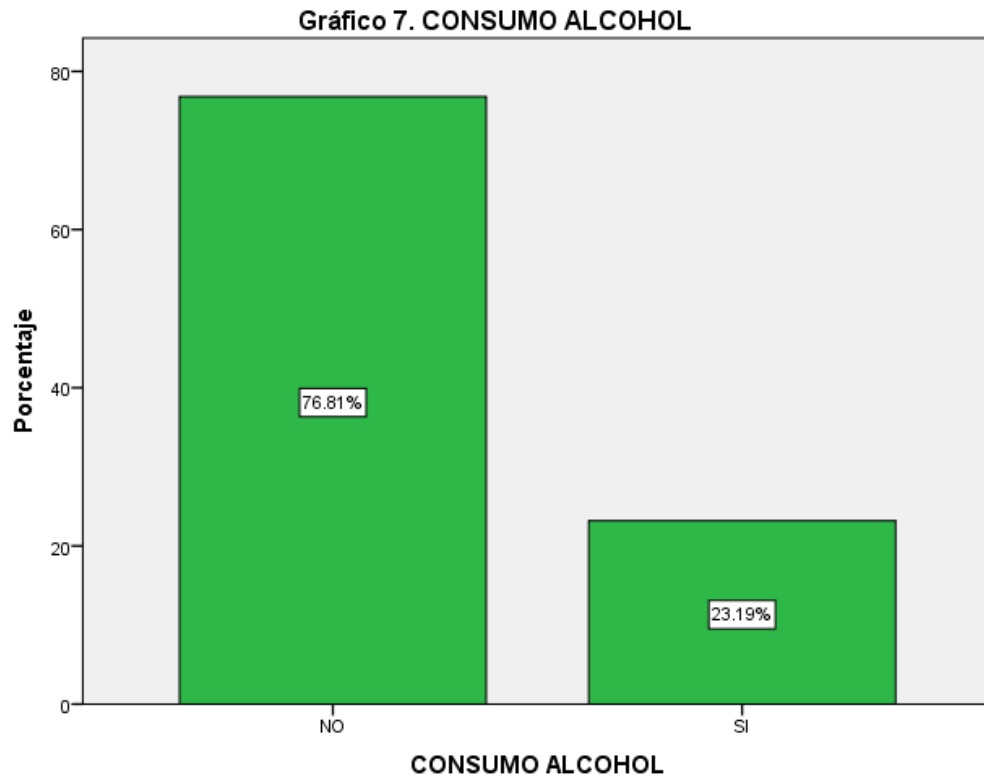
**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

Se encuestó a los 69 participantes sobre el consumo de sodio, el cual se calculó y se obtuvo que el 100% de los encuestados tiene una dieta de <2400mg de sodio al día.



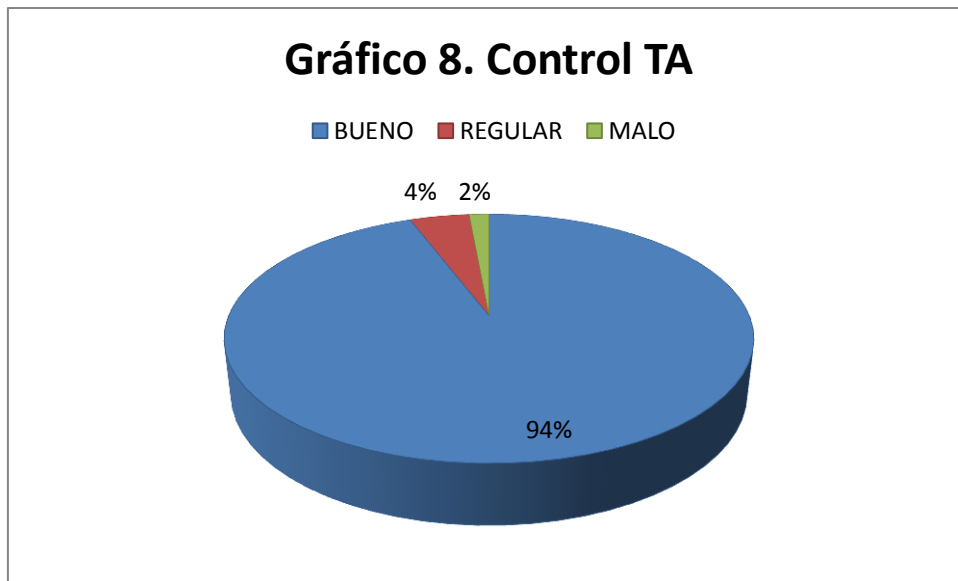
**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

Acerca de tabaquismo el 85.51% respondió que no fuma y un 14.49% que si fuma.



