



BUAP

Facultad de Medicina

UMF 7

**“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA TENSIÓN
ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 7, IMSS, PUEBLA”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Rocío Ramírez Sandoval

Director de Tesis

Dra. Karely Rodríguez Orduño

Asesor de Tesis

Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas



H. Puebla de Z. Enero de 2025

ÍNDICE

Contenido	
1. RESUMEN:.....	1
2. INTRODUCCION.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	2
3.1 ANTECEDENTES GENERALES:	2
3.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS	7
4 JUSTIFICACIÓN.....	10
5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
6 OBJETIVOS:.....	12
6.1 OBJETIVOS GENERALES.....	12
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
7 HIPÓTESIS.....	13
8 MATERIAL Y METODOS	13
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
8.2 UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO.....	13
8.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	14
8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACION.....	14
8.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO	14
7. 4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	14
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	15
8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:.....	15
8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	15
8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA	15
8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	17
8.7.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	17
8.8 VARIABLES Y ECALAS DE MEDICIÓN	18
8.9 MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS	19
8.10 ANÁLISIS DE DATOS.....	20
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	21
10. RESULTADOS	23
11. DISCUSIÓN.....	32
12. CONCLUSIONES.....	35
13. PROPUESTA	35
14. BIBLIOGRAFÍA.....	36
15. ANEXOS.....	38

1. RESUMEN:

“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 7, IMSS, PUEBLA”

Rodríguez Orduño Karely¹, Dra. Barranco Cuevas Irma Aidé¹, Dra. Ramírez Sandoval Rocío²

Especialista en Medicina Familiar UMF No. 7¹, Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar del IMSS².

ANTECEDENTES: La hipertensión arterial es una enfermedad crónico degenerativa prevalente en nuestro país, con predominio en la población adulta mayor, los cuales no están preparados para vivir con esta enfermedad y entre mejor calidad de vida, mejor manejo y control de la tensión arterial.

OBJETIVO: Conocer la relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial en adultos mayores de la UMF No. 7, IMSS, Puebla.

MATERIAL Y METODOS: Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, prolectivo y descriptivo realizado en hombres y mujeres mayores de 60 años. La calidad de vida se evaluó con el cuestionario MINICHAL (Alfa de Cronbach 0.95); y toma de tensión arterial, los resultados fueron revisados con medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas y medición de frecuencias para variables categóricas, así como uso de la correlación de Pearson para relacionar calidad de vida y control de la tensión arterial.

RESULTADOS: El estudio consistió de 215 pacientes con una mediana de edad de 70 años, con un rango intercuartílico de 11 años. En cuanto al sexo predominó el femenino con 69.30%, ocupación laboral 59.10% fue ama de casa, mediana de tiempo de diagnóstico de 7 años, con un rango intercuartílico de 11 años, con ingesta de 1 a 3 fármacos por persona, encontrando una presión arterial media de 90.97 ± 11.18 mmHg, con un sobrepeso en el 50.70%. Obteniendo como resultados en la encuesta Minichal una calidad de vida de 4.51 ± 4.65 . Para la relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial se realizó correlación de Pearson ($r = 0.115$ y $p = 0.093$).

CONCLUSIONES: Se encontró una relación positiva muy débil entre control de la tensión arterial y la calidad de vida, la cual no es estadísticamente significativa.

2. INTRODUCCION

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES GENERALES:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la HTA (hipertensión arterial) como una alteración en el que los vasos sanguíneos manejan una presión constantemente alta que como complicaciones desencadenan infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo (1). También se determina como una “tensión arterial sistólica inicial en reposo de 140mmHg o una tensión arterial diastólica inicial en reposo de al menos 90mmHg” y es un peligro considerado de salud pública por las complicaciones que pueden presentarse (2).

La guía Americana define como tensión arterial de 130/80 mmHg como el punto de corte para considerar HTA, sin embargo ISH y SemFyC, (International Society of Hypertension y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) en consideración a las guías NICE (National Institute for Health an Care Excellence) y europea plantean 140/90 mmHg para diagnosticar HTA. SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) conceptúa hipertensión a pacientes con tensión arterial mayor o igual 140/90 mmHg, con probabilidad de hacerse hipertensos a los que manejen tensión arterial de 130-139/80-89 mmHg (3).

La Hipertensión Arterial (HTA) es una patología que muy pocas veces ocasiona síntomas y es suscitada por factores de riesgo conductuales como dieta deficiente,

estilo de vida sedentaria y otros factores metabólicos como diabetes, obesidad y dislipidemias (4). El sobrepeso y la obesidad con índice de masa corporal a partir de 25 y 30, respectivamente incrementan la HTA por la aglomeración de grasa visceral (abdominal), al presentar síndrome metabólico (5). El American Collage of Cardiolgy (ACC) y la American Heart Association (AHA) publicaron una guía para prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos, con la meta de control de PA < 130/80 mmHg y el Monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) en la evaluación de la HTA de bata blanca e HTA enmascarada (6). La HTA se origina por manejo de factores genéticos y ambientales, en el que la herencia constituye el 30-50%, presentándose en la mayoría de los casos poligénicos, sin embargo, los factores ambientales producen modificaciones epigenéticas. El equilibrio de la TA normal resulta de la estabilización entre el gasto cardiaco y las resistencias vasculares periféricas (7). Cerca del 85 % de los casos, se desconoce una causa específica de la tensión arterial elevada y se clasifican como hipertensión primaria siendo su incidencia alta, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. Y a pesar de que es una enfermedad multifactorial, la función del sistema inmunitario en su patogenia ha sido confirmada (8). La resistencia vascular se incrementa con la edad a medida que la pared vascular se vuelve poco flexible. Esta modificación anexada con un bajo gasto cardiaco, aparece con la edad y da como resultado una mayor probabilidad de presentar HTA en los adultos mayores (9). La función de los linfocitos en el origen de la hipertensión y en el daño de órganos diana, abre nuevos prospectos para el tratamiento de la tensión arterial alta, se ha documentado que la migración de las células inmunitarias a los riñones, los vasos y el sistema nervioso central (de

predominio el sistema nervioso simpático) participa en el desarrollo de la hipertensión arterial (8).

La clasificación de los estadios de la TA de acuerdo a ESH/ESC (European Society of Cardiology/European Society of Hypertension) en 2018 son normal alta (130-139/85-89), Hipertensión grado 1 (140-159/90-99), Hipertensión grado 2 (160-179/100-109), Hipertensión grado 3 ($\geq 180/\geq 110$), Hipertensión sistólica aislada ($\geq 140/\leq 90$) (10).

