

ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y
VARIABLES CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES
HIPERTENSOS AFILIADOS A LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

JHEISON ANDRES BELEÑO TAPIA
MARCOS ANDRES MUÑOZ GARCIA



**Universidad
de Cartagena**
Fundada en 1827



Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución 2583 del 26 de febrero de 2014. Ministerio de Educación Nacional

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACEUTICA
PROGRAMA DE QUIMICA FARMACEUTICA
CARTAGENA DE INDIAS D, T y C.

2016

ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y
VARIABLES CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES
HIPERTENSOS AFILIADOS A LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

JHEISON ANDRES BELEÑO TAPIA
MARCOS ANDRES MUÑOZ GARCIA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Químico Farmacéutico.

DENILES DE ARCO ROSANO

Director



**Universidad
de Cartagena**
Fundada en 1827



Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución 2583 del 26 de febrero de 2014. Ministerio de Educación Nacional

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACEUTICA
PROGRAMA DE QUIMICA FARMACEUTICA
CARTAGENA DE INDIAS D, T y C
2016

NOTA DE APROBACIÓN DEL JURADO

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.

2016.

“La universidad de Cartagena ni el jurado examinador, se hacen responsables de los conceptos emitidos en el presente trabajo.”

AGRADECIMIENTOS

Ante todo agradecerle a Dios por las bendiciones que siempre me ha regalado y la fortaleza que me ha dado para seguir adelante en momentos difíciles, por la sabiduría y paciencia para afrontar esta carrera.

A mis padres Fernando y Marta por confiar en mí y brindarme su apoyo incondicional, a mis hermanos Fernando, Yessica e Ian quienes son una gran motivación para seguir adelante sin importar que tan grande sea la piedra que atraviere el camino, a mi sobrinos Keisha y Adrian, a mis primos que son como mis hermanos y que siempre estuvieron apoyando, a mis tíos que han sido como unos padres, a mi cuñada Naibis.

A mi compañero de tesis Marcos por su motivación para siempre seguir adelante y nunca detenerse en el camino.

A mis amigos de estudio, Jorge y Hernán que desde el primer semestre estuvieron brindando su apoyo y sacando muchas sonrisas.

A mi tutora Deniles de Arcos por regalarme parte de su tiempo para desarrollar este trabajo.

A mis amigos Brayan, Jose, Leyner, Jesyka y Laura quienes siempre estuvieron brindándome su apoyo y con los que he vivido momento inolvidable.

A mis docentes por brindarme todo su conocimiento durante toda la carrera.

Y a todos aquellos que de una u otra manera hicieron parte de este proceso de formación

A la Universidad de Cartagena en especial a la Facultad de Ciencias Farmacéutica.

Gracias Dios. !!

Jheison Beleño.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	10
1. INTRODUCCION.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Calidad de vida.....	13
2.2. Calidad de vida relacionada con la salud.....	14
2.3. Instrumentos para evaluar la CVRS.....	15
2.3.1. Instrumentos Genéricos.....	15
2.3.2. Instrumentos Específicos.....	15
2.4. Validación de instrumentos o cuestionarios.....	16
2.5. Hipertensión Arterial.....	16
2.5.1. Tratamiento de la Hipertensión Arterial.....	17
2.5.1.1. Tratamiento farmacológico.....	18
2.6. Calidad de vida e hipertensión arterial.....	19
3. OBJETIVOS.....	20
3.1. Objetivo general.....	20
3.2. Objetivo específico.....	20
4. MATERIALES Y METODO.....	21
4.1. Población de estudio.....	21
4.2. Muestra.....	21
4.3. Criterios de inclusión.....	21
4.4. Criterios de exclusión.....	22
4.5. Recolección de la información.....	22
4.6. Variables del estudio.....	22
4.6.1. Variable dependiente.....	22
4.6.2. Variables independientes.....	22
4.6.3. Operacionalización de las variables.....	23
4.6.3.1. Variable dependiente.....	23
4.6.3.2. Variables independientes.....	23
4.7. Plan de análisis de datos.....	24
4.8. Consideraciones éticas.....	24
5. RESULTADOS.....	26

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	45
7. CONCLUSIONES.....	49
8. RECOMENDACIONES.....	50
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 4.1 Variable Calidad de Vida.....	23
Tabla 4.2 Variables sociodemográficas.....	23
Tabla 4.3. Variables clínicas.....	23
Tabla 5.1. Fiabilidad tipo consistencia interna del Cuestionario CHAL.....	26
Tabla 5.2. Nivel de Calidad de Vida de los pacientes Hipertensos.....	27
Tabla 5.3. Correlación entre Calidad de Vida, Estado de Animo y Manifestaciones Somáticas.....	27
Tabla 5.4. Género de los pacientes.....	28
Tabla 5.5. Tabla de Contingencia Calidad de Vida y Género de los pacientes.....	29
Tabla 5.6. Edad de los pacientes.....	30
Tabla 5.7. Tabla de Contingencia de edad y Calidad de Vida de los pacientes.....	30
Tabla 5.8. Tiempo de evolución de la enfermedad.....	31
Tabla 5.9. Tabla de Contingencia tiempo de evolución de la enfermedad y Calidad de Vida.....	32
Tabla 5.10. Comorbilidades.....	33
Tabla 5.11. Tabla de Contingencia Comorbilidades y Dimensión Estado de Ánimo.....	34
Tabla 5.12. Tabla de Contingencia Comorbilidades y Dimensión Manifestaciones Somáticas.....	35
Tabla 5.13. Tabla de Contingencia Comorbilidades y Calidad de Vida total.....	36
Tabla 5.14. Número de fármacos usados por los pacientes.....	38
Tabla 5.15. Tabla de Contingencia Calidad de Vida y Número de fármacos.....	38
Tabla 5.16. Tipo de fármaco.....	40
Tabla 5.17. Tabla de Contingencia Tipo de fármacos y Estado de Animo.....	41
Tabla 5.18. Tabla de Contingencia Tipo de fármacos y Manifestaciones Somáticas.....	42
Tabla 5.19. Tabla de Contingencia Tipo de Fármacos y Calidad de Vida Global.....	43

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 5.1. Calidad de Vida relacionada al Estado de Animo de las personas que viven con HAS.....	28
Grafica 5.2. Calidad de Vida relacionada a las Manifestaciones Somáticas de las personas que viven con HAS.....	28
Grafica 5.3. Calidad de Vida vs Género de los pacientes.....	29
Gráfico 5.4. Edad de los pacientes vs Calidad de Vida.....	31
Gráfica 5.5. Tiempo de evolución de la enfermedad vs Calidad de Vida.....	32
Gráfico 5.6. Número de fármacos vs Calidad de Vida.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

ARA II= Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II
AUQUEI= Cuestionario Autoaplicado de Calidad de Vida para niños con Imágenes,
BCC= Bloqueantes de Canales de Calcio
C.V.R.S= Calidad de Vida Relacionada con Salud
C.V= Calidad de vida
CDP= Cedula de Datos Personales
CHAL= Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial
E.A= Estado de Animo
HAS= Hipertensión Arterial Sistémica
IECA= Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina
M.S= Manifestaciones Somáticas
NHP= Perfil de Salud de Nottingham
OMS= Organización Mundial de la Salud
OPS= Organización Panamericana de la Salud
P.A= Presión Arterial
PECVEC= El Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos
QLDS= Escala de Calidad de Vida para la Depresión
RAE= Real Academia Española
SF- 36= Short Form
SIP= Perfil de Impacto de Enfermedad
WHOQOL-100= World Health Organization Quality of Life Questionnaire
OEC= Obesidad por Exceso de Calorías
TMC= Trastorno en el Metabolismo de los Carbohidratos
ER= Enfermedad Renal
DM= Diabetes Mellitus

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial constituye un problema de salud pública en el mundo y la calidad de vida se ha convertido en un criterio importante para evaluar la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de la salud. **Objetivo:** Evaluar la autopercepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y la asociación a variables clínicas y sociodemográficas en pacientes Hipertensos afiliados a la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra incluyó a 65 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (HAS). Para la recolección de la información fue utilizado un cuestionario específico de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL), además se recogieron algunos datos sociodemográficos y clínicos. En el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva para medir el nivel de calidad de vida, a través de porcentajes, media, desviación estándar y correlación Chi cuadrado de Pearson. **Resultados:** La edad media fue de $63,54 \pm 9,472$ años, predominó el sexo femenino con un 67.7% del total de los pacientes estudiados, el 60% presentaba un tiempo de evolución menor a 5 años, solo el 16.9% usaba un solo fármaco y no tenía ninguna comorbilidad, y el 86,3% utilizaba un ARA II. Mediante el análisis de correlación de Pearson se encontró que el EA está asociado de manera directamente proporcional con la Calidad de Vida de las personas que viven con HAS ($r = 0.922$, $p < 0.01$) siendo estadísticamente significativa, así mismo con las MS ($r = 0.790$, $p < 0.01$). Mientras que en el análisis con la prueba de Chi Cuadrado no se encontró una asociación estadística entre las variables sociodemográficas y clínicas con las dimensiones del CHAL y la Calidad de Vida global, excepto la variable tipos de fármacos, la cual mostró una asociación con las dimensiones del cuestionario, mas no con la CV global. El 95,4% de los pacientes con HAS afiliados a la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena presentaron un nivel de CV entre muy buena y buena, no encontrándose paciente que presentara mala CV. **Conclusión:** Los resultados del presente estudio mostraron que independientemente de la edad, sexo, número de fármaco y comorbilidades que presentan los pacientes, la mayoría de estos se encontraron en un nivel de Calidad de Vida entre muy buena y buena. A su vez se demostró que el cuestionario CHAL es un instrumento fiable para valorar la Calidad de Vida de pacientes con Hipertensión Arterial

Palabras clave: Calidad de Vida Relacionada con la Salud, CHAL, Hipertensión Arterial.

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS), constituye un problema grave de salud pública en el mundo; los adelantos en la detección oportuna, el tratamiento y el control de la enfermedad han logrado prolongar la vida de millones de personas; sin embargo, el cuidado no sólo debe enfocarse a retrasar la muerte, sino a promover la salud y la calidad de vida (CV) de las personas que viven con HAS (Alonso, Ferrer, Gandek, Ware, Aaronson y Mosconi, et al, 2004). Es considerada como uno de los factores de riesgo con mayor impacto en las enfermedades cardiovasculares y en la generación de efectos graves por los altos índices de incapacidad y/o invalidez que produce, debido a que cada vez se registra más esta entidad clínica de magno impacto (Varela Arévalo, Arrivillaga, Cáceres, Correa y Holguín, 2005; Ingaramo et al., 2005).

La CV es un concepto indispensable para el desarrollo del individuo con una enfermedad crónica; medirla representa un problema social por las características de diversos estudios, en su mayoría ensayos clínicos para el impulso de fármacos individuales, los cuales hacen hincapié en el control de la PA, pero con un mínimo interés en los efectos adversos que provocan éstos en la CV de los pacientes (Côté et al, 2005). Aunque el tratamiento de la HAS con fármacos es indispensable, éstos producen efectos adversos sobre la CV de la persona que vive con esta enfermedad, como mareos, cefalea, fatiga, entre otros. Éstos pueden llevar a la persona a sentirse peor que antes de iniciar el tratamiento, dicha situación puede influir en el paciente para rechazar el mismo, ya que afecta su bienestar y funcionalidad (Loaiza, 2015). Para la Organización Mundial de la Salud, la CV es la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de los valores en que vive relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (Schwartzmann, 2003; Vinaccia & Quiceno 2012).

Actualmente la CV se ha convertido en un indicador importante para evaluar la efectividad de tratamientos y de intervenciones en el área de la salud. Es un parámetro utilizado para analizar el impacto de las enfermedades crónicas de las personas, cuyos indicadores miden el funcionamiento físico, social, emocional, sus repercusiones en los síntomas y la percepción del bienestar (Aguilar y Camara, 2011; De Oliveira y Cavalca, 2012). Cada vez más la CV es un componente importante en la salud, cuando no puede ser observada en forma directa, se evalúa a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas, y en teoría, se asume que hay un valor verdadero de la CV y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Estos instrumentos pueden ser genéricos, con información descriptiva, predictiva o evaluativa y producen valores en los individuos por su estado de salud (Segura, 2012; Hernández y Milagros, 2007).