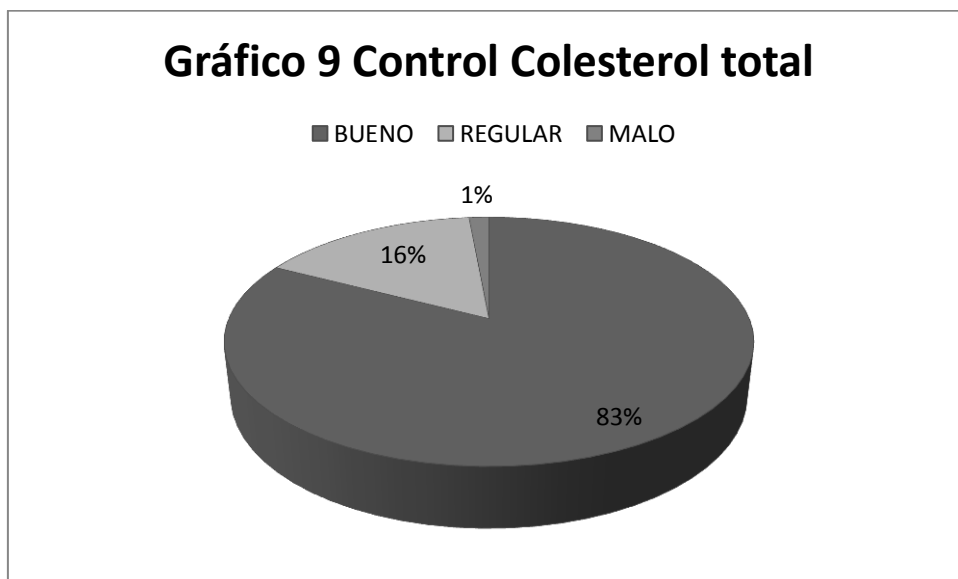
**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

De igual forma, acerca del consumo de alcohol el 76.81% respondió que no consume alcohol y un 23.19% que si lo consume.



**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

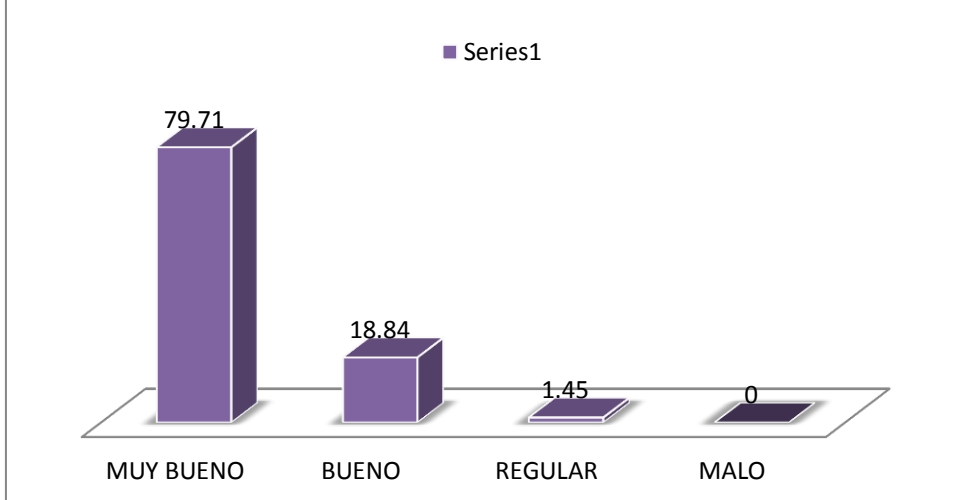
Con las cifras obtenidas de tensión arterial obtuvimos una media de: TAS 120.3 mm/Hg  $\pm$  5.2 y TAD 76.8  $\pm$ 4.3 mm/Hg, el cual se clasificó de acuerdo a su control en 94% buen control, 4% control regular y 2% mal control.