Las guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología sugieren el uso de espironolactona, como antagonista del receptor de la aldosterona, en pacientes con HTA con dosis inicial de 12.5-25mg/día, presentando una disminución de albuminuria A2 o A3 con reducción de la tensión arterial diastólica y mejoría del patrón circadiano del MAPA-24h (11). Se sugiere como tratamiento inicial 2 fármacos en HTA grado 2 cuando la tensión arterial sistémica (PAS) o la tensión arterial diastólica (PAD) estén $>20/10$ mmHg, respectivamente y el uso de tratamientos combinados con PA arriba de 160/100 mmHg, las combinaciones más usuales son IECA (inhibidores de enzima convertidora de angiotensina) o ARA II (antagonistas de los receptores de la angiotensina) con diuréticos tiazídicos o calcio antagonistas (12). Un bloqueador de los canales de calcio (CCB) más un diurético o un bloqueador del receptor de angiotensina II (ARB) o un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ACEI) con un diurético, o un IECA o un ARB con CCB son las combinaciones más frecuentes como "tratamientos antihipertensivos de combinación doble", cuya prescripción existe en un solo comprimido, lo que facilita su prescripción y

adherencia al tratamiento por el paciente (3). DALY en sus siglas disability adjusted life years, son las “medidas de los años de vida perdidos por muerte prematura, más los años perdidos por una discapacidad grave”, los cuales miden la morbilidad y mortalidad en la HTA, constituyendo en un estudio con tensión arterial alta, 64 millones de DALY que corresponde a 4,4%, como uno de los principales motivos de carga global de enfermedad, lo que la coloca dentro de las cinco principales causas de incapacidad y muerte a nivel mundial (10). Entre las modificaciones del estilo de vida tenemos en primer lugar las estrategias dietéticas como la dieta mediterránea y la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), ingesta baja de sodio consumiendo 4.7g/día, limitar el consumo de alcohol a 14 unidades/semana en hombres y 8 unidades/semana en mujeres, teniendo en cuenta que 1 unidad equivale a 125ml de vino o 250ml de cerveza, no recomendar bebidas endulzadas por su alto contenido en sodio, el (IMC) índice de masa corporal ≥ 25 kg/m² incrementa el riesgo de aumentar la tensión arterial en un 50%, la actividad física aeróbica disminuye 8.3 mmHg la tensión arterial sistólica y 5.2mmHg la diastólica en pacientes con hipertensión arterial y por ultimo evitar el consumo de tabaco (7). En el ensayo Hygia Cronoterapia es diseñado para la atención primaria, indagando la administración rutinaria de pacientes hipertensos de ≥ 1 medicamentos prescritos para disminuir la tensión arterial a la hora de acostarse, en vez de al despertar, mejorando el control de la PA durante el sueño, en otras palabras, reduce la tensión arterial y, lo que es más interesante, presenta una declinación de la aparición de eventos cardiovasculares (13). Entonces tenemos que la HTA, por su incremento y letalidad, es una gran dificultad en Salud Pública y se agrupa a una deficiencia en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), generando considerables costos

económicos para el enfermo, la familia y para el sistema sanitario. La ingesta de psicofármacos se observa como un detonante en la calidad de vida relacionada con la salud de ambos sexos, siendo el segundo factor más fundamental para mujeres y varones (14). Algunas causas por la cual el tratamiento no ha logrado controlar la tensión arterial son: efectividad de los tratamientos farmacológicos, ajuste inadecuado del fármaco, apego al tratamiento, uso ineficaz del tratamiento combinado y dificultad de las estrategias de tratamientos actuales (15). La realidad es que el control del paciente hipertenso no es el adecuado, y esto se traduce en un panorama trágico para los servicios de salud, porque representa un fracaso a pesar del avance tecnológico y de la gran lista farmacológica disponible; y para el paciente, por las malas condiciones clínicas en el corto, mediano y largo plazo (16). La calidad de vida en el adulto mayor es la percepción del paciente en el universo, en relación a sus valores, normas, cultura y aspiraciones, que puede estar influenciada por la enfermedad, edad, trabajo, alimentación, entre otras, que al perderse la capacidad física y psicológica influyen en el estilo de vida saludable (17). Por lo que nuestro instrumento para medir la calidad de vida de HTA será el cuestionario MINICHAL (Mini cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial) que consta de 17 ítems con 2 dimensiones: Estado de ánimo y manifestaciones somáticas, con 1 pregunta que corresponde a la calidad de vida. Este es una síntesis del cuestionario de Calidad de Vida para la Hipertensión Arterial (CHAL) que fue creado y validado en España en el 2002 por Badia y colaboradores. El mini cuestionario consta de posibilidades de respuesta: 0 (No, absolutamente), 1 (si, poco), 2 (si, bastante) y 3 (si, mucho). La respuesta a cada uno de los ítems se refiere a los últimos siete días previos a la encuesta y la calificación va de cero que

significa mejor nivel de salud y 48 que es peor nivel de salud. Su credibilidad se determinó por el coeficiente Alfa de Cronbach, que alcanza un valor de 0.95, considerándose un elevado nivel de confiabilidad (18).

3.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

En el artículo de “calidad de vida relacionada con la salud en la hipertensión arterial: un análisis diferenciado por género sobre población de Cantabria” en octubre del 2020 se realizó un estudio transversal, evaluando la calidad de vida mediante el instrumento EQ-5D, observando que de 370 personas incluidas en el estudio, el 47.1% de los varones puntuó el estado óptimo de la calidad de vida, frente al 24.2% de las mujeres y el consumo de más de dos fármacos se correlacionó de forma inversa con las actividades cotidianas ($p=0,04$), el consumir menos o igual a dos fármacos antihipertensivos se asoció estadísticamente con el estado óptimo, mientras que, en las mujeres, no se observó ninguna diferencia (14).

El artículo “Incertidumbre y calidad de vida en pacientes con hipertensión” de la revista Journal Health NPEPS en el 2019, se realizó un estudio transversal y correlacional con 119 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, aplicando el cuestionario de la calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) se observó que pacientes con hipertensión arterial sistémica, la edad promedio fue de 65.7 años, con predominio del sexo femenino (63%), casado (56.3%) y respecto al ámbito educativo principalmente analfabetas, el 43.7%, de los participantes presentó sobrepeso/obesidad, con un promedio de IMC de 28.5, el 50.4% señaló tener una

muy buena calidad de vida y el 44.5% buena calidad de vida, el 52.9% presentó cifras de TA sistólica >140mmHg y 42.9% cifras de TA diastólica >80 mmHg (19).