Es evidente el uso de diversos instrumentos genéricos para medir la CV, que se han ido sustituyendo con el paso del tiempo por cuestionarios específicos, con el fin de adecuarse al contexto y a la enfermedad específica. La HAS no es una excepción y los autores Roca-Cusachs (Dalfó, Badia, Roca, Aristegui y Roset, 2000; Dalfo, Badia y Roca, 2002) han realizado importantes aportes para

medir la CV con instrumentos validados, fiables y específicos como el Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL).

Este instrumento fue desarrollado en España por Roca-Cusachs (Dalfo, Badia y Roca, 2002) y valoran aspectos de la enfermedad relacionados con la vida diaria de los pacientes afectados por la patología y la medicación constante. Conformado por dos dimensiones: Estado de ánimo (EA) y Manifestaciones Somáticas (MS); Se estima que es el instrumento específico con mejor validez.

Por todas estas razones, medir la CV se ha convertido en un reto para la comunidad científica nacional e internacional, por lo que el presente estudio se realiza con el objetivo de evaluar la CV de pacientes con HAS en la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “*el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades*”, muchos investigadores se han esforzado en la búsqueda de herramientas para evaluar estos tres aspectos interrelacionados de la vida del ser humano” (Baldi, 2010).

La real academia española (RAE, 2014) define calidad como propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor y vida como fuerza o actividad esencial mediante la que obra el ser que la posee. Así, el concepto de CV surge como un intento de cuantificar el estado de salud, permaneciendo ambos como conceptos aún mal definidos, dada la complejidad de la realidad que pretenden abarcar, medir y reflejar.

Los términos “estado de salud”, “calidad de vida” y “calidad de vida relacionada con la salud” se utilizan a menudo para designar el mismo concepto en el contexto de la medición de la salud. Es importante reconocer que el concepto de la salud abarca desde aquellos estados de salud menos deseables, caracterizados por mucho dolor e incapacidad, incluyendo la muerte, hasta los estados de salud más deseables, como el estado de bienestar positivo y la felicidad.

Si bien el tema de la CV o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término (Schwartzmann, 2003).

Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La expresión CV aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana (Gómez y Sabeh, 2001).

El concepto al que se refiere este término es intuitivo, con diferentes significados para cada persona y variable en función del estado de salud, de la situación socioeconómica o laboral y de las distintas culturas y creencias, de la escala de valores y expectativas de cada persona (Jiménez, 2005). La CV vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual, la consideración de estos factores multidimensionales indica un enfoque en la calidad de vida y las alteraciones en el bienestar. (Hernández y Milagros, 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), la calidad de vida es: la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico,

su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Jiménez, 2005). En este sentido, se asume que la calidad de vida tiene componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (definiciones globales basadas en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad) y que esta puede verse afectada en aquellos pacientes con enfermedades crónicas (Schwartzmann, 2003). Dentro de este contexto, surge el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, aspecto determinante en cuanto repercute en el resto de los elementos y valores presentes en la calidad de vida total (Vinaccia, Contreras, Palacio, Marín y Tobón, 2005).

2.2. Calidad de vida relacionada con la salud

Desde el punto de vista subjetivo, la Calidad de Vida 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 que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimiento de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio) (Vinaccia, Quiceno y Gómez, 2007).

Por lo anterior, se considera que la CVRS hace referencia a la percepción que tienen los individuos sobre las limitaciones generadas por el desarrollo de una enfermedad y/o accidente en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. (Vinaccia y Quiceno, 2012).

La CVRS ha sido definida por diferentes autores entre ellos, Patrick y Erickson quienes consideran la CVRS Salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y el deterioro provocado por una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud; por otro lado Testa y Simonson opinan que la CVRS consiste en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud, en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y que se refleje en un bienestar general. Las dimensiones fundamentales son: el funcionamiento físico, psicológico, cognitivo y social (Vinaccia y Quiceno, 2012).

El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica (Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique y Arequipa, 2009).

2.3. Instrumentos para evaluar la CVRS

Las investigaciones realizadas sobre la calidad de vida, tradicionalmente se han evaluado con diversos instrumentos, variados y multidimensionales, que si bien valoran la CV, estos en su mayoría han sido de tipo cuantitativo y no permiten identificar desde lo cualitativo la percepción que tiene el propio paciente sobre su vida (Segura, 2012). Los instrumentos de medida de la CVRS se encuentran clasificados en instrumentos genéricos y específicos.

2.3.1. Instrumentos Genéricos

Estos instrumentos no hacen referencia, ni están relacionados con algún tipo de enfermedad concreta. Se pueden aplicar tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, dado que suelen incluir un amplio espectro de dimensiones de la CVRS. Permiten comparar poblaciones, muestran diferentes aspectos del estado de salud, pueden no detectar diferencias, pueden no focalizar en áreas de interés. Dentro de los instrumentos genéricos encontramos el cuestionario Short Form (SF- 36), World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100), Perfil de Impacto de Enfermedad (SIP), Perfil de Salud de Nottingham (NHP) (Trujillo et al, 2014).

2.3.2. Instrumentos Específicos

Los instrumentos de medición de la CVRS específicos se centran en aspectos específicos del estado de salud, e incluyen dimensiones de CVRS de una determinada patología, capacidad funcional, o de un determinado grupo de pacientes. Normalmente incluyen preguntas sobre el impacto de los síntomas. La base para este tipo de aproximación es el potencial incremento de la capacidad del instrumento para detectar mejoras o deterioros de la CVRS a lo largo del tiempo (sensibilidad al cambio) al incluir aspectos relacionados con el problema específico. Estos son clínicamente sensibles, pueden ser más discriminativos, no permiten comparación entre poblaciones, poseen un valor limitado en intervenciones poblacionales. Dentro de los cuales encontramos instrumentos como: El Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC), Perfil de Calidad de Vida de Lancashire, Cuestionario Autoaplicado de Calidad de Vida para niños con Imágenes, (AUQUEI), Escala de Calidad de Vida para la Depresión (QLDS) y por ultimo Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) (Trujillo et al, 2014).

El Cuestionario CHAL fue preliminarmente desarrollado, validado y modificado en España por Roca-Cusachs et al, y valoran aspectos de la enfermedad relacionados con la vida diaria de los pacientes afectados por la patología y la medicación constante e incluyó ítems obtenidos de la revisión de escalas de calidad de vida de la HTA, y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y depresión. (Dalfo, Badia y Roca, 2002).

El cuestionario contiene 55 ítems agrupados en dos dimensiones: Estado de Animo (EA) 36 ítems y Manifestaciones Somáticas (MS) 19 ítems. La respuesta a los ítems se obtiene de una escala tipo Likert de cuatro puntos (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 a los ítems correspondientes: EA de 0 a 108, MS de 0 a 57 y la puntuación global es de 0 a 165. Las puntuaciones más bajas indican mejor nivel de CV, considerando una puntuación de 0-41 = muy buena, 42-82 = buena, 83-123 = regular y 124-165 = mala CV (Dalfo, Badia y Roca, 2002).

Existen también otros instrumentos como la Cedula de Datos Personales (CDP) que permiten obtener información sobre aspectos sociodemográficos y clínicos, tales como, edad, sexo, tipo y número de fármacos, años de padecer la enfermedad y de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

2.4. Validación de instrumentos o cuestionarios

La validez de un instrumento se refiere al grado en que este mide la variable que se pretende cuantificar. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se refiere al grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre ellos. Se puede estimar mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson y con el coeficiente alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Campo y Oviedo, 2008).

Cuanto más cerca se encuentre el valor de alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación (Streiner DL, 2003). La consistencia interna se considera aceptable cuando se encuentra entre 0,70 y 0,90.

2.5. Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial, es uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Los investigadores estiman que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón (OPS, 2008). Para el 2008, en el mundo se habían diagnosticado aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1.000 millones en 2008. La prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África (el 46% de los adultos) y la más baja en las Américas (35%). La Organización Mundial de la Salud señaló que en el 2008 en Colombia la prevalencia de tensión arterial alta (tensión arterial sistólica ≥ 140 o tensión arterial diastólica ≥ 90) en adultos mayores de 25 años fue de 34,3% en hombres y de 26,5% en mujeres (Ministerio de salud y protección social, 2014).

La organización mundial de la salud (OMS, 2005) define la hipertensión arterial o tensión arterial alta o elevada como: *“un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón”*. La hipertensión puede clasificarse normal cuando se encuentra la presión sistólica en 120 y la presión diastólica en 80 mmHg, Pre-hipertensión cuando se maneja sistólica 120-139 o diastólica 80-89 mmHg, Hipertensión Etapa 1 P. sistólica de 140-159 o P. diastólica de 90-99 mmHg e Hipertensión Etapa 2 cuando se tiene P. sistólica ≥ 160 o P. diastólica ≥ 100 mmHg (Colombiana de salud S.A, 2015).

La presión arterial elevada, que suele ser asintomática, está asociada a distintos factores de riesgos tales como, genéticos, dislipidemias, diabetes, nutrición, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, inactividad física y edad. Esta alteración puede llegar a producir, entre otras enfermedades, padecimientos cerebro-vasculares, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal (Santin, 1999)

Por lo tanto los órganos que se ven más afectados por esta patología son: el corazón produciendo patologías como hipertrofia ventricular izquierda, angina o infarto del miocardio previo, revascularización coronaria previa, insuficiencia cardíaca, en el cerebro del cual se encuentran diversas patologías, accidente cerebrovascular o ataque transitorio de isquemia y por último el riñón contribuyendo a aumentar el riesgo de insuficiencia renal crónica (Organización panamericana de la salud, 2008)

Hoy en día la OMS está trabajando en la prevención y control de la hipertensión debido a que la detección precoz de esta y la reducción de los riesgos de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares resultan mucho menos costosas para las personas y los gobiernos que la cirugía de corazones por esto que invita a los ciudadanos a disminuir el consumo de sal, tener un régimen alimentario saludable y balanceado, evitar el consumo elevado de alcohol, realizar una actividad física por lo menos tres veces a la semana y mantener un peso saludable (OMS, 2013).

2.5.1. Tratamiento de la Hipertensión Arterial

Regiones de ingresos medianos y bajos, como la mayoría de los países latinoamericanos, tienen una carga de enfermedad cinco veces mayor que los países de altos ingresos, con acceso a menos del 10% de los recursos globales de tratamiento. Por ende, se debe dar prioridad a los que corren mayor riesgo de eventos fatales, porque la mayoría de los pacientes hipertensos no reciben ningún tratamiento. Debe prestarse atención especial a los individuos con condiciones de riesgo social, tales como las personas sin hogar, los pobres, deficientes en educación o desempleados (Sánchez et al, 2010).

En los pacientes hipertensos, el propósito primario del tratamiento es lograr la mayor reducción en el riesgo cardiovascular total a largo plazo, manteniendo una buena calidad de vida. Esto requiere tratamiento de los valores elevados de presión arterial, como también de todos los factores de riesgo asociados reversibles para disminuir el riesgo cardiovascular asociado. Así, cualquier reducción en la presión arterial, aunque no sea óptima, ayuda a disminuir el riesgo total. Sin embargo, la presión arterial se debe disminuir por lo menos a 140/90 mmHg (sistólica/diastólica), y a cifras aún menores según tolerancia, en todos los pacientes hipertensos (Mancia, Backer, Dominiczak, Cifkova, Fagard y Germano, 2007).

Para lograr más fácilmente la presión arterial deseada, el tratamiento antihipertensivo se debe iniciar antes de que se produzca daño cardiovascular significativo. El monitoreo ambulatorio de la presión arterial durante 24 h y el ejercicio aeróbico son un complemento importante de la dieta para la reducción del peso y de la presión arterial. Debe ser implementado en todos los hipertensos, y especialmente en los que tienen otros factores de riesgo, por al menos 30 minutos diarios. Porque el cumplimiento a largo plazo con las medidas de estilo de vida es bajo, y porque la respuesta de la presión arterial a estas es muy variable, debe hacerse un seguimiento cercano de los pacientes tratados con medidas no farmacológicas. (Sánchez et al, 2010).