**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

Con las cifras obtenidas de Colesterol total obtuvimos un promedio de 164.14 mg  $\pm$  37.37, el cual se clasificó de acuerdo a su control en 83% buen control 16%, control regular y 1% mal control.

## Gráfico 10. Encuesta CHAL

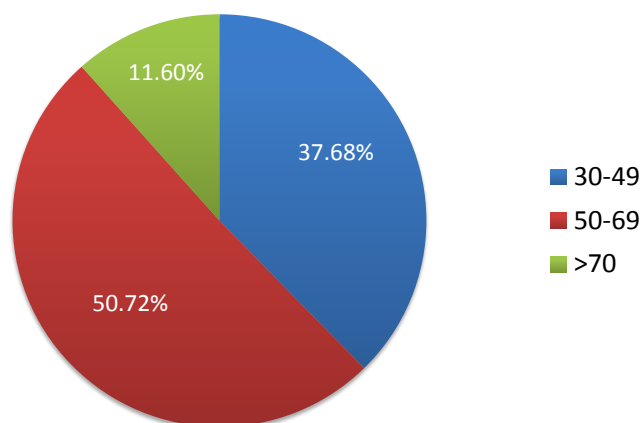


**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

Con los resultados de la encuesta CHAL, que mide calidad de vida obtuvimos un puntaje promedio de  $25.53 \pm 19.79$  puntos, los cuales se distribuyen de la siguiente forma: 79.71% muy bueno, 18.84% bueno, 1.45% regular y nadie contestó un mala calidad de vida.

## Gráfico 11. Distribución por grupos de edad

Porcentajes por Edad



**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019.

Del total de encuestas realizadas a 69 pacientes que padecen Hipertensión arterial derechohabientes de Unidad de Medicina Familiar Número 50, el 39.68% son pacientes de 30 a 49 años, 50.72% de 50 a 69 años, y el 11.60% mayores de 70 años.

Del total de los pacientes encuestados, la media fue de 54.14, la mediana de 52, y con valor trimodal: 48, 51 y 52.

Para el análisis bivariado se calculó el OR de prevalencia, para obtener los factores de riesgo para una regular calidad de vida. Para la variable escolaridad se dividió en escolaridad básica (primaria y secundaria) y avanzada (preparatoria y licenciatura), Estado civil en con pareja y sin pareja, IMC se dividió en normal (peso ideal) y obesidad (sobrepeso y obesidad).

Tabla 1. Análisis Bivariado					
VARIABLE		Calidad de Vida		OR	pValor
		Mala	Buena		
Escolaridad	Básica	0	61	1.14	0.005
	Avanzado	1	7		
Edo. Civil	Sin Pareja	1	6	1.85	0.003
	Con Pareja	0	62		
IMC	Obesidad	1	50	1.98	0.55
	Ideal	0	18		
Colesterol Control	Malo	0	12	1.01	0.68
	Bueno	1	56		
SEXO	FEMENINO	1	36	0.97	0.34
	MASCULINO	0	32		
TA CONTROL	MALO	0	6	1.01	0.75
	BUENO	1	62		
TABAQUISMO ACTIVO	SI	0	10	1.87	0.67
	NO	1	58		
CONSUMO ALCOHOL	SI	0	16	1.98	0.58
	NO	1	52		

**Fuente:** Encuesta realizada con aplicación de la Encuesta CHAL en la Unidad de Medicina Familiar 50 Esqueda, Sonora 2019

En la **tabla 1** se muestran los resultados del análisis bivariado calculando OR de prevalencia, donde se observa como significativos por valor de  $p < 0.05$ : escolaridad básica OR 1.14  $p < 0.005$  y Estado civil sin pareja OR 1.85  $p < 0.003$ , los demás resultados no son significativos ya que el valor de p es mayor a 0.05. Lo anterior, se traduce a que un paciente con escolaridad baja tiene un 14% más de riesgo de tener una mala calidad de vida y un paciente sin pareja tiene un 85% más de riesgo de tener una mala calidad de vida.