En el estudio sobre calidad de vida con el instrumento MINICHAL en pacientes con hipertensión arterial en Ecuador 2021 realizado en el Hospital Enrique Garcés por Corral y Gonzales con 240 pacientes, el 60% pertenece al sexo femenino en su gran mayoría fueron amas de casa en un 43,4%, el 56,6% tuvieron una instrucción primaria y el 33,3% presentaron un tiempo de diagnóstico de 1 a 5 años en donde existe un predominio en los adultos maduros en un 20%, sin embargo en el adulto mayor de edad avanzada predomina el sexo masculino, el nivel de calidad de vida de la población según su ciclo vital fue en adultos maduros de 50 a 64 años: alta 23,3%, media 13,3% y baja 3,3%, en adultos mayores (edad temprana) de 65 a 75 años, la calidad de vida: alta 16,7%, media 10% y baja 3,3%, en adultos mayores (edad avanzada) de 76 a 89 años fue: alta 13,3% y media de 10% y en pacientes de 90 a 99 años de edad fue: alta de 3,3% y media 3,3% (20).

En el artículo de “calidad de vida durante la emergencia sanitaria, en pacientes hipertensos que acuden a la consulta de cardiología de un establecimiento hospitalario en Lima Norte”, en el 2022 se realizó un estudio descriptivo-transversal en una población de 136 pacientes utilizando el cuestionario MINICHAL se obtuvieron los siguientes resultados: en relación al sexo, con predominio del sexo femenino con 72,8% y masculino con un 27,2%. En relación al estado civil, predominio los convivientes con 54,4%, seguido de casados con un 36,0%, solteros con 5,9%, viudos con 2,9% y divorciados con un 7%. En cuanto al grado de instrucción, tuvo mayor frecuencia secundaria completa con 57,4%, seguido de

superior incompleto con un 27,2% y superior completo con 15,4%. En relación a la condición de ocupación, predominó estable con 47,1%, seguido de eventual con un 31,6% y sin ocupación 21,3%. Se observa que 95 participantes que representan el 69,9% tienen un nivel alto de calidad de vida relacionada a la salud, 31 participantes que representan el 22,8% tienen un nivel bajo y 10 participantes que representan el 7,4% tienen un nivel medio, evaluado mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y permiten obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones (21).

4 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial esencial es una enfermedad que genera complicaciones a largo plazo y a lo largo de los años el interés por manejar tensiones arteriales normotensas va en declive por eso es importante fomentar y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. El tratamiento de la HTA es con fármacos y estos producen reacciones adversas sobre la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad como náuseas, vértigo, somnolencia, gastritis, entre otros, que puede generar que el paciente se sienta peor que antes de iniciar o modificar el tratamiento, e influir para rechazar el manejo que a largo plazo será perjudicial para su bienestar y funcionalidad. Evaluar la calidad de vida del paciente con HTA es importante porque indaga sobre el impacto de la enfermedad que nos permite conocer mejor al enfermo, su evolución y adaptación a la enfermedad y entre mejor sea la calidad de vida, la población presentara una tensión arterial controlada. El porcentaje con regular o mala calidad de vida, implica la necesidad de plantear tácticas dirigidas a mejorarlas. La conciencia de tener una enfermedad crónica puede afectar la calidad de vida y tener un mayor impacto en el control de la tensión arterial.

5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2011 la Asamblea General de las Naciones Unidas identificó la gravedad del problema que representan las enfermedades crónicas no transmisibles, en el año 2008 siendo la HTA el principal factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular y que es útil para que todos los profesionales de la salud prioricen el proceso de atención al usuario con esta enfermedad. En México más de 30 millones de personas viven con HTA; una de cada cuatro tiene este padecimiento y 46% lo desconoce. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 2020, indican que 24.9% de los hombres y 26.1% de las mujeres padece esta enfermedad y que cada año ocasiona cerca de 50 mil fallecimientos. El control de la enfermedad ha prolongado la vida de millones de personas y el cuidado, no solo debe retrasar la muerte, sino promover la salud y la calidad de vida de las personas que viven con HTA. Estos índices han generado problemas en cuanto a incapacidad y/o invalidez, y al disminuir la tensión arterial, aumenta la calidad de vida, la cual es la piedra angular para nuestro estudio.

Por lo que surge la siguiente pregunta: ¿Cómo es la relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial en adultos mayores de la UMF No.7, IMSS, Puebla?

6 OBJETIVOS:

6.1 OBJETIVOS GENERALES

Conocer la relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial en adultos mayores de la UMF No. 7, IMSS, Puebla.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer los datos sociodemográficos (edad, sexo, ocupación) de los adultos mayores con hipertensión arterial
2. Identificar el tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial
3. Conocer el número de fármacos antihipertensivos que toman al día
4. Determinar el control de la tensión arterial de los pacientes
5. Identificar el IMC de los pacientes derechohabientes
6. Identificar la calidad de vida de los pacientes derechohabientes adultos mayores que cursen con HTA esencial

7 HIPÓTESIS

Hipótesis nula:

No existe relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial en adultos mayores de la UMF No. 7, IMSS, Puebla.

Hipótesis alternativa:

Existe relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial en adultos mayores de la UMF No. 7, IMSS, Puebla.

8 MATERIAL Y METODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

- Por la intervención del investigador: Observacional.
- Por el número de mediciones en el tiempo: Transversal.
- Por la evaluación de causalidad: Prospectivo.
- Por la forma de recolectar los datos: Prolectivo.
- Por el propósito objetivo del estudio: Descriptivo.

8.2 UBICACIÓN ESPACIO TIEMPO

La presente investigación se llevó a cabo en una población de 215 pacientes derechohabientes inscritos en la UMF No 7 de la ciudad de Puebla, Puebla que cumplieron con los criterios de selección establecidos en un periodo comprendido de seis meses posteriores a obtener registro.

8.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACION.

Población Fuente: Todos los pacientes derechohabientes mayores de 60 años de edad afiliados a la UMF No. 7 en la ciudad de Puebla, Puebla, con diagnóstico de HTA.