2.5.1.1. Tratamiento farmacológico

En el año 2007 se realizó en Colombia un estudio acerca de la calidad de vida y su relación con la salud en pacientes con diagnóstico de HTA leve, el cual evaluó las dimensiones de la misma. Se utilizó una muestra de 282 sujetos con diagnóstico de HTA leve en tratamiento farmacológico, evidenciándose un deterioro de la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo, resaltando sus manifestaciones somáticas.

Las complicaciones de la hipertensión hacen necesario seleccionar un grupo de medicamentos y otros se pueden contraindicar en esas situaciones especiales. Pero lastimosamente todos los medicamentos hipotensores tienen efectos colaterales. Un medicamento que le sirva a un paciente, no necesariamente le va a servir a otro, los efectos colaterales se pueden presentar en unos y no en otros (Gutiérrez, 2001).

No hay un medicamento ideal para tratar a todos los hipertensos, por tal motivo el tratamiento siempre debe ser individualizado. Este es el grupo de medicamentos para emplear en el tratamiento de los pacientes hipertensos (Gutiérrez, 2001):

- Diuréticos: el principal representante es la hidroclorotiazida
- Betabloqueadores
- IECA
- BCC
- ARA II
- Bloqueantes alfa adrenérgicos

2.6. Calidad de vida e hipertensión arterial

El impacto que la calidad de vida tiene en el comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas, que deben ser cuantificadas cuando se relacionan éstas con la salud o enfermedad, en este caso la Hipertensión Arterial.

Existe una relación importante entre la hipertensión arterial y sus efectos sobre la calidad de vida, especialmente por tratarse de una enfermedad crónica. Los pacientes hipertensos suelen ser asintomático y tener poca percepción de su enfermedad. Al momento de ser diagnosticados estos son sometidos a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales) y es ahí donde su calidad de vida se ve afectada (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, 2001), por otro lado al ser puestos en tratamiento, no sólo es consciente de su enfermedad sino que puede presentar síntomas atribuibles a la terapéutica antihipertensiva. Esto puede explicar el fenómeno del abandono del tratamiento, al percibir que una condición asintomática, aunque de elevado riesgo, se transforma en una situación que le produce molestias subjetivas que le reduce la calidad de vida (Cuevas, 2003)

La percepción del paciente a su avance o a los beneficios del control de la misma, pueden ser muy subjetivas. Esta subjetividad no evita la relación lineal existente entre las cifras de presión arterial y el riesgo de muerte por desarrollo de enfermedad cardiovascular (Galárraga, 2014).

Por tanto durante la última década, los evaluadores e investigadores han puesto énfasis especial en medidas basadas en la apreciación subjetiva y las declaraciones de los propios usuarios de los servicios de salud para valorar la calidad de vida de los individuos (Ortunio, Guevara y Cardozo, 2013). Actualmente la calidad de vida se ha convertido en un indicador importante para evaluar la efectividad de tratamientos y de intervenciones en el área de la salud, cuyos indicadores miden el funcionamiento físico, social, emocional, sus repercusiones en los síntomas y la percepción del bienestar (Gómez, García, Gómez y Mondragón, 2011).

Tratar la Hipertensión Arterial sin afectar el bienestar y la funcionalidad del hipertenso es un problema de particular relevancia, en la medida en que una disminución en la calidad de vida afectaría la conformidad con el tratamiento, sin embargo es a lo que hoy en día se quiere llegar. (Varela, Arrivillaga, Caceres, Correa, y Holguin, 2005).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Evaluar la autopercepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y la asociación a variables clínicas y sociodemográficas en pacientes Hipertensos afiliados a la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena.

3.2. Objetivos específicos

- Realizar asociaciones entre la autopercepción de la Calidad de Vida de los pacientes Hipertensos y las variables sociodemográficas estudiadas (sexo, edad).
- Hacer asociaciones de las variables clínicas recogidas (años de evolución, tipos de fármacos y número de fármacos) con la autopercepción de la Calidad de Vida por parte de los pacientes Hipertensos.
- Determinar si existen diferencias en la autopercepción de la Calidad de Vida con la existencia de comorbilidades en pacientes Hipertensos.

4. METODOLOGIA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal

4.1. Población de estudio:

Pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial afiliados a la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena, siendo un total de 575 pacientes.

4.2. Muestra

La muestra para la investigación fue calculada por medio de una ecuación establecida para este tipo de estudio en especial. Se utilizó un nivel de confianza de 95% dando así $Z = 1.96$ y $d = 0.05$.

Ecuación 1. Calculo de la muestra representativa.

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

Dónde:

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población (575)

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia que será de 0.05

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$). La suma de la p y la q siempre d

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio (Aguilar, 2005).

En este sentido después de aplicar la ecuación el tamaño de la muestra correspondió a 65 pacientes.

4.3. Criterios de inclusión

1. Pacientes de ambos sexos diagnosticados con Hipertensión Arterial
2. Pacientes con Hipertensión Arterial con o sin tratamiento farmacológico
3. Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial con o sin comorbilidades
4. Pacientes afiliados a la caja de previsión social de la Universidad de Cartagena que autoricen participar en la investigación.

4.4. Criterios de exclusión.

1. Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que presenten deterioro cognitivo o presencia de trastornos mentales.
2. Pacientes que no deseen participar en la investigación o no esté afiliado la Caja de Previsión de la Universidad de Cartagena

4.5. Recolección de la información

La recolección de la información se realizó a través de dos instrumentos. La Cédula de Datos Personales (CDP), mediante la cual se obtuvo información de datos sociodemográficos y clínicos y el Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) (ver anexo 1) específico para medir la CVRS en pacientes con este tipo de enfermedad.

La investigación se inició con una primera visita a la Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena con el fin de solicitar autorización para la realización de esta y obtener la lista de los pacientes que podrían participar en el estudio con sus respectivas historias clínicas. Luego en una segunda visita se realizó una reunión con pacientes, para presentarles el proyecto y sensibilizarlos sobre la importancia de su participación en este.

El siguiente paso fue conocer la confiabilidad tipo consistencia interna del instrumento de medición de la Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial (CHAL). Para esto se aplicó el cuestionario a un grupo de pacientes diferentes a los participantes en la investigación, con el fin de comprobar la claridad, pertinencia y consistencia del instrumento que se empleó en la población de estudio. Se realizó mediante un análisis estadístico de confiabilidad alfa de Cronbach.

Una vez determinada la confiabilidad del cuestionario, fueron aplicados a los pacientes en las instalaciones de la Caja de Previsión de acuerdo a la programación de sus citas, lo que significa que se aplicaron en diferentes días y horas. En los casos donde algunos pacientes por su nivel educativo o condición física no pudieron diligenciar el instrumento se les brindo colaboración por parte de los investigadores. Previamente los pacientes fueron informados sobre el objetivo de la investigación y confidencialidad de los resultados.

4.6. Variables del estudio

4.6.1. Variable dependiente: percepción de la calidad de vida

4.6.2. Variables independientes: Las variables independientes a analizar son clasificadas en dos grupos: sociodemográficas y clínicas.

4.6.3. Operacionalización de las variables

4.6.3.1. Variable dependiente

Tabla 4.1 Variable Calidad de Vida.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	TIPO DE VARIABLE
Calidad de Vida	Percepción de cada individuo sobre la posición de su vida en el contexto de sus valores, expectativas, estándares y preocupaciones en relación a su enfermedad.	0-41= Muy Buena CV 42-82= Buena CV 83-123= Regular CV 124-165= Mala CV	Cuantitativa

4.6.3.2. Variables independientes

Tabla 4.2 Variables sociodemográficas

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	TIPO DE VARIABLE
Edad	Número de años cumplidos en el momento de realizar la encuesta.	Número de años	Cuantitativa
Sexo	División del género humano en función de sus características sexuales (fenotipo)	Masculino Femenino	Cualitativa

Tabla 4.3. Variables clínicas

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	TIPO DE VARIABLE
Comorbilidad	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario	DM2 Obesidad Hiperlipidemia Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos Hipercolesterolemia	Cualitativa

		Hipotiroidismo Enfermedad renal tipo 3	
Tipo de fármacos	Empleo de uno o más fármacos para el control de hipertensión arterial, así como la instauración en el cambio de estilo de vida.	IECAS Calcioantagonistas ARA II Diuréticos Betabloqueadores Combinados	Cualitativa
Años de Evolución	Tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico de HAS. .	Años	Cuantitativa
Número de fármacos	Resultante de la suma de los siete grupos terapéuticos para tratar la hipertensión arterial	Cantidad de fármacos	Cuantitativa

4.7. Plan de análisis de datos

Todos los datos fueron sistematizados y analizados con el programa estadístico SPSS versión 20. Para el análisis univariante se realizó una estadística descriptiva univariante, utilizando promedios y desviaciones estándar para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. También se evaluó la fiabilidad tipo consistencia interna del cuestionario para cada una de las dimensiones y para el cuestionario global mediante la prueba Alfa de Cronbach, posteriormente se analizó la correlación entre las dos dimensiones del cuestionario mediante el análisis bivariado de Pearson aceptando como correlación significativa un $p < 0.05$. Se realizó una asociación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la Calidad de Vida de las personas, para lo cual se usó la prueba Chi cuadrado, aceptándose como estadísticamente significativo un $p < 0.05$.

4.8. Consideraciones éticas

Debido al diseño del estudio no se incurre en implicaciones éticas para su realización ni se requiere de consentimiento por escrito por parte de los pacientes más que su aprobación al cooperar con el llenado del cuestionario. Dado que se trata de un estudio observacional, teniendo en cuenta lo dispuesto en la Resolución No. 008430 de 1993 a través de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y considerando que no se realizaron modificaciones sobre variables físicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos incluidos en el estudio, este se clasifica como investigación sin riesgo.

También respeta los principios médicos para las investigaciones médicas en seres humanos de acuerdo al código de ética médica de Núremberg y a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Las personas que participaron en el estudio lo hicieron de forma voluntaria, los resultados que se generaron fueron manejados con confidencialidad, no se realizó ningún procedimiento invasivo que ponga en riesgo la integridad de los pacientes.

5. RESULTADOS.

Mediante autorización de la Caja de Previsión de la Universidad de Cartagena se logró el acceso a las bases de datos de los pacientes para la revisión de las historias clínicas e igualmente se obtuvo la programación de sus citas, lo que facilitó la reunión con ellos para la presentación del proyecto y obtener su autorización para la participación en este.

Se aplicó el cuestionario a 20 pacientes, diferentes a los que se tuvieron en cuenta para la investigación como tal, con el fin de comprobar la claridad, pertinencia y evaluar la fiabilidad tipo consistencia interna del cuestionario. Se realizó para cada una de las dimensiones que conforman el cuestionario y para el cuestionario total mediante la prueba Alfa de Cronbach. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 5.1. Fiabilidad tipo consistencia interna del Cuestionario CHAL

DIMENSIONES	NIVEL DE CV	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ALFA DE CRONBACH
Estado de Animo	Muy buena	14	70,0	0,966
	Buena	3	15,0	
	Regular	3	15,0	
	Mala	0	0	
Manifestaciones Somáticas	Muy buena	12	60,0	0,911
	Buena	5	25,0	
	Regular	3	15,0	
	Mala	0	0	
CV Total	Muy buena	14	70,0	0,973
	Buena	3	15,0	
	Regular	3	15,0	
	Mala	0	0	

Como se puede observar en la tabla anterior, las dimensiones que componen el cuestionario tienen una alta consistencia interna, siendo más alta en el cuestionario total, lo que indica una alta correlación u homogeneidad de los ítems que lo conforman.

Una vez determinado que el cuestionario tiene una buena consistencia interna se siguió con la investigación aplicándolo a la muestra correspondiente a 65 pacientes. Se evaluó el nivel de Calidad de Vida en cada una de las dimensiones del cuestionario y la CV total, como se observa a continuación.

