



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDINA FAMILIAR NO. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TEMA

**“CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL DEL
H.G.Z. M.F. No. 1 DE PACHUCA HIDALGO”**

**QUE PRESENTA LA DRA. ANTONIA VERA SERNA
MÉDICO CIRUJANO**

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

**DR. ARMANDO SÀNCHEZ MORENO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2007-2010**

**POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO**

C. D. JOSÈ LUIS ANTÒN DE LA CONCHA.
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U. A. E. H.

DRA. GRACIELA NAVA CHAPA.
JEFA DEL AREA ACADÉMICA DE
MEDICINA DEL I. C. Sa.

DRA. ANGELINA FRANCO SUÀREZ.
RESPONSABLE DE POSGRADO DEL ÁREA
ACADÉMICA DE MEDICINA DEL I.C.Sa.

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCON
CATEDRÁTICO TITULAR EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN DEL ÁREA ACADÉMICA
DE MEDICINA DEL I.C.Sa.

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR N° 1, PACHUCA
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DR. JOSÈ GUILLERMO BAUTISTA TENA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD

DR. LUIS FIDEL LÒPEZ DEL CASTILLO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.M.S.S.

DR A. SANDRA AIDEE BACA RODRÌGUEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HGZMF N° 1, IMSS

DR. ARMANDO SÀNCHEZ MORENO.
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA
DE MEDICINA FAMILIAR, DEL I.M.S.S.

DRA. MARIA ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ.
MEDICO FAMILIAR, DEL HGZMF N° 1, IMSS
ASESOR DE TESIS

Agradecimientos.

A Dios por permitirme realizar un objetivo más en mi vida, en el que soy un instrumento de él y me guía para mejorar mis servicios.

A mi esposo Luis Enrique por su apoyo incondicional, por que sin él no habría emprendido este camino que me llena de tanta satisfacción.

A mis padres Margarito y Lucia, que me dieron los valores necesarios para realizar en lo posible mis sueños.

A mis Hermanos Pedro y Elizabeth por que día a día me estimularon para no rendirme.

A mis suegros por su apoyo en todo momento a nuestra familia, así como su confianza en nosotros.

Dios Bendiga los Hogares que apoyaron para que los sueños se vuelvan una realidad.

1. Resumen.....	6
2. Marco Teórico.....	7
3. Justificación.....	11
4. Planteamiento del problema.....	12
5. Objetivos.....	12
6. Hipótesis de trabajo.....	12
7. Universo de estudio.....	12
8. Material y Métodos.....	12
9. Análisis Estadístico	15
10. Resultados	16
11. Discusión.....	20
12. Conclusión.....	21
13. Referencias bibliográficas.....	22
14. Anexos.....	23

RESUMEN.

TITULO: Calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial del H.G.Z. M.F. No. 1 de Pachuca Hidalgo.

ANTECEDENTES: La hipertensión arterial sistémica (HTA), es una enfermedad crónica que afecta a más de 600 millones de personas en el mundo, se coloca como un problema de salud pública en nuestro país, con una prevalencia de 30%. Los pacientes con HTA tienen afectación en su comportamiento desde el momento que se les informa que son hipertensos, mostrando deterioro en el área física, mental, emocional y actividad cotidiana. Desafortunadamente solo 5% de los pacientes solicitan atención médica ante el mal control de la presión y el resto es evaluado cuando presentan sintomatología vasculo espasmódica, situaciones que afecta de forma importante la calidad de vida (CV) del individuo. Cuando el paciente experimenta descontrol de la presión arterial, no le permite llevar una vida normal y puede favorecer el desarrollo de cierta discapacidad en su vida cotidiana que repercute en una mala CV.

OBJETIVO. Identificar la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial del H.G.Z. M.F. no. 1 de Pachuca Hidalgo.

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio, transversal, descriptivo y observacional, en el periodo de julio agosto del 2008, en el H.G.Z.M.F. No 1 de Pachuca Hidalgo, a los pacientes con diagnóstico de HTA, que reunieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, se llevo a efecto en la consulta externa de medicina familiar, el cuestionario específico autoadministrado MINICHAL, que consta de 16 ítems y mide la CV en pacientes con HTA. Dicho instrumento mide el estado de ánimo y manifestaciones somáticas en los últimos 7 días de su vida. El cuestionario fue aplicado por el tesista, se eliminaron los cuestionarios con respuestas incompletas o doble respuesta serán eliminados.

RESULTADOS.

En el estudio realizado en el HGZ MF No.1 con 179 pacientes, se encuentra que el 93% de la población de estudio presentó mala calidad de vida, al demostrar que 168 pacientes se reportan con mala calidad de vida y once con buena calidad de vida, predominando la edad en mayores de 45 años, del sexo femenino, con un tiempo de evolución menor de 5 años tienen peor calidad de vida que aquellos que cursan con mas de 16 años de evolución; sin embargo el control de la presión arterial no influye en tener una mejor calidad de vida, debido a que predominan con mala calidad de vida los pacientes en las dos modalidades tanto como al encontrarse con buen control y mal control de la presión arterial. Con lo que se identifica que la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial del HGZ MF No. 1 tienen mala calidad de vida, independientemente del control de la presión arterial y que en definitiva se demuestra en este estudio que lo favorece que sean del sexo femenino, poco tiempo de evolución de la enfermedad, mayores de 45 años de edad.

