

## Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial

**Autor: Naomi C. Bonilla Pedroso\***  
**Tutoras: MSc. Dra. Isis Pedroso Morales\*\***  
**Dr.C Dra. Tania Bravo Acosta\*\***

**\*Estudiante de sexto año de Medicina**

**\*\*Especialista en Medicina Física y Rehabilitación**

Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad "Victoria De Girón". Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, CIMEQ.

### RESUMEN

**Introducción:** El estado funcional y la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial sistémica, van a ser el resultado de la integración de factores de riesgo, síntomas de la enfermedad, tipo de tratamiento y años de evolución. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en la Sala de Rehabilitación "Rafael Ezecharreta" del municipio San José de las Lajas en el período Noviembre 2014 - Octubre 2015. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para evaluar la calidad de vida en hipertensos; la muestra se conformó con 1957 pacientes hipertensos, se empleó Muestreo Aleatorio Simple, para evaluar la calidad de vida se aplicó el cuestionario de Calidad de Vida SF-36; valora estados de salud percibido por el paciente. Se utilizó el test de Chi cuadrado para comprobar asociación significativa entre las variables involucradas. Las pruebas se realizaron con un nivel de significación preestablecido  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se obtuvieron puntuaciones promedios correspondiente a regular calidad de vida, las variables sociodemográficas, las comorbilidades, los grados de hipertensión arterial y tipo de tratamiento, se asociaron significativamente a la evaluación de la calidad de vida. **Conclusión:** Se evaluó la calidad de vida de regular predominando las edad igual o mayor de 60 años, hombres, color de la piel negro, técnico medio, con vínculo laboral, dos o más comorbilidades, grado de hipertensión 3, sin tratamiento y con mas de 10 años de evolución.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial, calidad de vida, tratamiento.

## INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un grupo de patologías que afectan cada vez más a un mayor número de personas y las mismas están asociadas a factores de riesgo bien conocidos, determinados por el modo y estilo de vida de las personas, que obliga a la necesidad de establecer un sistema de vigilancia para la observación, investigación e intervención en aquellos factores, biológicos, psicológicos, socioeconómicos o ambientales que influyen en el origen de estas enfermedades.<sup>1</sup> En este sentido, la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que ha aumentado en el tiempo y se ha convertido en un problema de salud pública importante, ya que es una de las patologías responsable de gran cantidad de eventos cardiovasculares diagnosticados cada año en el mundo. Una investigación llevada a cabo por la Sociedad Internacional de Hipertensión, reveló que 7,6 millones de personas de todo el mundo fallecieron por causas vinculadas a la hipertensión en el 2011, lo que equivaldría a más de 20 mil muertes por día. Desde ese año hasta la actualidad, en el 2014 se estima que 50 millones de personas fallecieron por esta enfermedad y muchas más sufrieron algún grado de discapacidad. De acuerdo a los resultados del estudio, el 80% de estas muertes se produjo en países en desarrollo.<sup>2,3</sup>

La creciente expansión del estilo de vida urbano característico con una mayor tendencia al sedentarismo y a la obesidad, ha favorecido el aumento de la prevalencia de HTA y de las complicaciones cardiovasculares derivadas de este trastorno. Este aumento de la prevalencia de HTA en el mundo se debe al envejecimiento de la población y a la ampliación de los criterios de diagnóstico empleados,<sup>4</sup> lo que ha contribuido a que se registren tasas cada vez más elevadas, especialmente en las comunidades urbanas.<sup>4</sup>

Se calcula que la prevalencia de HTA en la población mayor de 30 años es de 30%. Se ha observado una tendencia al aumento de la prevalencia de esta enfermedad en el mundo como parte del fenómeno denominado “transición epidemiológica”, en el cual las enfermedades crónicas y degenerativas van desplazando de los primeros lugares de morbilidad y mortalidad a las enfermedades infectocontagiosas.<sup>4</sup>