Tabla 5.2. Nivel de Calidad de Vida de los pacientes Hipertensos

DIMENSIONES	NIVEL DE CV	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado de Animo	Muy buena	50	76,9
	Buena	12	18,5
	Regular	3	4,6
	Mala	0	0
Manifestaciones Somaticas	Muy buena	36	55,4
	Buena	23	35,4
	Regular	6	9,2
	Mala	0	0
CV Total	Muy buena	44	67,7
	Buena	18	27,7
	Regular	3	4,6
	Mala	0	0

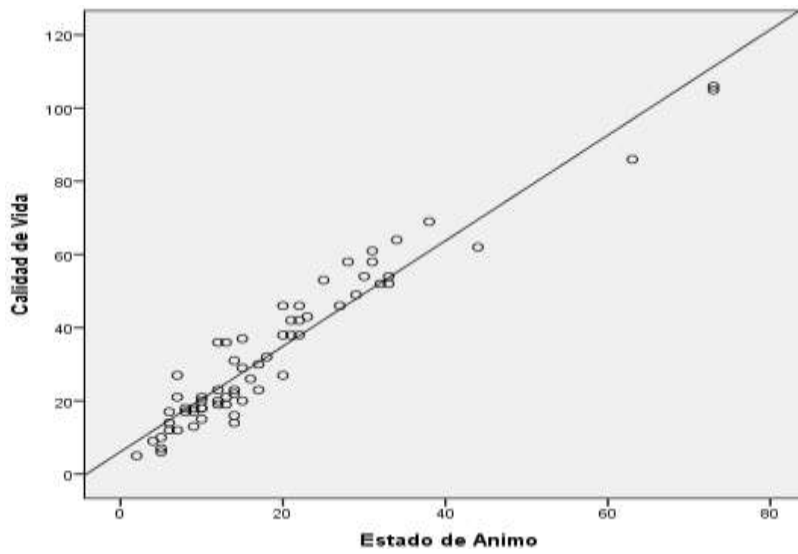
En las dos dimensiones del cuestionario se observó un alto porcentaje de pacientes que presentaron un nivel de CV entre muy buena y buena, lo que se refleja en la CV total, donde el 67,7% presentó muy buena CV.

Las variables de Calidad de Vida obtenidas mediante el CHAL, fueron sometidas a un análisis correlacional mediante la prueba de Pearson y los resultados mostraron una correlación estadísticamente significativa.

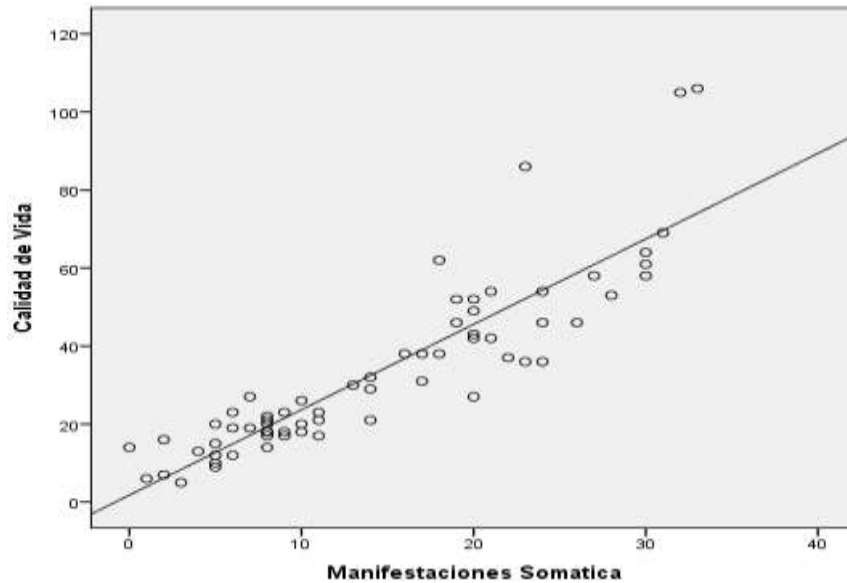
Tabla 5.3. Correlación entre Calidad de Vida, Estado de Animo y Manifestaciones Somáticas

CORRELACIONES				
		Calidad de Vida	Estado de Animo	Manifestaciones Somáticas
Calidad de Vida	Correlación de Pearson		,960**	
	Sig. (bilateral)		,000	
Estado de Animo	Correlación de Pearson			,725**
	Sig. (bilateral)			,000
Manifestaciones Somáticas	Correlación de Pearson	,889**		
	Sig. (bilateral)	,000		
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

El EA está asociado de manera directamente proporcional con la Calidad de Vida de las personas que viven con HAS ($r = 0.922$, $p < 0.01$) siendo estadísticamente significativa (Grafica 5.1), así mismo con las MS ($r = 0.790$, $p < 0.01$) (Grafica 5.2).



Grafica 5.1. Calidad de Vida relacionada al Estado de Animo de las personas que viven con HAS, $r = 0.922$, $p < 0.01$



Grafica 5.2. Calidad de Vida relacionada a las Manifestaciones Somáticas de las personas que viven con HAS, $r = 0.790$, $p < 0.01$

Con relación al género el 67,7% eran pacientes femeninos y el 32,3% masculinos (Tabla 5.4)

Tabla 5.4. Género de los pacientes.

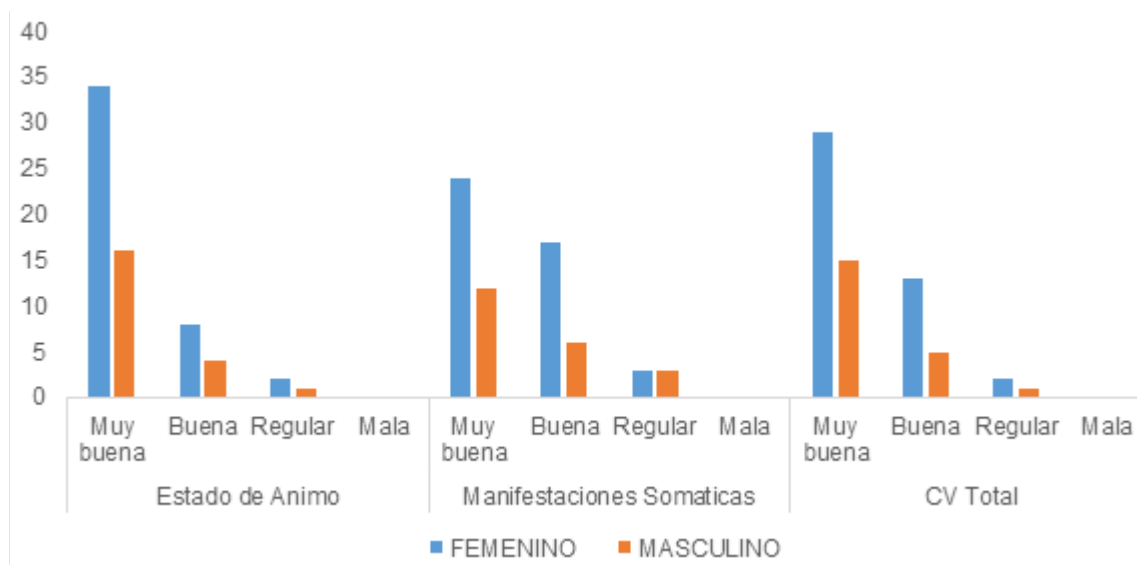
GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	44	67,7
Masculino	21	32,3
Total	65	100,0

Del total de la muestra, 44 presentaron Muy Buena Calidad de Vida, de estos 15 fueron hombres y 29 mujeres, 18 Buena Calidad de Vida, de los cuales 5 fueron hombres y 13 mujeres. Dentro de la Categoría Regular Calidad de Vida, 2 fueron hombres y 1 mujer, ningún paciente presentó mala calidad de vida (Tabla 5.5)

Tabla 5.5. Tabla de Contingencia Calidad de Vida y Género de los pacientes

DIMENSIONES	NIVEL DE CV	GENERO		TOTAL	
		FEMENINO	MASCULINO		
Estado de Animo	Muy buena	34	16	50	p = 0,995
	Buena	8	4	12	
	Regular	2	1	3	
	Mala	0	0	0	
Manifestaciones Somáticas	Muy buena	24	12	36	p = 0,526
	Buena	17	6	23	
	Regular	3	3	6	
	Mala	0	0	0	
CV Total	Muy buena	29	15	44	p = 0,889
	Buena	13	5	18	
	Regular	2	1	3	
	Mala	0	0	0	

Las variables del CHAL se sometieron a un análisis de asociación con el género de los pacientes, utilizando la prueba de Chi Cuadrado, los resultados mostraron una independencia estadística entre estas variables, obteniendo p-valores >0.05. (Tabla 5.5)



Grafica 5.3. Calidad de Vida vs Género de los pacientes

Con relación a la edad, los pacientes del estudio se agruparon por rangos, encontrándose el 40% entre los 57 y 65 años (Tabla 5.6). La media fue de $63,54 \pm 9,472$ años, la edad mínima de 47 años y la máxima de 88 años.

Tabla 5.6. Edad de los pacientes

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<= 56	15	23,1
57 – 65	26	40,0
66 – 74	15	23,1
75 – 83	8	12,3
84+	1	1,5
Total	65	100,0

Dentro del grupo de edad < a 56 años se obtuvo un total de 15 pacientes de los cuales 9 tienen muy buena Calidad de Vida y 6 buena Calidad de Vida.

Dentro del grupo de 57 a 65 años se presentaron un total de 26 pacientes de los cuales 18 se localizan dentro del rango correspondiente a muy buena Calidad de Vida, 7 a buena Calidad de Vida y 1 a regular Calidad de Vida.

El grupo de 66 a 74 años comprendió un total de 15 pacientes de los cuales 10 presentaron muy buena Calidad de Vida, 4 buena Calidad de Vida y tan sólo 1 regular Calidad de Vida. Para el grupo de 75 a 83 años, 6 de los pacientes se encontraron con muy buena Calidad de Vida, 1 buena Calidad de Vida y 1 regular Calidad de Vida. El total de pacientes dentro del grupo de 84 y más años fue solo de 1, el cual presento muy buena Calidad de Vida.

Tabla 5.7. Tabla de Contingencia de edad y Calidad de Vida de los pacientes

DIMENSIONES	NIVEL DE CV	EDAD						
		<-56	57 - 65	66 - 74	75 - 83	84 <	TOTAL	
Estado de Animo	Muy buena	11	21	10	7	1	50	p = 0,5341
	Buena	4	4	4	0	0	12	
	Regular	0	1	1	1	0	3	
	Mala	0	0	0	0	0	0	
Manifestaciones Somáticas	Muy buena	5	16	8	6	1	36	p = 0,475
	Buena	7	9	6	1	0	23	
	Regular	3	1	1	1	0	6	
	Mala	0	0	0	0	0	0	
CV Total	Muy buena	9	18	10	6	1	44	p = 0,846
	Buena	6	7	4	1	0	18	
	Regular	0	1	1	1	0	3	
	Mala	0	0	0	0	0	0	

Al asociar las variables del CHAL con la distribución de los rangos de edad de los pacientes mediante la prueba de Chi Cuadrado, los resultados arrojaron una independencia estadística entre estas variables, obteniendo p-valores >0.05

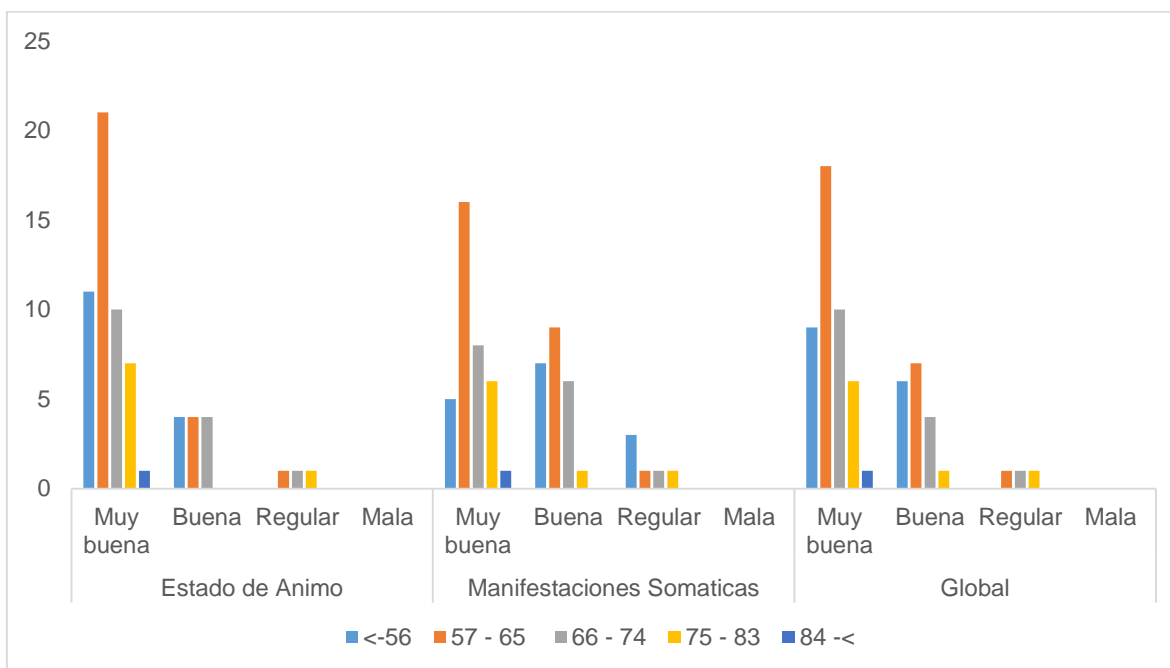


Gráfico 5.4. Edad de los pacientes vs Calidad de Vida.