ANALISIS ESTADISTICO. Se realizara un análisis univariado y los resultados serán procesados usando el programa estadístico SPSS 12, para Windows, analizando las variables del estudio. Se utilizará estadística descriptiva, medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar y varianza).

MARCO TEORICO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido desde 1962 a la (HTA), como la elevación sostenida de la presión sanguínea por arriba de 160/95 Mm. de Hg., así mismo ha considerado normotensión cuando estas cifras están por debajo de 140/90 milímetros de mercurio (Mm. de Hg.) (1)

Según la Guía internacional del tratamiento del paciente con HTA, del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión Arterial (JNC VII) establecieron la siguiente clasificación: (2)

Tabla 1. Clasificación de la HTA

CLASIFICACION DE LA PRESION ARTERIAL	SISTOLICA	DIASTOLICA
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Prehipertensión	120-139 mmHg	80 -89 mmHg
HTA : estadio 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
HTA: estadio 2	160 mmHg	100 mmHg

La HTA constituye la primera causa de mortalidad en la población adulta y esta considerada entre las principales enfermedades con mayor problema en salud pública. En un estudio nacional realizado en el estado de Hidalgo en adultos la prevalencia de HTA en el año 2000 fue de 32%. (3). En el Instituto Nacional de Cardiología en México realizado en 2003, la prevalencia de HTA encontrada prácticamente fue similar con 30 % en mujeres mayores de 20 años de edad y en hombres con más de 35 años. (4) A diferencia de otros países europeos donde la HTA alcanza una prevalencia de 40% en sujetos mayores de 40 años (6), en Argentina y México se sigue ubicando alrededor de 29% en población mayor de 45 años. (5, 6, 7)

Una vez que se diagnostica HTA es necesario llevar a cabo un control adecuado de la tensión arterial, con el propósito de evitar complicaciones que conlleven a discapacidades definitivas o temporales por la presencia de manifestaciones que le impiden la realización de actividades de su vida cotidiana y laboral.

Estudios extranjeros han señalado un mejor control de las cifras HTA en EE.UU. y Canadá en comparación con países europeos. (6) En 2003 en un estudio relacionado acerca del buen o mal control de la HTA, reportaron 20% de sujetos con prehipertensión, 38% estuvieron bien controlados y el resto de pacientes al no conseguirse su seguimiento médico fueron considerados como no controlados. (7)

El descontrol en la presión arterial tiene una gran relevancia en individuos hipertensos, debido a que cada vez es mayor el número de pacientes que por un inadecuado control en sus cifras tensionales, sufren de una mala calidad de vida (CV), por la presentación de enfermedades cardiovasculares, con riesgo a desencadenar secuelas que limiten las actividades cotidianas de las personas. (8)

La mortalidad en la HTA es seis veces mayor que la ocasionada por otras enfermedades y ocupa el primer lugar nacional como causa de muerte en la mujer por enfermedades cardiovasculares (8)

La elevada mortalidad causada por las enfermedades cardiovasculares asociadas a un mal control en las cifras de la presión arterial en los pacientes hipertensos, da por resultado que no vivan su vida con la misma intensidad, al cursar con alteraciones en las funciones sensoriales, perceptivas, cognoscitivas y psicomotoras, lo que origina se afecte su calidad de vida. (9, 10).

Se ha demostrado que los pacientes hipertensos no controlados, cursan con estrés que lleva a mayor HTA lo que favorece negativamente el descontrol y es acompañado de ansiedad y temor; situación que modifica su forma de vivir y provoca ajustes no sanos, que le llevan finalmente a un deterioro psicológico. Este tipo de crisis no es sana ni patológica, simplemente constituye un punto de inflexión en la calidad de vida de una persona, que le causa daño físico, mental y emocional. (11)

Al etiquetarse como hipertenso a un paciente previamente conocido como sano, la calidad de vida del paciente comienza disminuir, cambia la forma en que la persona se ve así misma modificando su auto concepto, esto se demuestra en los pacientes con HTA donde la calidad de vida es directamente proporcional al grado de elevación de las cifras tensionales y de su asociación con otras enfermedades concomitantes. (12,13)

En Philadelphia al estudiar a los pacientes con HTA en comparación con personas sanas, se encontró un deterioro significativamente alto de la CV en los pacientes con HTA (14), al ocasionar un incremento en los días de incapacidad, favorece el ausentismo laboral y provoca deterioro en la satisfacción marital catalogándose el mismo paciente como un individuo con deterioro y limitación de su capacidad personal, de independencia y en su actividad física. (15)