### XIII.-DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos observar que el 94% de los pacientes con hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar No. 50 se encuentran en buen control de su tensión arterial, datos que se encuentran por arriba de lo observado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 <sup>15</sup>, donde un 49% de control en la zona norte, también es de notar que la mayor población fue del género femenino, lo cual según la literatura mundial, estima que el género masculino está más predispuesto al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, principalmente Cardiopatía isquémica e Hipertensión arterial sistémica. <sup>11</sup>

Con respecto a la calidad de vida observamos que el 79.7% de los pacientes con hipertensión arterial tienen una muy buena calidad de vida, estos resultados son semejantes a los obtenidos en la ciudad de México con un 80%.

19

Como factores de riesgo para una mala calidad de vida encontramos, escolaridad básica y un estado civil sin pareja, existen múltiples factores que intervienen en la calidad de vida de un paciente. La buena Calidad de vida ayuda a conservar mejor la función social, el rol emocional y sufrir menos depresión, ansiedad y dolor. También se ve menos afectada la habilidad para desarrollar las actividades de la vida cotidiana. Es indispensable enfatizar que la HAS es una enfermedad grave, más aún, cuando se asocia a otras enfermedades; esto implica cierto tipo de problemas secundario a los efectos de los tratamientos farmacológicos utilizados, y disminuye la CV de los pacientes que viven con HAS. Estos resultados se traducen a que un mayor grado de escolaridad implica un mayor nivel socio cultural y adquisitivo, y como ser social que es el ser humano este requiere siempre de estar en compañía, se ha observado el importante rol de la familia en las enfermedades crónico degenerativas. <sup>10, 12, 20</sup>

#### **XIV.-CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran un control en los pacientes con Hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar No 50 Esqueda Sonora del 94%, con una calidad de vida muy buena en el 79.7%.

Se asoció con una peor calidad de vida el tener una escolaridad básica (primaria y secundaria) y un estado civil sin pareja (viudo y divorciado).

Los resultados del presente estudio mostraron que el nivel de CV de los pacientes con HAS es muy buena 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 para auto cuidarse.

## XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Guía de Práctica Médica. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP\\_\\_HipertArterial1NA/HIPERTENSION\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf)
- 2.- Organización Panamericana de Salud. Hipertensión Arterial Parte II Guía de diagnóstico y manejo; 2002. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia20.pdf>
- 3.- Castro-Serna D, Vargas-Ayala G. Guías Europeas de Hipertensión 2013, Avances de JNC 8. [En línea]. 2014; (1). Disponible en: [file:///C:/Users/PC02/Downloads/art.revision\\_guias\\_europeas%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/PC02/Downloads/art.revision_guias_europeas%20(3).pdf)
- 4.- Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Principios de Medicina Interna Harrison. [En línea]. 18va Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana editores; 2012. Disponible en: <http://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=865&sectionid=68954974>
- 5.- Norma Oficial Mexicana. Para la prevención, tratamiento y control de hipertensión arterial. NOM-030-SSAA2-1999. Diario oficial de la federación. (22 de Septiembre de 1999). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>

6.- Stephen JM, Maxine AP. Diagnóstico Clínico y Tratamiento Lange. 50va Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana editores; 2012.

7.- Sellén J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria; 2007. Disponible en: <http://files.sld.cu/hta/files/2009/12/libro-de-sellen-hipertension-arterial.pdf>

8.- Wagner-Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial. [En línea]. 2010; 71(4) An Facmed 2010; 71 (4) [225-9]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a03v71n4.pdf>

9. -Weschenfelder-Magrini, D, Gue-Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Artículo de revisión. [En línea]. 2012; [343-353]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022)

10.-James P, Oparil S, Carter B, Cushman CW, Dennison-Himmelfarb C, Handler J. Et. JNC 8 2014, Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica en adultos. [En línea]. 2014; 311(5) [507-520]. Disponible en: <http://www.consejomedicolp.org.ar/wp-content/uploads/2013/07/JNC-8-2014.pdf>

11.- Huerta-Robles B. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. [En línea]. 2001; (71) [2008-210]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>

12.-Estela-Fernández B, Molina-Cuevas V, Cavazos-Milanés MA, Larrañaga-Goycochea BE. Hipertensión arterial; Guía para pacientes. [En línea]. 2011; (2).