Respecto al tiempo de evolución de los pacientes, también se agruparon por rangos (quinquenios) (Tabla 5.8), encontrándose el 60% con un tiempo de evolución menor a 5 años. La media fue de $7,22 \pm 6,191$ años, con un tiempo mínimo de 1 año y un máximo de 30 años.

Tabla 5.8. Tiempo de evolución de la enfermedad

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 5	39	60,0
6 a 10	14	21,5
11 a 15	7	10,8
16 a 20	3	4,6
> 25	2	3,1
Total	65	100,0

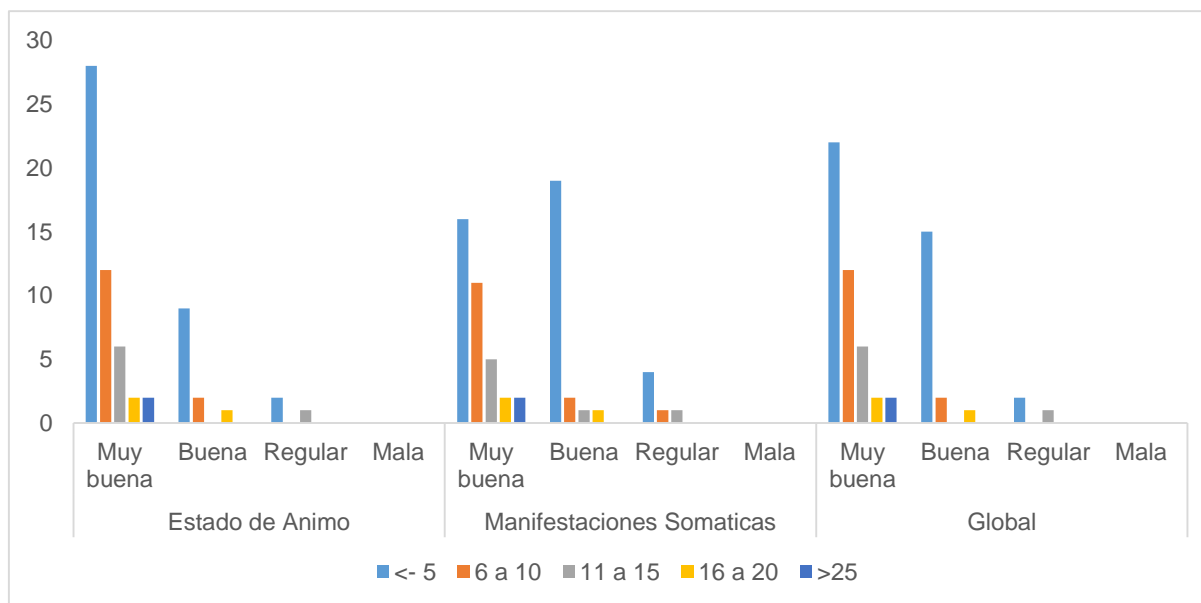
Se encontró que de los 39 pacientes con un tiempo de evolución menor a 5 años, 22 obtuvieron muy buena Calidad de Vida, 15 buena Calidad de Vida y 2 regular Calidad de Vida. Pacientes de 6 a 10 años de evolución fueron 14, de los cuales 12 tienen muy buena Calidad de Vida y 2 tienen buena Calidad de Vida. Del grupo de pacientes con 11 a 15 años de evolución se encontraron a 7 pacientes

de los cuales, 6 tienen muy buena Calidad de Vida y 1 regular Calidad de Vida. Pacientes en el grupo de 16 a 20 años de evolución de HAS fueron 3, de los cuales, 2 tiene muy buena Calidad de Vida y 1 mala Calidad de Vida. Se encontraron a 2 pacientes pertenecientes al grupo de mayor a 25 años de evolución los cuales, obtuvieron buena Calidad de Vida.

Tabla 5.9. Tabla de Contingencia tiempo de evolución de la enfermedad y Calidad de Vida

DIMENSIONES	NIVEL DE CV	TIEMPO DE EVOLUCION						p= 0,709
		<- 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	>25	TOTAL	
Estado de Animo	Muy buena	28	12	6	2	2	50	
	Buena	9	2	0	1	0	12	
	Regular	2	0	1	0	0	3	
	Mala	0	0	0	0	0	0	
Manifestaciones Somáticas	Muy buena	16	11	5	2	2	36	p = 0,265
	Buena	19	2	1	1	0	23	
	Regular	4	1	1	0	0	6	
	Mala	0	0	0	0	0	0	
CV Total	Muy buena	22	12	6	2	2	44	p = 0,307
	Buena	15	2	0	1	0	18	
	Regular	2	0	1	0	0	3	
	Mala	0	0	0	0	0	0	

Mediante la asociación de las variables que conforman al CHAL con los rangos de tiempo de evolución de la enfermedad por medio de la prueba de Chi Cuadrado, no se encontró una dependencia estadística entre estas variables.



Gráfica 5.5. Tiempo de evolución de la enfermedad vs Calidad de Vida.

El 83.1% de los pacientes además de ser hipertensos presentaban otras patologías como lo podemos observar en la siguiente tabla.

Tabla 5.10. Comorbilidades.

COMORBILIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Ninguna	11	16,9
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías	1	1,5
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Hipercolesterolemia	20	30,8
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hipercolesterolemia + Hipotiroidismo + enfermedad renal tipo 3	1	1,5
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hipercolesterolemia + hipotiroidismo	2	3,1
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hiperlipidemia	1	1,5
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos	4	6,2
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías + Hipercolesterolemia	3	4,6
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías + Hiperlipidemia	1	1,5
Hipercolesterolemia	9	13,8
Hipercolesterolemia + obesidad por exceso de calorías	1	1,5
Diabetes Mellitus tipo 2	2	3,1
Hipercolesterolemia + obesidad por exceso de calorías + Diabetes Mellitus Tipo 2	1	1,5
Hiperlipidemia + obesidad por exceso de calorías + Diabetes Mellitus Tipo 2	1	1,5
Diabetes Mellitus tipo 2 + hipercolesterolemia	6	9,2
Obesidad por exceso de calorías	1	1,5

Se puede ver en la tabla anterior, que solo el 16.9% de los pacientes estudiados no presentaban comorbilidades, mientras que el mayor porcentaje correspondiente al 30.8% presentó una combinación que comprende al Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Hipercolesterolemia

Tabla 5.11. Tabla de Contingencia Comorbilidades y Dimensión Estado de Animo

COMORBILIDADES	ESTADO DE ANIMO			
	CV			
	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Ninguna	11	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías	1	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Hipercolesterolemia	17	2	1	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hipercolesterolemia + hipotiroidismo + enfermedad renal tipo 3	1	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hipercolesterolemia + hipotiroidismo	0	1	1	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hiperlipidemia	1	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos	3	1	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías + Hipercolesterolemia	2	1	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías + Hiperlipidemia	1	0	0	0
Hipercolesterolemia	5	3	1	0
Hipercolesterolemia + obesidad por exceso de calorías	0	1	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2	1	1	0	0
Hipercolesterolemia + obesidad por exceso de calorías + Diabetes Mellitus Tipo 2	0	1	0	0
Hiperlipidemia + obesidad por exceso de calorías + Diabetes Mellitus Tipo 2	1	0	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2 + hipercolesterolemia	5	1	0	0
Obesidad por exceso de calorías	1	0	0	0
TOTAL	50	12	3	0
p = 0,398				

Relacionando la dimensión EA del cuestionario CHAL con la presencia o ausencia de comorbilidades por parte de los pacientes, se puede observar que 50 de ellos correspondiente al 76.9%, presentaron muy buena CV, independientemente de la cantidad y tipo de comorbilidad o ausencia de estas. Al realizar la prueba de Chi Cuadrado no se encontró una asociación entre estas variables, obteniendo un $p > 0.05$.

Tabla 5.12. Tabla de Contingencia Comorbilidades y Dimensión Manifestaciones Somáticas

COMORBILIDADES	MANIFESTACIONES SOMATICAS			
	CV			
	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Ninguna	5	6	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías	1	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Hipercolesterolemia	15	3	2	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hipercolesterolemia + hipotiroidismo + enfermedad renal tipo 3	1	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hipercolesterolemia + hipotiroidismo	0	0	2	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hiperlipidemia	0	1	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos	2	1	1	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías + Hipercolesterolemia	1	2	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías + Hiperlipidemia	1	0	0	0
Hipercolesterolemia	4	4	1	0
Hipercolesterolemia + obesidad por exceso de calorías	0	1	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2	1	1	0	0
Hipercolesterolemia + obesidad por exceso de calorías + Diabetes Mellitus Tipo 2	0	1	0	0
Hiperlipidemia + obesidad por exceso de calorías + Diabetes Mellitus Tipo 2	0	1	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2 + hipercolesterolemia	4	2	0	0
Obesidad por exceso de calorías	1	0	0	0
TOTAL	36	23	6	0
p= 0,098				

Se puede observar al relacionar la dimensión MS con las comorbilidades, un mayor número de pacientes con un nivel de CV bueno y regular, en relación a la encontrada con la dimensión EA, lo que se puede explicar por las limitaciones físicas o síntomas propios de la HTA o de las comorbilidades y/o efectos secundarios producidos por los medicamentos. Los resultados obtenidos de la prueba de Chi Cuadrado no mostraron una asociación entre estas variables analizadas.

Tabla 5.13. Tabla de Contingencia Comorbilidades y Calidad de Vida total

COMORBILIDADES	CALIDAD DE VIDA TOTAL			
	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Ninguna	7	4	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías	1	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Hipercolesterolemia	17	2	1	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hipercolesterolemia + hipotiroidismo + enfermedad renal tipo 3	1	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hipercolesterolemia + hipotiroidismo	0	1	1	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + hiperlipidemia	1	0	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos	2	2	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías + Hipercolesterolemia	2	1	0	0
Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos + Obesidad por exceso de calorías + Hiperlipidemia	1	0	0	0
Hipercolesterolemia	5	3	1	0
Hipercolesterolemia + obesidad por exceso de calorías	0	1	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2	1	1	0	0
Hipercolesterolemia + obesidad por exceso de calorías + Diabetes Mellitus Tipo 2	0	1	0	0
Hiperlipidemia + obesidad por exceso de calorías + Diabetes Mellitus Tipo 2	1	0	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2 + hipercolesterolemia	4	2	0	0
Obesidad por exceso de calorías	1	0	0	0
TOTAL	44	18	3	0
p = 0.675				

Al asociar la CV total o global de los pacientes con sus comorbilidades mediante la prueba de Chi Cuadrado no se encontró una dependencia entre estas variables, obteniendo un p-valor>0.05, por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula que establece la independencia de estas variables.