Fueron los estadounidenses los que hicieron referencia por primera vez al término de calidad de vida, empleándolo como un concepto similar al de nivel de vida, Se define la calidad de vida (CV), como la percepción global que el sujeto tiene de su vida, bienestar corporal, estado mental el bienestar físico, mental, social, felicidad, satisfacción y las limitaciones en la actividad física del propio paciente que le incluyen la forma como percibe su vida el propio individuo. (16,11)

La CV tiene componentes objetivos (que son las condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (basados en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad) que se relacionan con la salud, aspecto determinante que repercute en el resto de elementos y valores de la CV total. (11)

Desde el punto de vista subjetivo, la CV relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en el que se encuentra en un momento dado el individuo y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración) y sociales (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad).(11) Con esto se logra demostrar que la HTA esta relacionada con una mala calidad de vida.(17)

Entre las investigaciones realizadas sobre CV en los pacientes con hipertensión arterial leve, encontraron una mala calidad de vida al cursar con alteraciones en sus relaciones interpersonales y por la falta de apego en el tratamiento. (11)

En el IMSS de la delegación Puebla, efectuaron un estudio acerca de la relación que existe, entre los factores clínicos y psicosociales con la percepción de calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares como la HTA. Identificaron una mala calidad de vida en mujeres, a diferencia de los hombres; mejorando la CV en los que viven en pareja o con apoyo social, sugiriendo que la CV depende de la forma en los pacientes viven la enfermedad, mas que las características propias del padecimiento. (18)

Dentro de los instrumentos para medir la calidad de vida se han clasificado en generales y específicos. A continuación se mencionan los siguientes específicos para la HTA:

1. La escala análoga visual "índice de cambio en la calidad de vida", es fácil de entender por el paciente, consta de siete reactivos que exploran las áreas física, mental, de actividad cotidiana, emocional y de convivencia. Y se complementa con un reactivo en relación al funcionamiento sexual en los pacientes con HTA, se califica del 0 al 10 por cada ítem, 0 indica máximo compromiso con la patología para mejorar su calidad de vida y de 10 indica que no tiene compromiso para mejorar su calidad de vida, con una sensibilidad del 95%, especificidad y valor predictivo positivo del 85%. (19)

2. Cuestionario de Calidad de Vida en hipertensión arterial (CHAL), instrumento validado en España, consta de 55 ítems, el tiempo para contestar el cuestionario es de 30 minutos. Es el primer cuestionario específico para el grupo de pacientes con hipertensión arterial, hecho en España. Evalúa y determina la relación que existe entre la calidad de vida y sus variables clínicas. Los resultados se califican en escala del 0 a 100, se establece que 0 indica mejor calidad de vida y 100 determina peor calidad de vida. En los pacientes con mucho tiempo de evolución se espera que tengan peor calidad de vida, que los pacientes con controles que presenten menor tiempo de evolución, es específico, con una sensibilidad de 95% y un valor predictivo positivo del 80%, ampliamente validado. (20)

3. El MINICHAL, es el instrumento que vamos a ocupar en este estudio, descrito como una versión reducida del CHAL, es autoaplicable, entendible por el paciente, se realiza en 10 minutos, factible, válido, fiable y sensible, por lo que los hace ideal para los objetivos de este estudio, consta de 16 ítems, 10 ítems miden el estado de ánimo y 6 ítems miden las manifestaciones somáticas. Las preguntas son en referencia a como ha estado en los últimos 7 días de su vida con 4 posibles opciones de respuesta. El rango de medición va de cero (indicador de mejor calidad de vida) y treinta (indicador de peor calidad de vida), es un instrumento específico con una sensibilidad del 95% y un valor predictivo positivo del 87%. (21)

Desde el inicio de la humanidad, existe la intención de mejorar la calidad de vida de las personas con patologías agregadas, al momento el paciente con hipertensión arterial a nivel mundial y nacional se encuentra con una mala calidad de vida que incluso llega a ser invalidante o causar la muerte a este tipo de pacientes, que se genera por un mal control de la presión arterial, por que ya no le permite desempeñarse socialmente, emocionalmente y físicamente en su vida.

Nuestro país mejora la supervivencia de los pacientes, al generar programas para apoyar a los pacientes mejorar su estilo vida, reducir la morbimortalidad asociada a HTA en el H.G.Z.M.F. número uno, se busca conocer la calidad de vida de los pacientes para poder beneficiarlos al seguir estudiando su comportamiento y como lograr la mejora de su bienestar, este es el objetivo del presente estudio para una intervención en la mejora global de la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial.

El interés actual de medir la calidad de vida, es por el aumento en la esperanza de vida, y la supervivencia de los pacientes con hipertensión arterial, ya que día a día se trabaja en mejorar sus estilos de vida de los individuos hipertensos, la reducción de la morbimortalidad asociada a la hipertensión arterial. Por lo que es importante establecer una mejor calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial, para hacer alguna intervención.

JUSTIFICACION.