Población Elegible: Todos los pacientes derechohabientes mayores de 60 años de edad con diagnóstico de HTA de la U. M. F. No. 7 en la ciudad de Puebla, Puebla que acudieron a la unidad durante el periodo de estudio.

Población de Estudio: Todos los pacientes derechohabientes mayores de 60 años de edad con diagnóstico de HTA de la U. M. F. No. 7 en la ciudad de Puebla, Puebla que acudieron a la unidad durante el periodo de estudio, que cumplieron los criterios de selección y aceptaron participar.

8. 4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

7. 4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Derechohabientes de la UMF No. 7
2. Pacientes adultos mayores a partir de 60 años de edad
3. Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial
4. Ambos sexos
5. Ambos turnos

6. Pacientes que decidieron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes con tratamientos especiales como diálisis peritoneal o hemodiálisis
2. Pacientes que no sabían leer o escribir
3. Pacientes con postración prolongada
4. Pacientes que cursaron con algún padecimiento psiquiátrico que imposibilitaba contestar las preguntas de la encuesta.

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes que una vez iniciada la encuesta no desearon seguir participando en el estudio
2. Pacientes que no contestaron el total de la encuesta

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, intencional.

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con una población de 4,318 derechohabientes de la UMF 7 IMSS, Puebla que han padecido hipertensión arterial en el 2022 y dadas las características del siguiente protocolo se requiere estimar una muestra con un nivel de confianza del 95% con un valor crítico de 1.96 ($Z_{1-\alpha/2}$), con una precisión del 5% y una proporción esperada del 18% para relacionar entre calidad de vida y control de la tensión arterial en adultos mayores.

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

Tamaño de la población	N	4318
Nivel de confianza	$1 - \alpha$	0.95
Valor crítico Z	$Z_{1 - \alpha / 2}$	1.96
Proporción	P	0.18
Complemento de la proporción	$q = 1-p$	0.82
Precisión	D	0.05
Tamaño de la muestra	N	215.53

8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Variables independientes: Edad, sexo, ocupación, tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial, obesidad, tratamiento, control de la tensión arterial.

Variables dependientes: Calidad de vida.

8.7.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL

Edad: Expresada en años completos, por ejemplo 60, 61, 70 años de edad.

Sexo: Referido por el participante como masculino o femenino.

Ocupación: Referido por el paciente: obrero, profesional, empleado de oficina, ama de casa, otros.

Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial: Referido por el participante en tiempo, por ejemplo: 1,2,3 años/meses.

Número de fármacos: Número de medicamentos que el paciente ingiere para control de la hipertensión arterial, por ejemplo: 1,2,3, etc.

Control de la tensión arterial: Se calcula la presión arterial media de la tensión arterial y se define como controlada si el rango es de 70-105 mmHg.

IMC: Número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. Evalúa el estado nutricional y se clasifica en peso bajo, peso normal, sobrepeso, obesidad grado I, II, III.

Calidad de vida: Definido como buena o mala calidad de vida referido por el paciente en el instrumento MINICHAL que consta de 17 ítems que consta de posibilidades de respuesta: 0 (No, absolutamente), 1 (si, poco), 2 (si, bastante) y 3 (si, mucho) y la calificación va de cero que significa mejor nivel de salud y 48 que es peor nivel de salud. Su credibilidad se determinó por el coeficiente Alfa de Cronbach, que alcanza un valor de 0.95, considerándose un elevado nivel de confiabilidad.

8.8 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	PARAMETROS
Edad	Cuantitativa continua	Razón	Referido por el participante	Años cumplidos. 60, 70, 71, etc.
Sexo	Cualitativa	Nominal	Referido por el participante	1. Masculino 2. Femenino
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Referido por el participante	1.- obrero 2.-profesional 3.-empleados de oficina 4.-ama de casa 5.-otros.
Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial	Cuantitativa continua	Razón	Referido por el participante	Meses o años con el diagnóstico. Por ejemplo 1,2,3 años/meses
Número de fármacos	Cuantitativa	Discreta Razón	Referido por el participante	Número de fármacos: 1 ,2, 3, etc.

Control de la tensión arterial	Cuantitativa	Continua	Según la cifra de presión arterial al momento de la encuesta	TA Media 70-105 mmHg
IMC	Cualitativa	Ordinal	Peso y talla	Bajo peso: Menor 18 Normal: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad I: 30-34.9 Obesidad II: 35-39.9 Obesidad III: 40 o más
Calidad de vida	Cuantitativo	Discreta	Resultado del cuestionario Minichal	Cero que significa mejor nivel de salud y 48 que es peor nivel de salud. Se obtendrá la media del puntaje obtenido de los participantes para poder clasificar.

8.9 MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS

Una vez revisado y aprobado el protocolo de investigación por parte de los asesores (metodológico y experto) previo registro ante el CLIS y autorización por el director de la U.M.F. No. 7, se buscó a los pacientes con hipertensión para pedirles su participación.

-Se incluyó a 215 derechohabientes adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 7 que cumplieron con los criterios de selección.

-Se les invitó a ingresar al protocolo de estudio, se explicó de manera clara y precisa en qué consistió y su duración.

-Al aceptar ingresar al protocolo de estudio se proporcionó el formato de consentimiento informado.

-Se procedió a llenar la hoja de recolección de datos.

-Se realizó toma de peso, talla y tensión arterial.

-Contestaron el cuestionario de calidad de vida MINICHAL que consta de 17 preguntas en un tiempo máximo de 6 minutos y consta de posibilidades de respuesta: 0 (No, absolutamente), 1 (si, poco), 2 (si, bastante) y 3 (si, mucho). La respuesta a cada uno de los ítems se refiere a los últimos siete días previos a la encuesta y la calificación va de cero que significa mejor nivel de salud y 48 que es peor nivel de salud. Su credibilidad se determinó por el coeficiente Alfa de Cronbach, que alcanza un valor de 0.95, considerándose un elevado nivel de confiabilidad.

8.10 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó análisis univariado de las variables de investigación y de las sociodemográficas; con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas. Para la relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial utilizaremos el coeficiente de correlación r de Pearson.

9. ASPECTOS ÉTICOS

La bioética es la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen con relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica.

Esta investigación médica está basada en los principios básicos está encaminada a valorar la relación entre calidad de vida e hipertensión arterial, en los pacientes derechohabientes de la UMF No 7, con el fin de revisar la calidad de vida, y valorar la mejor opción para un mejor control de los pacientes, evitando así complicaciones.