La tabla anterior muestra la comparación entre la Calidad de Vida y las comorbilidades que presentan los pacientes, las cuales podemos clasificar en 2 categorías:

En la primera categoría se encuentran aquellos pacientes con solo una enfermedad (además del trastorno primario), donde la mayoría de estos presentaban Hipercolesterolemia siendo un total de 9 pacientes, 5 con muy buena Calidad de Vida, 3 con buena Calidad de Vida y 1 con regular Calidad de Vida. En pacientes con Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos hubo un total de 4, de los cuales 2 presentaron muy buena Calidad de Vida y 2 buena Calidad de Vida. En aquellos con Diabetes Mellitus tipo 2 solo se obtuvo 1 con muy buena Calidad de Vida y 1 con buena Calidad de Vida. La Obesidad por exceso de calorías fue la enfermedad dentro de esta categoría que menos se presentó, en la cual solo se encontró un paciente y este con muy buena Calidad de Vida.

La segunda categoría corresponde a dos o más enfermedades. Se observó que la mayoría de los pacientes están ubicados en esta categoría, la mayor parte con presencia de dos enfermedades, siendo así la principal el trastorno en el metabolismo de los carbohidratos más Hipercolesterolemia, con un total de 20 pacientes de los cuales 17 obtuvieron muy buena calidad de vida, 2 buena calidad de vida Calidad de Vida y 1 más regular Calidad de Vida. En el grupo de enfermedades correspondientes a Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos más Obesidad por exceso de calorías y Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos más hiperlipidemia solo se presentó 1 persona en cada caso y estos tuvieron muy buena Calidad de Vida. Aquellos que presentaban Diabetes Mellitus tipo 2 más hipercolesterolemia fueron un total de 6 pacientes, 4 presentaron muy buena Calidad de Vida y 2 buena Calidad de Vida. Por otra parte solo 1 paciente presento Hipercolesterolemia más obesidad por exceso de calorías, el cual obtuvo buena Calidad de Vida. También hubo pacientes con 3 enfermedades siendo el Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos más Obesidad por exceso de calorías más Hipercolesterolemia la más frecuente con un total de 3 pacientes, de los cuales 2 presentaban muy buena Calidad de Vida y 1 buena Calidad de Vida. Pacientes con Hiperlipidemia más obesidad por exceso de calorías más Diabetes Mellitus Tipo 2 y Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos más Obesidad por exceso de calorías más] Hiperlipidemia solo se obtuvo 1 paciente en cada caso y tuvieron muy buena Calidad de Vida, mientras que pacientes con Hipercolesterolemia más obesidad por exceso de calorías más Diabetes Mellitus Tipo 2 solo hubo 1, con buena Calidad de Vida. Los que tenían Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos más hipercolesterolemia más hipotiroidismo solo se encontraron 1 con buena Calidad de Vida y 1 con regular Calidad de Vida.

Terminando con esta categoría se encuentran los pacientes con 4 enfermedades que corresponden a trastorno en el metabolismo de los carbohidratos, hipercolesterolemia, hipotiroidismo y enfermedad renal tipo 3, donde solo se encontró un paciente y este con muy buena Calidad de Vida. 11 pacientes no presentaron comorbilidad, de los cuales 7 presentaron muy buena Calidad de Vida y 4 buena Calidad de Vida.

Con respecto al número de fármacos la media fue de $2,43 \pm 0,951$, el número mínimo de fármacos fue 1 y el máximo de 4.

Tabla 5.14. Número de fármacos usados por los pacientes

VÁLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	11	16,9
2	25	38,5
3	19	29,2
4	10	15,4

Como se puede ver en la tabla anterior, el 83.1% de los pacientes consume de 2 a 4 fármacos

Tabla 5.15. Tabla de Contingencia Calidad de Vida y Número de fármacos

DIMENSIONES	NIVEL DE CV	NUMERO DE FARMACOS					
		1	2	3	4	TOTAL	
Estado de Animo	Muy buena	11	19	12	8	50	p = 0,382
	Buena	0	5	5	2	12	
	Regular	0	1	2	0	3	
	Mala	0	0	0	0	0	
Manifestaciones Somáticas	Muy buena	7	14	9	6	36	p = 0,636
	Buena	4	7	8	4	23	
	Regular	0	4	2	0	6	
	Mala	0	0	0	0	0	
CV Total	Muy buena	10	15	12	7	44	p = 0,467
	Buena	1	9	5	3	18	
	Regular	0	1	2	0	3	
	Mala	0	0	0	0	0	

Podemos observar en la tabla anterior que la percepción del nivel de CV de los pacientes baja un poco en la dimensión MS en relación con la dimensión EA, sin embargo sigue habiendo un mayor porcentaje de nivel de CV alto. La prueba de Chi Cuadrado mostró una independencia entre estas variables.

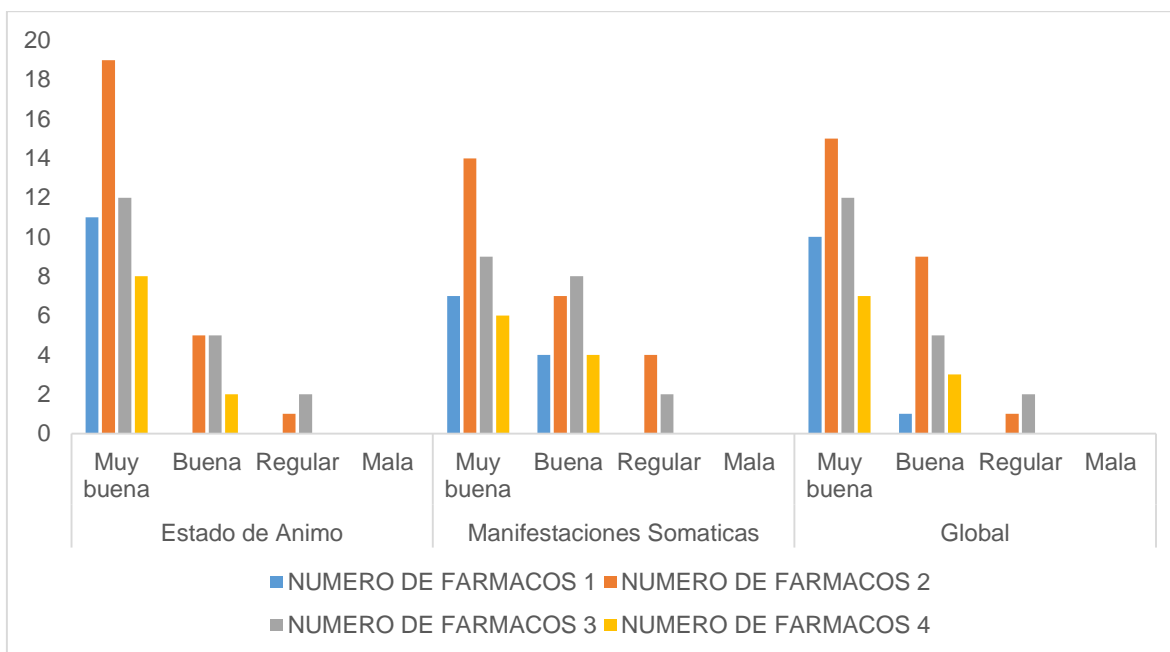


Gráfico 5.6. Número de fármacos vs Calidad de Vida

Ante el interés de conocer si la cantidad de fármacos ingeridos ejerce un papel importante como factor modificante en la Calidad de Vida, se recolectó el número de fármacos de cada uno de los pacientes, obteniendo los siguientes resultados.

Dentro de la población que ingería 1 fármaco se obtuvo un total de 11 pacientes de los cuales 10 presentaron puntuaciones correspondientes a muy buena Calidad de Vida y 1 buena Calidad de Vida. Para los pacientes con 2 fármacos, hubo un total de 25, 15 presentaron muy buena Calidad de Vida, 9 buena Calidad de Vida y 1 regular Calidad de Vida.

En lo que respecta a los pacientes con 3 fármacos se encontró un total de 19, de los cuales 12 presentaron muy buena Calidad de Vida, 5 buena calidad de vida y 2 regular Calidad de Vida. Para aquellos que ingerían una cantidad de 4 fármacos, que fueron un total de 10 pacientes, 7 presentaron muy buena calidad de vida y 3 buena Calidad de Vida.

El tipo de fármaco también fue una de las variables que se analizaron. A continuación se muestran los tipos de fármacos y combinaciones de estos utilizados por los pacientes (Tabla 5.16)

Tabla 5.16. Tipo de fármaco

TIPO DE FÁRMACOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	9	13,8
ARA II + Diurético	4	6,2
ARA II	5	7,7
ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio	5	7,7
ARA II + Beta Bloqueantes + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	5	7,7
ARA II + Beta Bloqueantes + Bloqueante de Canales de Calcio	4	6,2
ARA + Beta Bloqueante + Estatina	2	3,1
ARA II + Estatina	7	10,8
ARA II + Diurético + Beta Bloqueante+ Bloqueante de Canales de Calcio	2	3,1
IECA + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	1	1,5
ARA II + Diurético + Bloqueante de Canales de Calcio	1	1,5
ARA II + Diurético + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	1	1,5
ARA II + Beta Bloqueante	7	10,8
Bloqueante de Canales de Calcio	4	6,2
ARA II + Diurético + Estatina	2	3,1
IECA	2	3,1
IECA + Diurético	1	1,5
ARA II + Beta Bloqueante + Diurético	2	3,1
IECA + Estatina	1	1,5

Como se puede ver en la tabla anterior, es interesante destacar que el 86,3% de los pacientes usaban un ARA II solo o en combinación con otros tipos de fármacos, siendo la combinación ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina la de mayor uso con un porcentaje correspondiente al 13.8%.

Tabla 5.17. Tabla de Contingencia Tipo de fármacos y Estado de Animo

TIPO DE FÁRMACOS	ESTADO DE ANIMO			
	CV			
	Muy buena	Buena	Regular	Mala
ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	6	2	1	0
ARA II + Diurético	4	0	0	0
ARA II	5	0	0	0
ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio	2	3	0	0
ARA II + Beta Bloqueantes + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	3	2	0	0
ARA II + Beta Bloqueantes + Bloqueante de Canales de Calcio	3	1	0	0
ARA + Beta Bloqueante + Estatina	1	1	0	0
ARA II + Estatina	6	0	1	0
ARA II + Diurético + Beta Bloqueante+ Bloqueante de Canales de Calcio	2	0	0	0
IECA + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	1	0	0	0
ARA II + Diurético + Bloqueante de Canales de Calcio	0	0	1	0
ARA II + Diurético + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	1	0	0	0
ARA II + Beta Bloqueante	7	0	0	0
Bloqueante de Canales de Calcio	4	0	0	0
ARA II + Diurético + Estatina	2	0	0	0
IECA	2	0	0	0
IECA + Diurético	0	1	0	0
ARA II + Beta Bloqueante + Diurético	1	1	0	0
IECA + Estatina	0	1	0	0
TOTAL	50	12	3	0
p= 0,040				

La prueba de chi cuadrado muestra una asociación o dependencia entre las variables tipo de fármaco y la dimensión EA del CHAL, obteniéndose un $p < 0.05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia entre estas variables.