La HTA es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. De acuerdo a recientes reportes nacionales su prevalencia se estima en el 30%, el cual pertenece a personas en edad productiva y afectando preferente al sexo femenino. El control adecuado de las cifras de presión arterial en estos pacientes aumenta su esperanza y calidad de vida. De lo contrario para ellos un mal control de la presión significa un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y de su persona. (3, 4,5)

En EE.UU., Colombia, España y México la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial, en estos países se han identificado con un peor nivel de salud. A nivel estatal al momento se desconoce cual es el nivel de calidad de vida, no se ha hecho ninguna medición en individuos diagnosticados con hipertensión arterial, por lo que este estudio tendrá impacto al mostrar los resultados. (6)

El instrumento del MINICHAL, ha demostrado bondades por su especificidad para pacientes con hipertensión arterial y se ha convertido en un excelente instrumento, para identificar la calidad de vida en la HTA, sensible, específico y es el que nos permite identificar el nivel de calidad de vida en la población a estudiar.(21)

En el estudio presente se pretende identificar cual es el tipo de calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial, del H.G.Z. M. F. No. 1, debido a que los estudios nacionales son limitados y solo se han enfocado a evaluaciones con instrumentos genéricos, por tanto es necesario describir cual es la calidad de vida y las características en pacientes con hipertensión arterial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cual es la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial del H.G.Z. M.F. No. 1 de Pachuca Hidalgo?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial del H.G.Z. M. F. No. 1 de Pachuca Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Describir la proporción de pacientes por edad y sexo con mala calidad de vida.

HIPOTESIS.

Se espera que el paciente con HTA de la consulta externa de medicina familiar se identificara que tienen mala calidad de vida.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Los pacientes con hipertensión arterial que acudan a la consulta externa de medicina familiar del H.G.Z. M. F. número 1 en Pachuca Hidalgo.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio:

1. Transversal (se hará una sola medición)
2. Descriptivo (solo se busca conocer la calidad de vida)
3. Observacional (el investigador no manipula la variable)

CRITERIOS DE INCLUSION.

Pacientes ya diagnosticados con hipertensión arterial, adscritos al Hospital General de Zona No. 1

Pacientes de la consulta externa del H.G.Z. M. F. Numero 1, ambos turnos.

Pacientes que deseen participar y firmen el consentimiento informado.

Pacientes que saben leer y escribir.

Pacientes mayores de 20 años

Pacientes con sexo indistinto (hombre y/o mujer)

Pacientes con antecedente de evento vascular cerebral por HTA sin secuelas.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes que no entiendan la información, que se les da acerca del estudio.

Pacientes que por sus condiciones físicas, no pueden contestar el cuestionario.

Pacientes con otra enfermedad.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Pacientes hipertensos que no tengan tiempo de esperar para la aplicación del cuestionario.

Pacientes que su respuesta sea doble o incompleta.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se incluyen en la muestra pacientes con diagnóstico de HTA, que reunían los criterios de selección y aceptaron participar. Los pacientes fueron informados acerca de los objetivos de la investigación y una vez brindada la información se les otorgó el consentimiento informado, para participar en el estudio. El tesista administró el cuestionario MINICHAL a los pacientes con hipertensión arterial con los criterios de selección. La duración en la autoaplicación del cuestionario duró 10 minutos, la información fue recolectada por el investigador. Se tomó la presión arterial al inicio del cuestionario y al finalizar. Se revisaron los datos para verificar que toda la información recolectada fuera completa y que todas las preguntas estuvieran bien contestadas, se realizó el ordenamiento de datos obtenidos en la encuesta, para el análisis estadístico con el programa SPSS 12.

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Este proceso implica el uso de una muestra, representativa para el estudio a realizar. No es posible aplicar una muestra probabilística por limitación de los recursos humanos, y la cooperación de la población de pacientes hipertensos.

Sin embargo, se pretende aplicar el cuestionario a 179 pacientes con hipertensión, de 14,664 pacientes con hipertensión adscritos al H.G.Z. M. F. número 1, de Pachuca Hidalgo tomando la cuenta que la prevalencia de HTA, es del 30% en México. Hecha en base a la estimación de la proporción de la población de pacientes con hipertensión arterial.

Si conocemos el total de la población y buscamos la cantidad real de elementos de la muestra a estudiar, utilizaremos la siguiente fórmula para el cálculo para estudios descriptivos estimando una proporción del tamaño conocido (finitas) donde:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

n: tamaño muestral

N= total de la población adscrita

Z_α = 1.96 para alfa igual al 0.05

p= proporción esperada (en este caso es de 30% = 0.30)

q= 1 – p

d= precisión (es de .10)

Ello indica que del total de pacientes con hipertensión arterial de 14,664, en el que es suficiente seleccionar 179 pacientes de forma aleatoria simple, considerando que se ha trabajado con un 95% de nivel de confianza, con una precisión del 10%; por lo que se puede considerar a dicha muestra representativa en estos parámetros seleccionados.

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

$$14,664 * 3.84 * 0.30 * 0.70 = 147.43$$

$$0.30(14,664 - 1) + 3.84 * 0.30 * 0.7 = 26,395.2$$

$$147.43 + 26,395.2 = 179 \text{ paciente.}$$

Población adscrita a estudiar: 14, 664

Nivel de confianza 95%

Tamaño de la muestra: 179 pacientes.