Uno de los perfiles del médico familiar como profesionalista de la salud es el encargado de la atención a la comunidad y asistencial donde la relación médico paciente en la consulta externa mejorara la calidad de vida de los pacientes hipertensos empleando fármacos de mejores resultados. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad.

Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16 donde dice que en las

investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Finalmente, en esta investigación se solicitó consentimiento informado a los pacientes de la UMF No 7.

10. RESULTADOS

Se estudiaron a 215 derechohabientes, donde se obtuvo una mediana de edad de 70 años.

CUADRO 1. ESTADIOGRAFO DE EDAD EN ENCUESTA MINICHAL

ENCUESTA MINICHAL	EDAD
MEDIANA	70
RANGO INTERCUARTILICO	11
MÍNIMO	60
MÁXIMO	93

FUENTE: Encuesta Minichal realizada en UMF No 7

Respecto al sexo, el femenino predominó con 69.3 %(n=149)

CUADRO 2. REPRESENTACIÓN POR SEXO

SEXO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	66	30.70
FEMENINO	149	69.30
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Encuesta Minichal realizada en UMF No 7

CUADRO 3. REPRESENTACIÓN POR OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
OBRERO	9	4.20
PROFESIONAL	1	0.50
EMPLEADO DE OFICINA	9	4.20
AMA DE CASA	127	59.10
OTROS	69	32.00
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Encuesta realizada en UMF No 7, San Bartolo, Puebla.

En cuanto al tiempo de diagnóstico, la mediana fue de 7 años.

CUADRO 4. REPRESENTACIÓN POR TIEMPO DE DIAGNÓSTICO

MEDIDA	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO
MEDIANA	7.00
RANGO INTERCUARTILICO	11.00
MÍNIMO	0.60
MÁXIMO	68.00

FUENTE: Encuesta realizada en UMF No 7, San Bartolo, Puebla.

Con relación a la variable de número de fármacos, la media fue de 1.54 ± 0.66 y se obtuvo como mínimo 1 y un máximo de 3 fármacos por persona.

CUADRO 5. REPRESENTACIÓN POR NÚMERO DE FÁRMACOS

MEDIDA	NÚMERO DE FÁRMACOS
MEDIA	1.54
MEDIANA	1.00
MODA	1
DESV. ESTÁNDAR	0.66
VARIANZA	0.43
RANGO	2
MINIMO	1
MÁXIMO	3

FUENTE: Encuesta realizada en UMF No 7, San Bartolo, Puebla.

Respecto al control de tensión arterial, la media fue de 90.97 ± 11.18 y se obtuvo como mínimo 65 y máximo 123.33

CUADRO 6. CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL

MEDIDA	PRESIÓN ARTERIAL MEDIA
MEDIA	90.97
MEDIANA	90
MODA	86.67
DESV. ESTANDAR	11.18
VARINAZA	125.15
RANGO	58.33
MÍNIMO	65
MÁXIMO	123.33

FUENTE: Encuesta realizada en UMF No. 7, San Bartolo, Puebla

Respecto al índice de masa corporal, el sobrepeso predominó con 50.70% (n=109).

CUADRO 7. INDICE DE MASA CORPORAL

IMC	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
PESO BAJO	2	0.90
NORMAL	42	19.60
SOBREPESO	109	50.70
OBESIDAD GRADO I	44	20.50
OBESIDAD GRADO II	16	7.40
OBESIDAD GRADO III	2	0.90
TOTAL	215	100.0

FUENTE: Encuesta realizada en UMF No 7, San Bartolo, Puebla.

Con relación a la variable calidad de vida respecto al puntaje Minichal, la media fue de 4.51 ± 4.65 puntos y se obtuvo como mínimo 0 y un máximo de 23 puntos.

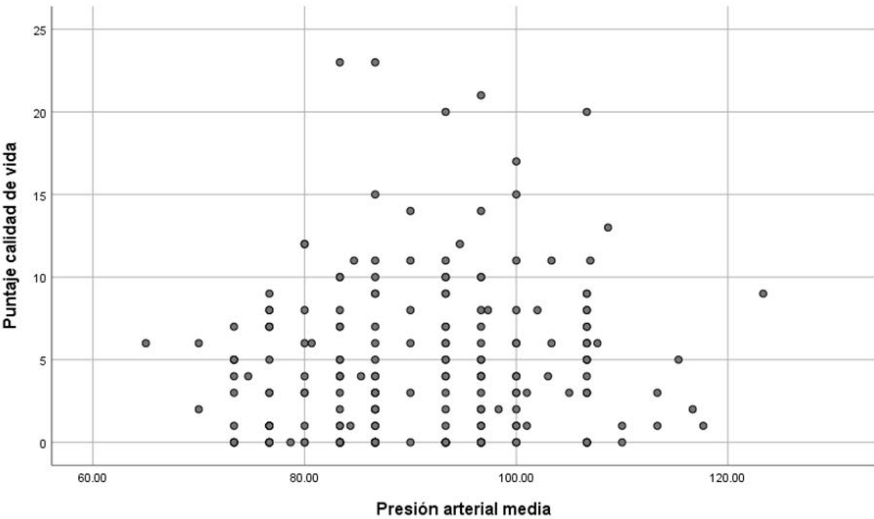
CUADRO 8. VARIABLE DEL PUNTAJE MINICHAL

MEDIDA	PUNTAJE MINICHAL
MEDIA	4.51
DESV. ESTÁNDAR	4.65
MÍNIMO	0
MÁXIMO	23

FUENTE: Encuesta realizada en UMF No 7, San Bartolo, Puebla

Se realizó prueba de correlación de Pearson considerando a las variables calidad de vida y control de la tensión arterial como cuantitativas, encontrando que hay una relación muy débil entre estas variables y no es estadísticamente significativa.