Tabla 5.18. Tabla de Contingencia Tipo de fármacos y Manifestaciones Somáticas

TIPO DE FÁRMACOS	MANIFESTACIONES SOMATICAS			
	CV			
	Muy buena	Buena	Regular	Mala
ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	6	2	1	0
ARA II + Diurético	4	0	0	0
ARA II	3	2	0	0
ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio	2	1	2	0
ARA II + Beta Bloqueantes + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	2	3	0	0
ARA II + Beta Bloqueantes + Bloqueante de Canales de Calcio	3	1	0	0
ARA + Beta Bloqueante + Estatina	0	2	0	0
ARA II + Estatina	3	3	1	0
ARA II + Diurético + Beta Bloqueante+ Bloqueante de Canales de Calcio	1	1	0	0
IECA + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	1	0	0	0
ARA II + Diurético + Bloqueante de Canales de Calcio	0	0	1	0
ARA II + Diurético + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	1	0	0	0
ARA II + Beta Bloqueante	5	2	0	0
Bloqueante de Canales de Calcio	4	0	0	0
ARA II + Diurético + Estatina	1	1	0	0
IECA	0	2	0	0
IECA + Diurético	0	1	0	0
ARA II + Beta Bloqueante + Diurético	0	2	0	0
IECA + Estatina	0	0	1	0
TOTAL	36	23	6	0
p = 0,042				

La variable tipo de fármaco también mostró una asociación con la dimensión MS del CHAL ($p < 0.05$), con lo que se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre estas dos variables.

Tabla 5.19. Tabla de Contingencia Tipo de Fármacos y Calidad de Vida Global

TIPO DE FÁRMACOS	CV TOTAL			
	Muy buena	Buena	Regular	Mala
ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	6	2	1	0
ARA II + Diurético	4	0	0	0
ARA II	5	0	0	0
ARA II + Bloqueante de Canales de Calcio	2	3	0	0
ARA II + Beta Bloqueantes + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	2	3	0	0
ARA II + Beta Bloqueantes + Bloqueante de Canales de Calcio	3	1	0	0
ARA + Beta Bloqueante + Estatina	1	1	0	0
ARA II + Estatina	4	2	1	0
ARA II + Diurético + Beta Bloqueante+ Bloqueante de Canales de Calcio	2	0	0	0
IECA + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	1	0	0	0
ARA II + Diurético + Bloqueante de Canales de Calcio	0	0	1	0
ARA II + Diurético + Bloqueante de Canales de Calcio + Estatina	1	0	0	0
ARA II + Beta Bloqueante	5	2	0	0
Bloqueante de Canales de Calcio	4	0	0	0
ARA II + Diurético + Estatina	2	0	0	0
IECA	1	1	0	0
IECA + Diurético	0	1	0	0
ARA II + Beta Bloqueante + Diurético	1	1	0	0
IECA + Estatina	0	1	0	0
TOTAL	44	18	3	0
p = 0,145				

A pesar de encontrar una asociación o dependencia entre las dimensiones que conforman al CHAL con los tipos de fármacos utilizados por los pacientes, no fue así para la CV global ($p>0.05$), con lo que se puede decir que hay una independencia entre las variables CV total y los tipos de fármacos.

Para la distribución del tratamiento, se realizó una categorizaron por uso de un solo tipo de fármaco y la combinación de 2, 3 o 4 tipos de fármacos.

Del total de los pacientes, sólo 5 utilizaban los ARA II como único tipo de fármaco, obteniendo todos ellos muy buena calidad de vida. Con tratamiento a base de fármacos BCC se encontraron 4 pacientes, obteniendo todos muy buena calidad de vida y para culminar con los pacientes que solo usaban 1 tipo de fármaco como tratamiento tenemos los IECA donde se encontró un total de 2 pacientes, 1 con muy buena calidad de vida y otro con buena calidad de vida.

Los pacientes a base de tratamientos combinados tenemos que 4 usaban ARA II y diurético presentando todos ellos muy buena calidad de vida. Con respecto a los pacientes que usaban ARA II y BCC fueron en total 5, 2 con muy buena calidad de vida y 3 con buena calidad de vida. Respecto a los que utilizaban ARA II y estatina, 4 presentaban muy buena calidad de vida, 2 buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida dando un total de 7 pacientes.

Aquellos pacientes que tenían como tratamiento ARA II y Beta bloqueantes, 5 obtuvieron muy buena calidad de vida y 2 buena calidad de vida. Por otro lado, se encontró que los pacientes que usaban IECA más diurético y aquellos que usaban IECA más estatina solo se encontró 1 en cada caso y estos con buena calidad de vida.

Pacientes que estaban bajo esquema de 3 fármacos que incluye ARA II más BCC y estatina, 6 presentaron muy buena calidad de vida, 2 buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida.

De los que utilizaban ARA II más Beta Bloqueantes y BCC se obtuvo un total de 4 pacientes, 3 con muy buena calidad de vida y 1 con buena calidad de vida.

Los pacientes que utilizaban la combinación de ARA II más Beta Bloqueante más estatina y la de ARA II más Beta Bloqueante y diurético presentaron 1 muy buena calidad de vida y 1 buena calidad de vida en cada una de las combinaciones anteriormente mencionadas. Los que usaron IECA más BCC y estatina solo se presentó 1 paciente con muy buena calidad de vida.

Aquellos que utilizaban ARA II más diurético y estatina fueron un total de 2 pacientes presentando ellos muy buena calidad de vida y para terminar con los pacientes que presentaron combinación de 3 tipos de fármacos, encontramos aquellos que utilizaban ARA II mas diurético más BCC, donde se presentó 1, el cual obtuvo regular calidad de vida.

La combinación de 4 fármacos es encabezada por ARA II, Beta Bloqueantes, BCC y estatina donde se presentó un total de 5 pacientes, 3 con muy buena calidad de vida y 2 con buena calidad de vida. Seguida de ARA II, diurético, Beta Bloqueante y BCC, donde se encontraron 2 pacientes y estos con muy buena calidad de vida. Por último, los pacientes que utilizaban ARA II, Diurético, BCC y estatina, hubo un total de 1 que presentó muy buena calidad de vida.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al analizar los resultados obtenidos, la principal limitación para su interpretación, son los escasos estudios hallados en la revisión bibliográfica realizada con el mismo instrumento y con los mismos objetivos que permitan su comparación.

En Colombia son escasos los estudios sobre la CV con la aplicación del instrumento CHAL, en pacientes que viven con HAS. Sin embargo, se ha aplicado este instrumento a fin de evaluar la variable de CV; esto permite evaluar de forma cuantitativa los beneficios de un tratamiento, que a su vez pueden servir de plataforma para medir las intervenciones en salud. De ahí la importancia de la utilización del CHAL en este tipo de estudios (De Oliveira y Cavalca 2012; Baldi 2010).

La HAS es una enfermedad inicialmente asintomática, que puede ocasionar daños severos en los órganos diana de los pacientes que viven con hipertensión, también poseen mayor probabilidad de tener afectada la CV, al asociarse con la presencia de otros trastornos que impiden al paciente realizar las actividades cotidianas (Schwartzmann, 2003; Szabo, 1996). De acuerdo con los resultados de este estudio, no se encontró una asociación entre las dimensiones que conforman al CHAL (EA y MS) y la CV global con las variables sociodemográficas estudiadas (sexo, edad), tampoco con las variables clínicas (tiempo de evolución, comorbilidad, número de fármacos), excepto con la variable tipos de fármacos, donde sí se observó una dependencia entre esta y las dos dimensiones del CHAL, más sin embargo, no se encontró una asociación con la CV global.

A sí mismo, Zaldivar y Gómez en una población mexicana encontraron una asociación entre la CV, la edad y las comorbilidades. Sin embargo, otros estudios son coherentes con los resultados aquí obtenidos en cuanto a la no asociación entre la CV, la edad y el sexo (Gómez, et al 2011; Galárraga, 2014).

En esta investigación se encontró porcentajes más altos de regular y mala calidad de vida en pacientes del género masculino que en el femenino, aunque hay que destacar que la mayor parte de los pacientes eran mujeres, resultados que también obtuvieron en sus investigaciones Zaldivar y Gomez ; galárraga y Gómez et al.

Según Rebollo, et. al., (2001), la edad tiene una gran influencia sobre la CV, ya que a mayor edad peor CV evaluada por la persona, lo que contrasta con nuestro estudio donde el 95.4% de los pacientes agrupados en los diferentes rangos de edad refirieron presentar muy buena y buena calidad de vida.

En el estudio llevado a cabo por Zaldivar y Gómez se relacionó la CV con la terapéutica empleada para su tratamiento, abarcando el número y tipo de fármacos utilizados por los pacientes, debido a los efectos secundarios que estos puedan ejercer en el organismo del paciente, pudiendo deteriorar su funcionamiento físico, social, estado emocional y salud mental. Se concluyó que los pacientes

con fármacos en combinación y en monoterapia obtuvieron grados de CV similares entre unos y otros. Algunos de ellos reportaron efectos secundarios, sin embargo, ello no ejerció un papel importante en la percepción de su CV, de tal manera que no se encontró que el número y tipo de fármacos disminuyan la calidad de vida de los pacientes. Se observó mayor incidencia en el uso de ARA II solo o en combinación con otros tipos de fármacos. Estos resultados son coherentes con el estudio realizado, destacando que el 86,3% del total de los pacientes empleaban un ARA II en su terapia farmacológica y la mayor parte de ellos presentaba muy buena CV.

Otra variable estudiada en la investigación anteriormente mencionada, como factor modificante de la CV, es el tiempo de diagnóstico y evolución del paciente, realizando para su medición una distribución por quinquenios, que llevo a la conclusión que el tiempo de evolución no ejerce un papel importante en el paciente hipertenso para modificar su percepción de CV. El estudio presentó la mayor incidencia de regular y mala CV en aquellos pacientes con tiempos de evolución mayor a 16 años, así como muy buena y buena CV en aquellos con tiempos de evolución menos prolongados. Resultados que contrastan con nuestra investigación, donde la mayor incidencia estaba en muy buena CV independientemente de la cantidad de años de diagnóstico y evolución de la enfermedad.

Zaldivar y Gómez encontraron también en su investigación que los peores grados de CV están en pacientes que presentaron mayor número de comorbilidades, destacando que el 53% de esta población no presentaba ninguna comorbilidad, a diferencia del estudio llevado aquí, donde aproximadamente el 95% de los pacientes presentó muy buena y buena CV independientemente de la ausencia o cantidad de comorbilidades y donde solo el 16,9% de la población no tenía ninguna comorbilidad.

Los resultados del presente estudio mostraron que el 95.4% de los pacientes con HAS tienen un nivel de CV global entre muy buena y buena, ello podría deberse a que asisten regularmente a control y a que tienen una buena adherencia al tratamiento farmacológico, por lo que es probable que la población presente una PA controlada, que es un factor influyente e importante en la CV de estas personas. Además, según Zygmuntowicz, autor del artículo Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients, la calidad de vida también definida como el grado de bienestar o satisfacción personal de cada individuo se ve influida por ciertos factores de percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses. Así como también factores ambientales, sociales y psicológicos de cada paciente. Con lo que estas personas pueda que se encuentran realizadas en muchos aspectos de su vida personal, pues prácticamente todos ellos son profesionales, pensionados, casados, con hijos y nietos, buena estabilidad económica, lo que puede ayudar a conservar mejor la función social, el rol emocional y sufrir menos depresión, ansiedad y dolor.

No obstante, existe un porcentaje mínimo de pacientes con regular CV, esto implica la necesidad de planear estrategias dirigidas a mejorar su CV y disminuir los síntomas que afectan la habilidad para autocuidarse. Es probable que dichas diferencias de medias en cuanto a la CV obedezcan por una

parte al número de individuos incluidos en el estudio y, por otra parte, el control de PA que disminuye los síntomas, retarda el deterioro y es benéfico para mejorar la CV de los pacientes con HAS.

Por otra parte, en este estudio los resultados mostraron una media en la dimensión EA de 19.04, muy por debajo de las medias del estudio de Vinaccia en pacientes colombianos con HAS donde mostraron una media de 44.6 (Vinaccia et al, 2007). Es evidente que la CV de esta población estudiada es muy buena y en términos generales, la importancia del estado emocional se refleja en la calidad de vida de los pacientes que viven con HAS (Roca et al, 2001). Las variables de calidad de vida obtenidas mediante el CHAL, fueron sometidas a un análisis correlacional mediante la prueba de Pearson y los resultados mostraron una alta correlación estadísticamente significativa. Un mejor EA es un reflejo del control de la PA; lo que genera, de algún modo, una mejor calidad de vida relacionada con la salud, tal como se muestra en los puntajes bajos de las dos dimensiones. Las relaciones positivas, estadísticamente significativas entre los puntajes de los inventarios EA, muestran la validez convergente del instrumento y su importancia al destacar el estado funcional del paciente, aspecto de interés de una variable de tipo subjetivo obtenida de un valor cuantitativo que representa el estado de salud (Roca et al, 2001).