ANALISIS ESTADISTICO

La base de datos de la información de los cuestionarios fue codificada y editada para el análisis por computadora a través del software estadístico SPSS 12, donde se evaluarán las diferentes variables de estudio. Para estos análisis de orden descriptivo se usó la medida usual de tendencia central: media, mediana, que apoya la identificación de los valores típicos en cuanto a variables de calidad de vida e hipertensión arterial. Asimismo se calcularon medidas de dispersión: desviación estándar, que permite analizar la homogeneidad de la distribución y la varianza.

ASPECTOS ETICOS.

En base a la declaración de Helsinki, Filadelfia en 1964, de la Asociación Médica Mundial y leyes y códigos de México, Ley General de Salud, título segundo de los aspectos éticos en investigación de los seres humanos, capítulo I, se respetó el anonimato de los participantes, fue bajo el consentimiento informado de la paciente sobre los riesgos y beneficios del estudio y podían negarse a contestar la encuesta de acuerdo al artículo 17 de la Ley General de salud Capítulo I.

RESULTADOS.

De acuerdo al estudio que se realizó en el Hospital General de zona número uno, de Pachuca Hidalgo a través del cuestionario MINICHAL, con la finalidad de identificar la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial, se describe el reporte de los resultados que se analizan en los 179 pacientes que participan.

En una población de estudio que consta de 179 pacientes según la edad (grafico 1). Con mayor frecuencia en mayores de 60 años, con una media de 7.71, mediana de 9, desviación estándar de 1.822 y varianza de 3.320 así como un intervalo de confianza de 95%.

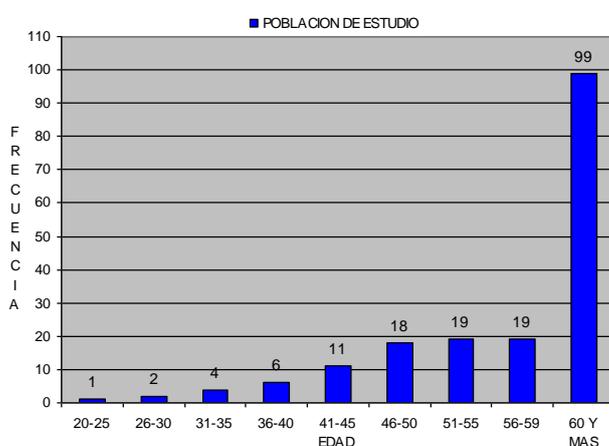


GRAFICO 1. Edades representativas del universo de estudio.

De los datos obtenidos en la grafica 1, se determina en la tabla 1, el número de pacientes que tienen mejor o peor calidad de vida.

Tabla 1. Calidad de vida según los grupos de edad.

	EDAD									Total
	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-59	60 Y MAS	
MEJOR	0	0	0	0	0	1	1	2	7	11
PEOR	1	2	4	6	11	17	18	17	92	168
Total	1	2	4	6	11	18	19	19	99	179

En la tabla 2, se obtienen los datos para determinar el número de pacientes y el respectivo porcentaje con respecto al tiempo de evolución de la HTA, los menores de 5 años son los que predominan, con una media de 2.18, una mediana de 2, desviación estándar de 1.463, y varianza de 2.140, con intervalo de confianza del 95%.

Tabla 2. TIEMPO DE EVOLUCION

Tiempo de evolución	Frecuencia	Porcentaje
1-5	86	48.0
6-10	36	20.2
11-15	24	13.4
16-19	4	2.2
20 Y MAS	29	16.2
Total	179	100.0

Tabla 3. CALIDAD DE VIDA Y TIEMPO DE EVOLUCION

	TIEMPO DE EVOLUCION					TOTAL
	1-5	6-10	11-15	16-19	20 Y MAS	
MEJOR	3	2	1	1	4	11
PEOR	83	34	23	3	25	168
TOTAL	86	36	24	4	29	179

De los pacientes controlados y no controlados tienen mala calidad de vida, como se indica en el grafico 2. Con un intervalo de confianza del 95%, desviación estándar de 0.369, una media de 1.16, una mediana de 1 y una varianza de 0.137. (Tabla 7).

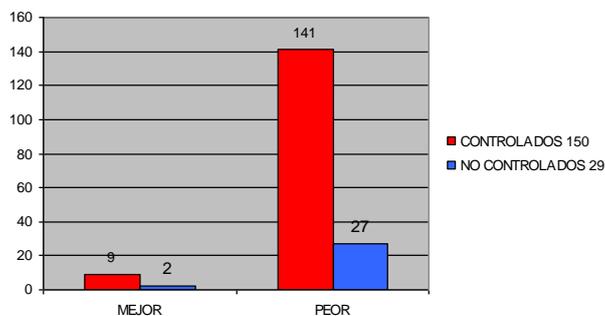


GRAFICO 2. Pacientes controlados y no controlados, con mejor y peor calidad de vida.

Tabla 4. Control de la presión arterial y porcentajes.