CUADRO 9. CORRELACIÓN DE PEARSON



$r=0.115$ $p=0.093$

FUENTE: Encuesta realizada en UMF No 7, San Bartolo, Puebla

11. DISCUSIÓN.

En el estudio de Emilio Pariente Rodrigo y cols., de 355 personas incluidas, 198 mujeres (55,7%) eran de mayor edad, con un nivel educativo bajo que consumían psicofármacos en mayor cantidad. Los varones indicaban un mal control de cifras tensionales, sin alcanzar una diferencia significativa en ambos sexos con relación al antihipertensivo y el tiempo de diagnóstico. El 47,1% de los varones puntuó el estado óptimo (índice EQ-5D=1), frente al 24,2% de las mujeres, y el consumo de más de dos fármacos se correlacionó de forma inversa con AC ($p=0,04$). El sexo masculino consumía menos o igual a dos antihipertensivos que se relacionaba con el estado óptimo, en comparación con las mujeres que no se observó diferencia. En relación con nuestro estudio de 215 derechohabientes, existen similitudes porque ambas investigaciones fueron realizados en unidades de Medicina Familiar, todos eran mayores de 60 años de edad en la UMF No. 7, de la ciudad de Puebla; donde el 69.30% predominó el sexo femenino, con un adecuado control de tensión arterial en 155 pacientes (72.10%), consumiendo de 1 a 3 fármacos y con un tiempo de diagnóstico mínimo de 0.6 y máximo de 68 años. Además, valoramos la calidad de vida por medio de la variable del puntaje Minichal, obteniendo una mejor calidad de vida en 209 pacientes (97.20%), con una prueba de relación $p=0.020$.

En el artículo de Alejandra Hernández Nicio y cols. "Incertidumbre y calidad de vida en pacientes con hipertensión" fue elaborado en el estado de Oaxaca, la muestra fue de 119 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial, donde la edad promedio fue de 65.7 ± 14.7 años, destaca el sexo femenino, casado y sin escolaridad; además el 67.2% cursan con sobrepeso/obesidad, con IMC de 28.5 (DE = 6.8), el 50.4% tienen una muy buena calidad de vida, el 52.9% con cifras de TA sistólica > 140 mmHg y 42.9% TA diastólica > 80 mmHG. En cuanto a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), los viudos y analfabetas presentan menor CVRS. En relación con nuestro estudio de 215 pacientes de la UMF No. 7, existe semejanza al estudio previo porque el diagnóstico mínimo es de seis meses

sin otra enfermedad crónica persistente, destacando el sexo femenino y amas de casa; con 69.30% y 59.10% respectivamente, con sobrepeso del 50.70% y obesidad grado I del 20.50%, con un buen control de la tensión arterial en 72.10%, reflejándose además una peor Calidad de Vida (CV) del 2.80% utilizando el cuestionario Minichal y en relación a la pregunta número 17 respecto a la percepción de la calidad de vida codificada, tenemos el 4.20% con una mala percepción.

En la tesis de Gabriela Patricia Carrillo Bayas “Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial”, se estudiaron 30 personas en el Centro de Salud Tipo C Quero, en Ambato - Ecuador, 2021; donde el 60% pertenece al sexo femenino, se capta un 30% de adultos maduros, prevaleciendo el sexo masculino y en longevos el sexo es por igual, la mayoría de la población examinada consiste en amas de casa, representando un 43.4%. Además, se evidencia que, entre los adultos mayores y longevos, hay un predominio significativo de aquellos que no realizan ninguna ocupación, alcanzando el 100%. En cuanto al tiempo de diagnóstico tenemos que predominó de 1 a 5 años en 20%, en los adultos maduros de 50-64 años, seguido de más de 10 años (16.7%) en adultos mayores de 76-89 años. Los pacientes estudiados en la mayoría presentan una disfunción familiar leve en un 30%, con predominio en adultos maduros de un 16.7% y en los adultos mayores de edad temprana, avanzada y en los longevos existe funcionalidad normal porque se ha observado en ellos una red de apoyo. En nuestro estudio realizado, se protocolizó a 215 derechohabientes con similitudes al realizar la encuesta MINICHAL en pacientes de 60 años y más, quienes cumplían con los criterios de selección y eran beneficiarios de la Unidad Médica Familiar No. 7 en la ciudad de Puebla, predominando el sexo femenino con el 69.30%, siendo amas de casa el 59.10%, con un tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial de 6 años hasta 68 años de evolución. Con una peor calidad de vida en el 2.80% de los pacientes, obteniendo una mala percepción en el 4.20%, probablemente por la cantidad de muestra que es mayor.

En la tesis de Smanez Vargas Vanessa “Calidad de vida durante la emergencia sanitaria, en pacientes hipertensos que acuden a la consulta de cardiología de un

establecimiento hospitalario en Lima Norte, 2022”, se realizó un estudio en el Hospital Lima Norte con 136 pacientes, en correlación a la edad, la mínima fue de 30 años y máxima de 78 años, siendo la edad media 48.87 años, revelando que el sexo femenino predominó en el 72.8%, en cuanto al estado civil, predominó los convivientes con 54.4% (n=74), seguido de casados con un 36.0% (n =49). En relación con la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial se observó un nivel alto con 69.9%, seguido del nivel bajo con 22.8% y nivel medio con 7.4%. Existiendo similitud con nuestro estudio tenemos que en ambos se efectuó la encuesta MINICHAL, siendo la edad media de 70 años, con mayor número del sexo femenino con el 69.30%, la mayoría siendo amas de casa con el 59.10% (n=127). En relación a la calidad de vida tenemos una mejor calidad de vida del 97.20 % con una buena percepción del 95.80 %, seguramente porque nuestra muestra fue más grande comparada a la de Cardiología en Lima.

12. CONCLUSIONES

Podemos concluir que de la población estudiada, la edad mediana es de 70 años de edad, de los cuales la frecuencia fue para mujeres de $\frac{3}{4}$ partes, y de acuerdo a la variable de ocupación; un poco más de la mitad son amas de casa, con sobrepeso la mitad de los participantes, ocupando para el control de su enfermedad de 1 a 3 fármacos, con una presión arterial media de 90.97 mmHg.

Respecto a la calidad de vida por medio del puntaje Minichal la media fue de 4.51 puntos.

A través de la correlación de Pearson, se encontró una relación positiva muy débil entre el puntaje de calidad de vida y tensión arterial, la cual no es estadísticamente significativa.