Disponible en:  
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaPacientesHTA.pdf>

13.- Telma Caballero-Sánchez, T.Quintero-Dip MM, González-Lora MV, Medina-Lora Y. Control de la hipertensión arterial esencial con auriculoterapia en trabajadores de la Empresa de proyecto de ingeniería y arquitectura No. 15 MEDISAN. [En línea]. 2012; (16)[558-564]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400010)

14.- Nobre F, Beltrame-Ribeiro A, Décio-Mion J. Control de la Presión Arterial en pacientes bajo tratamiento antihipertensivo en Brasil. [En línea]. 2009; 94(5) [645-652]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/es\\_aop03110.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/es_aop03110.pdf)

15.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Evidencia para la Política Publica en Salud. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. 2012. [En línea]. México. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>

16.- Cuevas-Fernández FJ. Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes. [En línea]. México: Universidad de la Laguna; 2004. Disponible en: <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccppytec/cp197.pdf>

17.- Hornquist JO: The concept of Quality of Life. Scand J Soc Med 1982; 10:57.

18.- Calman KC: Definitions and Dimensions of quality of life. En N.K. Aaronson y J.H. Beckman (Eds). The Quality of Life of Cancer Patients. Raven Press, N.Y.1998.

19.-Gómez Gómez MR; García-Reza C; Gómez-Martínez V; Mondragón-Sánchez PB. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. 2011; (19) [7-12]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111b.pdf>.

20.- Melchiors AC; Januario Correr C; Pontarolo R; Souza Santos F, Paula RA. Calidad de vida en pacientes hipertensos y validez competitiva del Minichal-Brasil. 2009; (3) [343-349]. Disponible en: <http://www.arquivosonline.com.br/espanol/2010/9403/pdf/e9403013.pdf>.

21.- Vinaccia S; Quiceno JM; Gómez A; Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. 2007; (3) [203-211]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67930202.pdf>.

22.- Ortunio M; Guevara H; Cardozo R. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. 2011; [45-50]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=13169688&AN=88420677&h=fzEK09R67A%2b359sBnyWKxAJ4JR60lkhFTDkeHtINym9H1LYRcsExi9LNDkqeDIIILK5QaILTLx%2blbGHF6AhvdQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d13169688%26AN%3d88420677>.

## XVI. Anexos      Anexo 1



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:	Evaluación del grado de control y calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial en UMF 50 Esqueda.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Esqueda, Sonora, 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el grado de control y calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial de Unidad Medicina Familiar 50 Esqueda.
Procedimientos:	Se realizará cuestionario CHAL para evaluar calidad de vida.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el control de su enfermedad y mejorar su calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	Se respetaran ambos principios
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<b>Doctor Francisco Andrés Bush Barbosa. Matrícula 98271858. Médico General, adscrito a Unidad de Medicina Familiar número 50, Esqueda, Sonora. Teléfono celular: 6441039239, correo <a href="mailto:hittler_andy10@hotmail.com">hittler_andy10@hotmail.com</a></b>
Colaboradores:	<b>Doctor José Daniel Ortega Romero, Matrícula 11441793. Médico Familiar adscrito a HGSZ No. 120, Agua Prieta, Sonora. Teléfono celular: 6331021225, correo <a href="mailto:danielortega06@hotmail.com">danielortega06@hotmail.com</a> Dra. Sandra Lorena Ramírez Guevara, Matrícula: 99271822, Médico Familiar, adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 5, Nogales, Sonora. Domicilio: calle Obregón y Escobedo núm. 756 Col. Centro, Teléfono: 6621336706, Correo: <a href="mailto:diksand@hotmai.com">diksand@hotmai.com</a></b>
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

## Anexo 2

Apéndice Normativo D.

Metas mínimas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control.

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
P.A. mm de Hg	<140/90	140/90-160/95	>160/95
Colesterol total (mg/dl)	<200	200-239	≥240
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	<25	25-27	>27
Sodio	<2400 mg/día		
Alcohol	≤30 ml/día		
Tabaco	Evitar este hábito		





**Evaluación de grado de control y calidad de vida de pacientes con  
Hipertensión Arterial en UMF 50 Esqueda, Sonora.**

**Anexo 3**

ENCUESTA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

Questionario de evaluación de calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial (CHAL)

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta, revise todas las opciones y seleccione la respuesta que considere que se asemeja a su sentir.

1. Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
2. Ha tenido sueños que le asustan o son desagradables?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
3. Ha pasado noches inquietas o intranquilas ?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
4. Se despierta y es incapaz de volverse a dormir ?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
5. Se despierta cansado?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
6. Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
7. Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
8. Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar) ?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
9. Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
10. Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho
11. Se ha sentido insatisfecho con sus relaciones personales?  
0 \_\_\_ No en absoluto  
1 \_\_\_ Si algo  
2 \_\_\_ Si bastante  
3 \_\_\_ Si mucho

12. Le ha resultado difícil entenderse con la gente ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
13. Siente que no está jugando un papel útil en la vida?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
14. Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
15. Se ha notado constantemente agobiado y en tensión ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
16. Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
17. Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
18. Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
19. Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
20. Se ha sentido poco feliz y deprimido ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
21. Ha perdido la confianza en usted mismo y creé que no vale nada ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
22. Ve su futuro con poca esperanza ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
23. Ha tenido sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
24. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
25. Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
26. Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
27. Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho

28. Se ha sentido agotado y sin fuerzas ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
29. Ha tenido la sensación de que está enfermo ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
30. Ha notado flojedad en las piernas ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
31. Creé que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
32. Ha padecido pesadez o dolor de cabeza ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
33. Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le vá ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
34. Le cuesta concentrarse en lo que hace ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
35. Ha sufrido visión borrosa ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
36. Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante
37. Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
38. Ha padecido sofocos ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
39. Se le han hinchado los tobillos ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
40. Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarreas) ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
41. Nota que ha tenido que orinar más a menudo ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
42. Ha notado tos irritante o picor en la garganta ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
43. Ha notado sequedad de boca ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
44. Ha notado que la nariz se le tapa a menudo ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
45. Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos ?

- 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
46. Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
47. Se le han puesto los dedos blancos con el frío ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
48. Ha disminuido su apetito ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
49. Ha aumentado de peso ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
50. Ha notado palpitaciones frecuentemente ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
51. Ha tenido dolor de cabeza ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
52. Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
53. Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc. ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
54. Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho
55. Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual ?  
 0 \_\_\_ No en absoluto  
 1 \_\_\_ Si algo  
 2 \_\_\_ Si bastante  
 3 \_\_\_ Si mucho

#### Anexo 4: Tabla de Recolección de Datos

### Evaluación de grado de control y calidad de vida de pacientes con Hipertensión Arterial en UMF 50 Esqueda, Sonora.



FOLIO	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	Apéndice D Hipertensión arterial NOM-030-SSAA2- 1999	Instrumento de evaluación Cuestionario CHAL
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Anexo 5

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 50  
ESQUEDA, SONORA**

Esqueda, Sonora a Viernes 30 de Junio del 2017

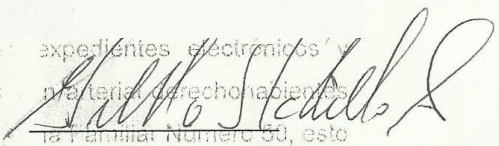
DR. GILBERTO CASTILLO SALAZAR  
DIRECTORA UMF50  
PRESENTE:

Por medio de la presente se solicita de su conocimiento para la realización de estudio de investigación mediante la revisión de expedientes clínicos y realización de cuestionario a pacientes con hipertensión arterial derechohabientes que acuden a consulta médica en la Unidad de Medicina Familiar número 50, esto con la finalidad de recopilar información para el protocolo de investigación que se titula: Evaluación del grado de control y calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial en UMF 50-Esqueda, Sonora.

Sin más que agregar por el momento, me despido de usted con un cordial saludo.



**Dr. Francisco Andrés Bush Barbosa**  
**Alumno de Primer Grado**  
**Medicina Familiar**



... expedientes electrónicos y  
... hipertensión arterial derechohabientes  
... de Medicina Familiar Número 50, esto  
... el protocolo de investigación que se  
... pacientes con hipertensión arterial en  
... da Sección de Medicina Familiar, periodo 2015 a 2016.

**Dr. Gilberto Castillo Salazar**  
**Directora UMF 50, Esqueda, Sonora**

... pido de usted con un cordial saludo.

... INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
... AUTORIZA  
... NÚMERO 50  
... expedientes electrónicos y  
... hipertensión arterial derechohabientes