Control de la Presión Arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	83.7
No	29	16.3
Total	179	100.0

Se observa que en relación al género, el sexo femenino es el más afectado con mala calidad de vida de acuerdo a los resultados como se observa en el Grafico 3, con una media de 1.70, una desviación estándar .458, una mediana de 2, una varianza de .210 así como un intervalo de confianza del 95%. (Tabla 7)

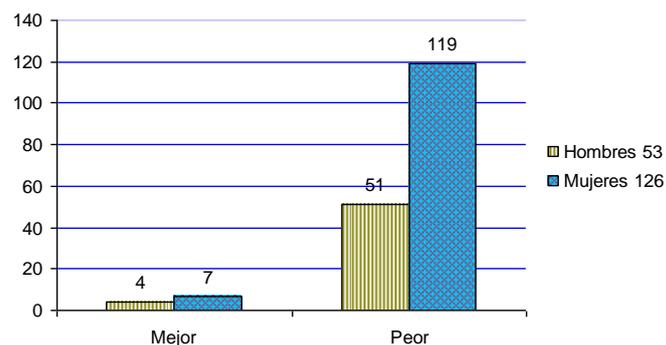


GRAFICO 3. Pacientes Hombres y Mujeres, con mejor y peor calidad de vida.

La población de sexo femenino predomina en el presente estudio al haber obtenido mayor porcentaje en relación al sexo masculino, como se demuestra en la tabla 5.

Tabla 5 . Sexo de acuerdo a sus porcentajes

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	53	29.6
FEMENINO	126	70.4
Total	179	100.0

Se identifica en el grafico 4, que la mayor parte de los pacientes con HTA del presente estudio tienen peor calidad de vida, con una media de 1.94 y una desviación estándar de .241, una varianza .058, una mediana de 2 y con un intervalo de confianza del 95%. (Tabla 7)

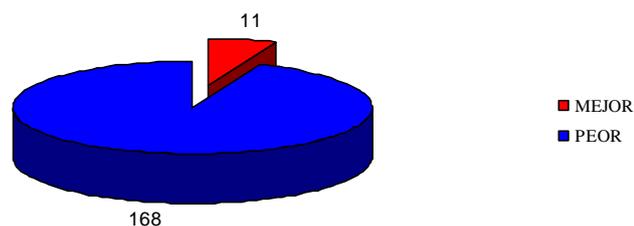


GRAFICO 4. Calidad de vida en pacientes con HTA.

En la tabla 6 Se muestra el porcentaje de pacientes que tienen buena o peor calidad de vida con respecto a la muestra analizada.

Tabla 6. Calidad de vida y sus porcentajes.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
MEJOR	11	6.1
PEOR	168	93.9
Total	179	100.0

Según la encuesta del MINICHAL se demuestra que el 93.9% de los pacientes hacen notar que se encuentran con mal estado de ánimo y marcadas manifestaciones somáticas de la enfermedad.

Tabla 7. Medidas de tendencia central

VARIABLES DE ESTUDIO	Media	Mediana	Desviación Estándar	Varianza
EDAD	7.71	9	1.822	3.320
SEXO	1.70	2	.458	.210
TIEMPO DE EVOLUCION	2.18	2	1.463	2.140
CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL	1.16	1	.369	.137
CALIDAD DE VIDA	1.94	2	.241	.58

Discusión.

Para la edad se encontró que la edad más representativa de la muestra es en pacientes mayores de 45 años como se hace referencia en la literatura nacional y mundial (5, 6,7). En el presente estudio se demuestra que la edad que se afecta con mala calidad de vida es cuando avanza la edad, expresando que hay mayor cantidad de hipertensos seniles que jóvenes en este estudio, lo que denota que se afecta más en pacientes mayores de 45 años que en menores de esta edad.

De acuerdo a su evolución de la enfermedad, se encuentra muy acentuada en los primeros cinco años de diagnóstico, apoyando lo que mencionan los otros estudios en los que comentan que la calidad de vida disminuye desde el momento que les informan que son pacientes hipertensos (12,13), y para no variar en los estudios también se demuestra notablemente que se ve afectado el sexo femenino, pues es la población que más predomina en este estudio.

Del estudio realizado, se obtuvo que la mayor parte de los pacientes con hipertensión arterial tienen mala calidad de vida, y tan solo la minoría tienen buena calidad de vida, como se señaló antes de iniciar este estudio, que se justifica al igual que otros estudios que al someterse a mayor estrés les genera ansiedad y temor causándoles daño físico mental y emocional (8,11), y por lo tanto, se refleja en mala calidad de vida.

El descontrol de la presión arterial dejó gran impacto al observar que los pacientes presentan mala calidad de vida. Más sin embargo también los pacientes con adecuado control de la presión arterial, están presentando mala calidad de vida.

De esta forma se determina que los pacientes presentan mala calidad de vida a nivel regional así como se describe a nivel mundial.

Conclusiones.