13. PROPUESTA

Sustentado en la siguiente investigación, es importante detectar la hipertensión arterial, a pesar de que la relación entre la calidad de vida sea débil, porque al no tener complicaciones de la patología, pueden realizar todas las actividades sin que ellos perciban una mala calidad en su vida diaria, puesto que ninguno de ellos tenía algún otro padecimiento agregado. Es importante sondear a los pacientes que acuden a la consulta externa, planteando lo siguiente:

1. Programar pláticas en la sala de espera, cada 3 meses impartida por los pasantes del servicio social para mejorar la calidad de vida del derechohabiente con hipertensión arterial
2. Con apoyo de la asistente médica, encuestar a los pacientes que acuden a la consulta externa con el instrumento Minichal, para identificar la calidad de vida.
3. El médico familiar deberá identificar a los pacientes con descontrol de la tensión arterial, refiriéndolo al servicio de psicología/trabajo social, para realizar dinámicas en compañía de sus familiares para mejorar la interacción entre sus redes de apoyo.
4. Identificar otros factores o enfermedades que alteren la calidad de vida del adulto mayor.
5. Realizar seguimiento de los pacientes que participaron en este estudio por un periodo de un año para evaluar su calidad de vida

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. Hipertensión.OMS. https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1.
2. Taverny G., Mimouni Y., LeDigarcher A., et al. Farmacoterapia antihipertensiva para la prevención de la muerte cardíaca súbita en pacientes hipertensos. Rev. Médica Clínica Las Condes. 2018; 29: 103-107. DOI 10.1016/J.RMCLC.2018.02.003
3. Mingorance M. Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías. Boletín Terapéutico Andaluz 2020; 35: 39-49.
4. Campos-Neonato I., Hernández-Barrera L., Flores-Coria A, et al. Prevalence, diagnosis and control of hypertension in Mexican adults with vulnerable condition. Results of the Ensanut 100k. Rev. Salud Pública México. 2019; 61: 888-897. DOI 10.21149/10574
5. Ramón J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Rev. Med. Clin. Condes 2018; 29 : 61-68.
6. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, et al. Spanish Society of hypertension position statement on the 2017 ACC/AHA hypertension guidelines. Hipertensión y Riesgo Vascular. 2018; 35: 119-129.
7. Gopar-Nieto R., Ezquerro-Osorio A., Chávez-Gómez N. et al. ¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales. Rev. Archivos de Cardiología de México 2021; 91: 493-499 . DOI: 10.24875/ACM.200003011
8. Felkle D., Jarczynski M., Kaleta K., et al. The immunomodulatory effect of antihypertensive therapy: a review. Rev. Biomedicine y Pharmacotherapy 2022; 153: 1-22.
9. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, et al. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. Salud Publica de Mexico 2021; 63: 692-704. DOI: 10.21149/12851.
10. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
11. Galcerán I., Vázquez S., Crespo M., et al. Hypertensive mediated organ damage evolution in resistant hypertension patients after adding spironolactone. Rev. Nefrología. 2023; 42: 309-315

12. Rosas-Peralta M., Borraro-Sánchez G., Acocer L, et al. Terapia dual o triple en hipertensión arterial sistémica, ¿a quiénes, cuándo y con qué?, Gaceta Médica de México. 2020; 156: 225-228. DOI 10.24875/GMM.20000036
13. Hermida R. El tratamiento de la hipertensión a la hora de acostarse mejora la reducción del riesgo cardiovascular: el ensayo de cronoterapia. Rev. European Heart Journal. 2019; 1-12. DOI 10.1093/eurheartj/ehz754
14. Pariente R, García-Garrido A, Lara T, et al. Health-related quality of life in hypertension: a gender-differentiated analysis in population of Cantabria. Rev. España Salud Publica. 2020; 94: 1-13
15. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. Rev Esp Cardiol 2019; 27: 1-78. DOI 10.1016/j.recesp.10.1016/j.recesp.2018.11.022
16. Suárez-Argüello J, Blanco-Castillo L., Perea-Rangel J, et al. Creencias de enfermedad, creencias de medicación y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Archivos de Cardiología de México 2022; 92: 327-333. DOI: 10.24875/ACM.21000026
17. Duran-Badillo T, Herrera J., Salazar B., et al. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Rev. Ciencia y enfermería 2022; 28: 1-10. DOI 10.29393/CE28-3FFTJ60003.
18. Quintana A. Calidad de vida en ancianos con hipertensión arterial atendidos en el consultorio de adulto mayor del policlinico próceres. Santiago Surco, Lima: Universidad Norbert Wiener. 2019: 1-16
19. Hernández A., Chávez J., Gutiérrez J., et al. Incertidumbre y calidad de vida en pacientes con hipertensión. Rev. Journal Health NPEPS. 2019; 4(2): 240-252
20. Carrillo B. Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial. Universidad Técnica de Ambato 2021
21. Vargas S., Rimascca M. Calidad de vida durante la emergencia sanitaria, en pacientes hipertensos que acuden a la consulta de cardiología de un establecimiento hospitalario en Lima, Norte. Universidad María Auxiliadora 2022: 1-29

15. ANEXOS

ANEXOS 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial en adultos mayores de la UMF No. 7, IMSS, Puebla
Patrocinador externo (si aplica):	No se cuenta con patrocinador externo
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 7 Puebla, Puebla
Número de registro institucional:	R-2022-2104-050
Justificación y objetivo del estudio:	Le invitamos a participar en esta investigación donde determinaremos como es su calidad de vida, ya que es importante que usted tenga una buena calidad de vida, lo que lo puede llevar a un mejor control de su enfermedad.
Procedimientos:	Si usted acepta participar, le realizaré una serie de preguntas como edad, sexo, ocupación, además de un cuestionario para saber cómo es su calidad de vida, el cual tiene 17 preguntas, en ese debe encerrar en un círculo el número que mejor corresponda a su opinión y forma de vida, el cual se aplicará en el aula de educación de la UMF No.7. Se le tomará la tensión arterial para ver si está controlado, se le medirá peso y talla. Usted tardará un total de 20 minutos y esa será su participación.
Posibles riesgos y molestias:	Usted puede presentar entre los riesgos físicos, alguna contractura muscular debido al tiempo por encontrarse sentado para responder los cuestionarios; usted no corre ningún riesgo social ya que solo contestará las preguntas del cuestionario en forma privada, sin que alguien más esté presente, más que usted y yo, no queremos causarle ninguna molestia, ya que los datos se guardarán y nadie más los sabrá. No habrá riesgos económicos, ya que solo lo entrevistaremos en una ocasión, sin hacerle venir más días. No hay ningún riesgo para la sociedad ya que no se aplicará ninguna maniobra que pudiera afectar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted podrá conocer los resultados obtenidos, por ejemplo, que tan buena o mala calidad de vida tiene y cómo esto influye en su enfermedad, lo anterior es de utilidad para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida, detectar si requiere apoyo de otras especialidades para poder canalizarlo en tiempo y forma.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al final del estudio le diremos los resultados para que usted sepa cómo se encuentra su calidad de vida. Esto se hará de manera privada y podremos aclarar todas sus dudas, nos comprometemos a darle información actualizada sobre estos temas. Los resultados finales del estudio se darán a conocer a las autoridades de la clínica, pero no se darán los nombres de quien participo ni sus datos personales, de tal forma que nadie podrá identificarlo.
Participación o retiro:	Solo usted decide si quiere participar o no, aunque su decisión inicial haya sido que, si participa, si usted ya no lo desea, solo debe indicar en cualquier momento que no desea seguir, sin que su decisión afecte el trato que recibe en la clínica.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos son guardados con mucho cuidado para que nadie los conozca, todo lo que usted nos diga se mantiene en secreto y de forma confidencial, por lo que al único que se le dará su información será a usted.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