En cuanto a la dimensión MS, la media de los pacientes del estudio fue de 14.50, por debajo de la media de 22.0 obtenida en el estudio llevado a cabo por Vinaccia. Esto indica, que los sujetos de estudio mostraron una CV más favorable (Vinaccia et al, 2007). En cuanto a la correlación entre la dimensión MS de las personas que viven con HAS, existe una correlación estadísticamente significativa, eso muestra que, al poseer una buena CV testificada por un menor número de manifestaciones somáticas de estos pacientes, es indudable un mejor control de la PA de los pacientes que viven con HAS. Sin embargo, es importante mencionar que la media obtenida en la dimensión EA se ubicó en un nivel de CV muy buena, mientras que la media obtenida en la dimensión MS lo hizo en un nivel de CV bueno, indicando que si hay unas limitaciones físicas propias de la HTA o enfermedades asociadas a ella y/o efectos secundarios de los medicamentos, pero que no son un obstáculo para la adherencia al tratamiento y control de la PA. Es indispensable enfatizar que la HAS es una enfermedad grave, más aún, cuando se asocia a otras enfermedades; esto implica cierto tipo de problemas secundarios a los efectos de los tratamientos farmacológicos utilizados, y disminuye la CV de los pacientes que la padecen. La importancia de esta medición muestra el estado de salud física y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de tipo subjetivo y poder inferir que el paciente posee mayor probabilidad de adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

A partir de estos resultados los profesionales de la salud, esto incluye al profesional Químico Farmacéutico pueden plantear intervenciones acordes a las condiciones de CV de los pacientes y, de este modo, disminuir el fracaso de los programas de atención en la salud (Vinaccia, Japcy Quiceno, Gómez & Montoya, 2007).

Son necesarios estudios futuros que corroboren los resultados de este trabajo y traten de resolver en lo posible, las limitaciones que presenta. Resultaría importante poder encuadrar los resultados con otros estudios similares, sin embargo, son muy escasos.

El cuestionario “CHAL” a pesar de ser válido, fiable y sensible para evaluar la calidad de vida en la hipertensión arterial, tiene el inconveniente de la larga duración de su administración que puede limitar su uso en la práctica clínica habitual, por lo que ya se cuenta con una versión reducida del mismo que mantiene las propiedades de medición de la versión validada, lo que puede convertirlo en una herramienta útil en la consulta diaria, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento del paciente hipertenso (De Oliveira y Cavalca 2012)

7. CONCLUSIONES

Las personas con hipertensión arterial se encuentran en una lucha continua, ya que es una enfermedad que presenta complicaciones emocionales y físicas, las cuales al no llevar un cuidado oportuno y control adecuado pueden llegar a causar la muerte, por tal motivo en el ámbito de la salud existe la inquietud de conocer cómo es la calidad de vida de las personas que la padecen, teniendo en cuenta que este es un concepto muy complejo.

En el presente estudio predominó el sexo femenino, la media de edad fue de $63,54 \pm 9,472$ años, el promedio del tiempo de evolución de la enfermedad fue de $7,22 \pm 6,191$ años y el de fármacos usados de $2,43 \pm 0,951$. El 100% de los hipertensos llevaba un tratamiento farmacológico siendo el ARA II el medicamento más consumido por dichas personas. Solo el 16.9% de los pacientes no presentaba comorbilidades.

Los resultados del estudio mostraron que independientemente de la edad, sexo, número de fármaco, tiempo de evolución y comorbilidades que presentaron los pacientes, la mayoría de estos se encontraron en un nivel de Calidad de Vida entre muy buena y buena, 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 autocuidarse.

Es necesario realizar más estudios ya que, hasta la fecha son escasos los informes sobre la aplicación del CHAL en población colombiana con HAS. El CHAL es un instrumento que los profesionales de la salud pueden aplicar para valorar la CV en pacientes con HAS y desarrollar intervenciones que mejoren su CV.

El conocer la CV es un importante aporte estratégico para transformar el cuidado de los pacientes con HAS, pero es necesario seguir investigando para confirmar los hallazgos en estas poblaciones y de ese modo asegurar la evaluación de la CV.

8. RECOMENDACIONES

Replicar estudios sobre calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en poblaciones rurales y urbanas

9. BIBLIOGRAFIA

Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco* 11 (1-2), 333-338

Aguilar, F., y Camara, S (2011). Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial (Tesis de pregrado). Universidad de Veracruzana, Veracruzana, México.

Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., et al. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 13, 283–298.

Baldi, G. (2010). Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos residentes en la región de Cuyo, Argentina. *Fundamentos En Humanidades*, 22(46), 177–192.

Campo, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Salud Pública*. 10 (5), 831-839.

Colombiana de salud S.A. (2015). *Guía de atención en medicina general, hipertensión arterial*. Recuperado de http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_ATENCION_MEDICINA/GUIA%20HIPERTENSION%20ARTERIAL%20C%20EXTERNA%202015%202020.pdf

Coronado, J., Díaz, C., Apolaya, M., Manrique, L., y Arequipa, J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana*, 26(4), 230.

Côté, I., Moisan, J., Chabot, I., & Grégoire, J. P. (2005). Health-related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, 30(4), 355-362.

Cuevas, F. (2003). Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertenso: factores influyentes. (Tesis doctoral). España, Editorial; Servicio de publicación Universidad de la Laguna, URL <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccppytec/cp197.pdf>

Dalfó. A., Badia. X. y Roca. A. (2002). Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). *Atención primaria*, 29 (2), 116-12.

Dalfó. A., Badia. X., Roca. A., Aristegui. I. y Roset. M. (2000). Validación del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) para su uso en España Relación entre variables clínicas y calidad de vida. *Atención Primaria*, 26, 96-103

De Oliveira, S., y Cavalca, R. (2012). Quality of life of patients with hypertension. *Journal of the Health Sciences Institute*, 30(2), 134-139.

Galárraga, M. (2014). Determinación de la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial mediante la aplicación del instrumento (CHAL) en el subcentro de salud de san juan. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad.

Gómez, M., García, C., Gómez, V., y Mondragón, P. (2011). Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 19(1), 8-9.

Gómez, V. y Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica, USAL en línea. [Recuperado 22/07/2016]; URL <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

Gutiérrez, J. (2001). Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida. *Colombia Médica*, 32 (2), 99-102.

Hernández, B. y Milagros, M. (2007) *Calidad de vida en enfermos crónicos*. (Tesis pregrado). Universidad de la laguna. España.

Ingaramo, R.A., Vita, N., Bendersky, M., Arnolt, M., Bellido, C., Piskorz, D. (...) Santana, M. (2005). Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 34, 104-111.

Jiménez, J. (2005). *Estudio epidemiológico de calidad de vida en hipertensos españoles*. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández. Alicante, España.

Loaiza, G. (2015). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial esencial y su relación con la calidad de vida en un grupo de pacientes de dos hospitales de la ciudad de Bogotá*. Especialista. Universidad Nacional de Colombia.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et-a.l, (2007). ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. ESH-ESC Practice guidelines for the management of arterial hypertension: ESH-ESC task force on the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertens*, 25, 62-1751.

Ministerio de salud y protección social. (2014). *Análisis de situación de salud*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf

Organización mundial de la salud. (2005) *Hipertensión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>

Organización mundial de la salud. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1

Organización panamericana de la salud. (2008). *Séptimo informe del comité nacional conjunto de los estados unidos de américa sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf

Ortunio, M., Guevara, H., y Cardozo, R. (2013). Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial. Informe médico. 15(2), 45-50

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

Rebollo, P., Fernández, F. y Ortega, F. (2001). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. Hipertensión, 18, 429-429.

Roca. A., Ametlla. J, Calero. S, Comas. O, Fernández. M, y Lospaus. R. (1992). Calidad de vida en la hipertensión arterial, *Medicina Clínica*, 98, 486-90.

Sánchez, R., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O. Zanchetti, A. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología* 29, 117-144.

Santin, J. (1999) *Hipertensión arterial: Factores de riesgo (síndrome plurimetabólico, tabaco alcohol y menopausia)*. (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid. España. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 19 (2), 9–21.

Segura, I. (2012). Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud barranquilla (tesis de maestría). Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.

Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. J Pers Assess. 2003; 80:99-103.

Szabo S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument, en Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. *Rev Scielo Nueva York* 1996; 3: 355-362

Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. (2001). *Calidad de Vida e Hipertensión Arterial*. Recuperado de www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf

Trujillo, W. G., Román, J. J., Lombard, A. M., Remior, E., Arredondo, O. F., Martínez, E.,... Valdivies, J. F. (2014). Adaptación del cuestionario sf-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos, *Revista cubana de salud y trabajo* 15(1), 62–70.

Varela, M., Arrivillaga, M., Caceres, D., Correa, D. y Holguin, L. (2005). Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(2), 69-86

Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A. y Tobón, S. (2005). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.

Vinaccia, S., Japcy, M., Quiceno, A., Gómez, L., & Montoya, L. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Perspectiva en Psicología*, 3, 203-211.

Vinaccia, S., & Quiceno, M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 6 (1), 124-125.

Zaldivar, C. y Gómez, G. (2014) Calidad de vida de los pacientes con Hipertensión Arterial de la Coordinación de Ixtlahuaca Sur, I.S.E.M. (Tesis Licenciatura). Universidad Autónoma de México. Toluca, Estado de México.

Zygmuntowicz M, Owczarek A, Elibol A, Chudek J. Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2012; 122 (7-8): 33-340

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS
PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA

La presente encuesta tiene como objetivo obtener información necesaria para el desarrollo de nuestro trabajo de grado, por lo que le solicitamos muy amablemente el diligenciamiento de esta, respondiendo con confianza y sinceridad las preguntas. La información que usted brinde se le dará un tratamiento confidencial. Su participación es completamente voluntaria y muy importante para nosotros. No hay respuestas correctas o incorrectas y le sugerimos que no deje ninguna pregunta sin responder. Gracias por su colaboración.

Sección I

Instrucciones: Conteste las preguntas de acuerdo su condición personal.

Edad: _____ Sexo: _____ Comorbilidad: _____
Numero de fármacos: _____ Tipo de fármacos: _____
Tiempo de Evolución: _____

Sección II

Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL)

Marque con una X la opción que mejor corresponda a cada pregunta. No marcar más de 2 respuestas en cada pregunta

No	Pregunta	No, en Absoluto (0).	Si, Algo (1).	Sí, Bastante (2).	Sí, Mucho (3).
1	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2	¿Ha tenido sueños que le asusten o le son desagradables?				
3	¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?				
4	¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir?				
5	¿Se despierta cansado (a)?				
6	¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?				
7	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?				
8	¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?				
9	¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?				

10	¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
11	¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?				
12	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
13	¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?				
14	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
15	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
16	¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?				
17	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
18	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?				
19	¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado (a)?				
20	¿Se ha sentido poco feliz y deprimido (a)?				
21	¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?				
22	¿Ve su futuro con poca esperanza?				
23	¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?				
24	¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?				
25	¿Ha notado que desea estar muerto (a) y lejos de todo?				
26	¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
27	¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?				
28	¿Se ha sentido agotado (a) y sin fuerzas?				
29	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo (a)?				
30	¿Ha notado debilidad en las piernas?				
31	¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?				
32	¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?				
33	¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?				

34	¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?				
35	¿Ha sufrido visión borrosa?				
36	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
37	¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?				
38	¿Ha padecido sofocos?				
39	¿Se le han hinchado los tobillos?				
40	¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?				
41	¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?				
42	¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?				
43	¿Ha notado sequedad de boca?				
44	¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?				
45	¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?				
46	¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?				
47	¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?				
48	¿Ha disminuido su apetito?				
49	¿Ha aumentado de peso?				
50	¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?				
51	¿Ha tenido dolor de cabeza?				
52	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
53	¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?				
54	¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
55	¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?				