1.- Es así como se logra determinar la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial, del HGZ MF no. 1, presentan mala calidad de vida por medio del cuestionario del MINICHAL, el cual nos sirve para tener un panorama de cómo es la calidad de vida en los pacientes del hospital debido a que no se conocía este dato. La información obtenida nos permite mencionar el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas que presentan los pacientes en el momento que cursan con mala calidad de vida por lo que en este estudio se logra demostrar las bondades del MINICHAL y su aplicación en la consulta externa de medicina familiar para mejorar las actividades hacia el paciente y la orientación para el mejoramiento de su calidad de vida.

2.- Los pacientes con hipertensión arterial que cursan con menos de 5 años de evolución, y que están bien controlados, presentan peor calidad de vida y al observar a los que ya tienen más de 20 años de evolución, aceptan su enfermedad, toman sus medicamentos, entienden la importancia de atenderse

3.-Con este resultado se afirma que el esfuerzo del médico de atención primaria a la salud, en dar un servicio adecuado al derechohabiente no tiene el impacto esperado, debido a que está descuidando su esfera biopsicosocial del paciente.

4.-Es un impacto muy fuerte para el paciente saber que tiene una enfermedad crónica, que solo se controla, no le permite laborar adecuadamente, le resulta difícil aceptar cambiar su estilo de vida y que son personas económicamente activas.

5.- Las personas en las que se identifica mala calidad de vida, están sometidos a estrés, la mayoría describen presentar manifestaciones somáticas de la enfermedad y precisamente son menores de 60 años, sometidos a las actividades diarias; sin embargo las personas con buena calidad de vida, seniles con más de 20 años de evolución, se reconoce que son personas pasivas y al momento de encuestar ellos referían que con quejarse no se logra modificar la enfermedad, así que los síntomas presentes no les afectan, en efecto por que ellos continúan la vida independiente de la situación en la que se encuentren en ese momento.

6.- Es con esto con lo que se logra corroborar que la calidad de vida depende de cómo vive la enfermedad el paciente y de su edad.

REFERENCIAS.

1. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, **Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.**2000; 1:1-30.
2. Molina-R, Martí-J. Séptimo informe del Joint Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión Arterial. Guía para la prevención y manejo de la Hipertensión Arterial (HTA) 2005; 1:1-26.
3. Velásquez –Monroy C, Rosas- Peralta M, Lara-Esqueda A, Pastelin-Hernández G, Attie-F, Tapia-Conyer R, Méndez-Ortiz A, et al. **REENCUESTA NACIONAL DE Hipertensión arterial (RENAHTA) consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte nacional de seguimiento.** Archivos de Cardiología de México.2005; 75 (1):96-111.
- 4.- Rosas-Peralta M. **La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo.** Archivos de Cardiología de México.2003; 73(1): S137-S140.
- 5.- Lombera Romero-F, Barrios Alonso-V, Soría Arcos-F, Placer Peralta-L, Cruz Fernández-J, Tomás Abadal -L, et al. **Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión Arterial.** 2000; 53 (1): 66-90.
- 6.- Dante-N, Vergottini-J, Kuschnir-E, Bendersky-M, Campo-I, Der Roiter-H, Kevorcof-G. **Epidemiología de la hipertensión arterial en la ciudad de Córdoba, Argentina.** Revista Federa Argentina Cardiología, 1999; 28:69-75.
- 7.- Cruz-Corchado M, **Panorama Epidemiológico de la hipertensión arterial en México.** Archivos de Cardiología en México. 2001:71 (1):s192-s197.
- 8.- INEGI. **Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el 2003.** 2003; 1:1-10.
- 9.- Devon- Lowdon J, Dallas- Hall W. **La calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial y la repercusión sobre el comportamiento del individuo.** Calidad de vida y atención cardiovascular 2000:1: 76-90.
- 10.- Alonso-Moreno J, División-Garrote J, Llisterri Caro- L, Rodríguez –Roca G, Low-Arnal J, Bsnrhd J, et al. **Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la presión arterial.** Atención Primaria 2005; 36 (4):204-10.
- 11.- Stefano V, Quinceno J, Gómez-L A, **Calidad de vida relacionada con la salud pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve.** Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia. 2007; 1:1-8.

REFERENCIAS.

12.- Mena- Martín F, Martín -Escudero J, Simal-Blanco F, Carretero -Ares J, Arzua-Mouronte D, Herreros-Fernandez V. **Health-related quality of life of subjects with known and un known hypertension.** Journal of hypertension 2003; 21(7):1283-1289.

13. - Lalonde, Lyne, O ´Connor, Annette, Joseph, Laurence, Grover, et all. **Health - related quality of live in cardiac patients with dislipidemia and hypertension.** Quality of live Research. 2004; 13 (4): 793-804.

14. - Stein J, Brown M, Sharma B, Hollands H, Stein H. **The quality of life of patients with hypertension.** The Journal of clinical hypertension.2002; 4:181-188.

15. - Macdonald -Lorraine A, Sackett-David, Haynes-Brian, Taylor Wayne. **Efecto del diagnóstico de hipertensión arterial sobre el comportamiento del individuo.** Calidad de vida y atención cardiovascular. 2000; 1: 92-100.