En caso de que al medir su tensión arterial, esta se encuentre descontrolada, lo derivaremos con su médico familiar para que realice modificaciones a su tratamiento y en caso de que su presión esté muy alta se le llevará de inmediato a urgencias para estabilizarla.

Beneficios al término del estudio:

Usted habrá conocido si su presión está controlada y la calidad de vida que usted tiene. Se le aclararan todas sus dudas y se le brindarán recomendaciones que lo ayudarán, si es necesario, lo mandaremos a otro servicio que le pueda apoyar en su enfermedad.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Karely Rodríguez Orduño. Especialista en Médico familiar U.M.F. No. 7. Matrícula: 2224843538 Email: karelyro.kr@gmail.com Celular: 2221320584

Colaboradores:

Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 7 IMSS, Matrícula: 98220485, aidebc@hotmail.com, celular 2225258711, Dra. Rocío Ramírez Sandoval Médico residente de primer año de medicina familiar, adscrita a UMF 7 matrícula 97225667, rramirez_carlos@hotmail.com.mx, celular 2491766815

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética en Investigación 21048, Dra. Adriana Xaxalpa Salinas, celular 22-25-18-85-34 o al correo electrónico: comite.bioetica21048@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. **Clave: 2810-009-013**

ANEXO 2

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS


CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS

Puebla, Puebla, a 4 de octubre de 2022

DRA. NAYELLY ISABEL PALACIOS RAMIREZ
Director de la U.M.F. NO. 7
P R E S E N T E:

Yo EEFM, Ramirez Sandoval Rocío, de la UMF No. 07, hago constar, en relación al protocolo No. _____ titulado "RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 7, IMSS, PUEBLA" que me comprometo a resguardar y mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los datos, documentos, expediente, reportes estudios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a nuestro cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar los datos personales contenidos en los sistemas de información desarrollados en la ejecución de este. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento, se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (última actualización 2016), la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal de la Ciudad de México y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables en la materia.

ATENTAMENTE



Dra. Karely Rodríguez Orduño
Nombre y firma



Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas
Nombre y firma



Dra. Rocío Ramírez Sandoval
Nombre y firma

ANEXO 3

Cuestionario de calidad de vida de la Hipertensión Arterial (MINICHAL)

Nombre: Edad: años

NSS: Sexo: M F

Ocupación: Tiempo de Diagnóstico de HTA:

Peso: IMC: No. De Farmacos para HTA:

Talla: TA:

Marque una cruz en la casilla que elija, sólo una por línea					
	En los últimos 7 días....	No, en absoluto	Sí, algo	Sí, bastante	Sí, mucho
1	¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño?				
2	¿Ha tenido Dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
3	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
4	¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?				
5	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
6	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
7	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				

8	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?				
9	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?				
10	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
11	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de ¿falta de aire sin causa aparente?				
12	¿Se le han hinchado los tobillos?				
13	¿Ha notado que orina más a menudo?				
14	¿Ha notado sequedad de boca?				
15	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
16	¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
17	¿Diría usted que su hipertensión y el tratamiento de la misma afecta a su calidad de vida?				

Puntaje:

Calidad de vida:

ANEXO 4

Puebla, Pue. a 04 de octubre de 2022

Asunto: Carta de no inconveniente

Por medio de la presente me dirijo al comité local de investigación para manifestar que no tengo inconveniente para la realización del protocolo llamado **“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 7, IMSS, PUEBLA”**, que tiene como autor principal a la Dra. Karely Rodríguez Orduño, como coautores al residente del primer año de medicina familiar de esta unidad Dra. Rocio Ramírez Sandoval y a la Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas.

Durante el estudio se entrevistará a los adultos mayores para conocer la relación entre calidad de vida y control de la tensión arterial en adultos mayores de la UMF No. 7, IMSS, Puebla.

Sin más por el momento agradezco su atención



Dra. Nayelly I Palacios Ramirez
Medicina Familiar
Matrícula 99228100
Cédula de Especialidad 7515428
DIRECCIÓN

DRA. NAYELLY ISABEL PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA DE LA UMF No. 7

ANEXO 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2104.
U MED FAMILIAR NUM 6

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 137
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017102

FECHA Miércoles, 26 de octubre de 2022

Dr. KARELY RODRIGUEZ ORDUÑO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 7, IMSS, PUEBLA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2022-2104-050

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.


ATENTAMENTE


Alfredo Hernández Simón
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 6

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF 7

PUEBLA, PUEBLA; DICIEMBRE DEL 2024

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:
Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas
Dra. Karely Rodríguez Orduño

DE LA TESIS TITULADA:
RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 7, IMSS, PUEBLA


REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:
Dra. Ramírez Sandoval Rocío


DE LA ESPECIALIDAD DE:
Medicina Familiar


HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO CON EL NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL:
R-2022-2104-050


PROPORCIONADO POR EL SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO EN LÍNEA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (SIRELCIS).


AUTORIZO SU IMPRESIÓN
ASESORES:


Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas
NOMBRE, FIRMA Y FECHA


Dra. Karely Rodríguez Orduño
NOMBRE, FIRMA Y FECHA


Dra. María Odilia Chávez Peñalosa
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
MEDICINA FAMILIAR


Dr. Adán Sergio Bonilla Becerril
CCEIS UMF 7


Dr. Jorge Ayón Aguilar
COORDINADOR FAMILIAR
MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD
Ced. Prof. 3503282
Mat. 9920553