16.- López-Fernández R. **La categoría calidad de vida y su conceptualización.** Gerontología y Geriatria.2000; 1:9-12.

17. - . Hayes, Donald K, Denny, Clark H, Keenan, Nora, et all. **Health-Related quality of life and hypertension** status, awareness treatment, and control: National Health and Hypertension, 2008:26 (4):641-647.

18.- Arcega- Domínguez A, Lara- Muñoz C, Ponce- de León S, **Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida en pacientes con diabetes.** Revista de Investigación Clínica.2005; 57(5): 676-684.

19.- Martín-Reyes F, Rodríguez-Moran M. **Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas** México, DF. Secretaria de Salud. 2001: 25-28.

20.- Dalfó i Baqueé-A, Badia i Llach X, Roca-Cusachs- A. **Cuestionario de calidad de vida e hipertensión arterial (CHAL).** ATENCION PRIMARIA 2002; 29: 116-121.

21.- Guía de enfermería en la consulta externa, sescamjccm.es/web1/gaptalavera/prof-enfermería/GAPTR. **Guía de la hipertensión arterial en consulta de enfermería.** 2003; 5: 1-9.

Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACION CLINICA.**

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Registrado ante el comité Local de Investigación ala CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es:

**IDENTIFICAR LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION
ARETERIAL DEL H.G.Z. MF. NUMERO 1 DE PACHUCA HIDALGO.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

LA TOMA DE LA PRESION ARTERIAL Y CONTESTAR UN CUESTIONARIO.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el estudio y de los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

**LA MOLESTIAS QUE PUEDE PRESENTAR ES DISPONER DE SU TIEMPO PARA
CONTESTAR CUESTIONARIO, PRESION EN EL BRAZO PARA TOMA DE LA
PRESION ARTERIAL. LOS BENEFICIOS SON QUE SE CONOCERA LA CALIDAD DE
VIDA, PARA GENERAR A FUTURO ESTRATEGIAS PARA VIVIR MEJOR.**

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de no aceptar el estudio y no repercutirá en la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente
DRA. ANTONIA VERA SERNA 99133295

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia dudas o preguntas
relacionadas con el estudio: 01 771 7912649

Testigos

Anexo 2

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.

El MINICHAL es un instrumento para medir la calidad de vida, en los últimos 7 días del paciente, es en base a un cuestionario de 16 preguntas, que lo contesta únicamente el paciente, es específico para pacientes con hipertensión arterial, rápido para no cansar al individuo que lo contesta y valora su bienestar físico así como emocional.

ITEMS Valoran el animo.

- ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
- ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
- ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
- ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida ?
- ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas ?
- ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
- ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
- ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día ?
- ¿Se ha sentido agobiado y sin fuerzas?
- ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

ITEMS Valoran las Manifestaciones Somáticas.

- ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
- ¿Se le han hinchado los tobillos?
- ¿Ha notado que orina más a menudo?
- ¿Ha notado sequedad de boca?
- ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?
- ¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?

El cuestionario tiene 4 opciones de respuesta:

- a. no, en lo absoluto
- b. sí, algo
- c. sí bastante
- d. sí mucho.

Y los valores para cada respuesta son los siguientes:

- 0. no, en lo absoluto
- 1. si, algo
- 2. si, bastante
- 3. si, mucho

Para clasificar la calidad de vida a partir de los resultados:

- 1.- Si el resultado es de cero, indica que tiene el mejor nivel de salud o mejor calidad de vida.
- 2.- Si el resultado es mayor de cero, indica que tiene peor nivel de salud o peor calidad de vida.

Anexo 3

CUESTIONARIO DE MINICHAL PARA PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

FECHA: _____ PRESION _____ EDAD _____ SEXO: _____

AÑOS DE TENER LA ENFERMEDAD: _____ año(s) PUNTOS: _____

CALIDAD DE VIDA: PEOR NIVEL DE SALUD: _____ MEJOR NIVEL DE SALUD _____

Lea cuidadosamente las preguntas, y conteste las siguientes preguntas: colocando una "X" en la respuesta, de acuerdo a como se ha sentido, en los últimos 7 días de su vida. La información es totalmente confidencial, solo usted contestara las preguntas, y se estudia, como se siente usted en este momento físicamente y emocionalmente, para poder iniciar estrategias beneficien a todos los paciente hipertensión arterial.

No.	Preguntas	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
1	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
2	¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
3	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
4	¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida ?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
5	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas ?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
6	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
7	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
8	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día ?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
9	¿Se ha sentido agobiado y sin fuerzas?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
10	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
11	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
12	¿Se le han hinchado los tobillos?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
13	¿Ha notado que orina más a menudo?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
14	¿Ha notado sequedad de boca?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
15	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho
16	¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?	No, en lo absoluto	Si, algo	Si, bastante	Si, mucho

Anexo 4

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

	NOMBRE	No. AFILIACION	CONSULTORIO	TURNO	AÑOS DE EVOLUCION	PRESION	SEXO	EDAD
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