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la HTA son el sobrepeso,<sup>5</sup> el sedentarismo,<sup>6</sup> la edad y el sexo masculino.<sup>6</sup> También se han propuesto como factores de riesgo de HTA el nivel socioeconómico bajo, el alcoholismo, el tabaquismo y los antecedentes familiares de HTA.<sup>7-9</sup> Sin embargo, su grado de asociación no ha sido definido claramente, sobre todo con relación a los casos de HTA leve o moderada.<sup>7-9</sup>

La hipertensión arterial constituye un factor de riesgo importante de accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y de enfermedades vasculares periféricas. Se estima que en condiciones óptimas de tratamiento y control de la hipertensión, en una población sería posible reducir hasta un 70% de las enfermedades cardiovasculares asociadas.<sup>7-9</sup>

Es sabido, que sólo una proporción de personas hipertensas conoce su condición y quienes la conocen no se encuentran adecuadamente controladas, lo cual indica que se requiere de grandes esfuerzos para mejorar la detección y la atención de la hipertensión. También es necesario trabajar enérgicamente en la prevención de esta enfermedad y en el control de factores de riesgo antes mencionados.<sup>7-9</sup>

Por otra parte, el peso relativo que tiene cada uno de esos factores de riesgo y la interacción que pudiera existir entre ellos han sido poco estudiados. En un análisis de los factores de riesgo de HTA en México se encontró que las mujeres jóvenes no obesas tenían una menor tendencia a padecer de HTA que otros grupos de adultos, y que a medida que aumentaba la edad, las tasas de HTA en hombres y mujeres se equilibraban. Sin embargo, en ese estudio no se exploraron otras variables que pueden ser factores de confusión, como los antecedentes familiares de HTA, el sedentarismo, el alcoholismo y el tabaquismo, sobre este factor la literatura reconoce la contribución relativa en desarrollo de la HTA.<sup>10</sup>

La prevalencia de HTA continúa elevándose a nivel global y un gran porcentaje de personas que la padecen lo ignora. Hernández y col.<sup>1</sup> plantearon para Venezuela una prevalencia que oscila entre 8,1 y 23,58%, siendo mayor para el sexo masculino. Esta misma prevalencia la ubica dentro de las cinco primeras causas de morbilidad, lo que afecta la calidad de vida de aquellas personas que la padecen. La HTA es un problema

que llega a ser una afección multisistémica y por esta razón, no solo se debe tratar la HTA, sino las repercusiones que origina. Al ser una patología que depende en parte del estilo de vida, los sujetos se ven en la necesidad de modificarlo para lograr mejorar su calidad de vida. <sup>11</sup>

El impacto que tiene la calidad de vida en el comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas que deben ser cuantificadas cuando se relacionan con la salud o la enfermedad, este es el caso de la HTA; no obstante existe una considerable relación entre la HTA y la calidad de vida; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica en la cual las personas están sometidas a modificaciones en su régimen de vida, hábitos alimenticios y comportamiento, determinado por el uso de medicamentos. <sup>12</sup>

El término “calidad de vida” es un concepto multidimensional que se expresa en indicadores tales como la esperanza de vida en años y las tasas de mortalidad. Además está relacionado con términos como los de “felicidad” y “bienestar” y especialmente la “calidad de vida relacionada con la salud”, pretende valorar aspectos de la enfermedad correlacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esa valoración habrá de incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social. <sup>12</sup>

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. Dentro de este marco de ideas la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. <sup>13</sup>

Existen diversos instrumentos de medición de la salud como expresión de la calidad de vida; al respecto, el Cuestionario de Salud SF-36, es uno de los más ampliamente utilizados; es uno de los indicadores de salud más empleados por la comunidad científica por su alta calidad, permitiendo la comparación nacional e internacional de sus resultados.<sup>14</sup>

Es importante señalar que la utilización de este tipo de cuestionarios estandarizados, aplicados a muestras representativas de una determinada población, permite la generación de valores o normas poblacionales que se pueden emplear para estimar la salud percibida de la población y su evolución en el tiempo, resultando de gran utilidad al servir de referencia para la comparación de las diferencias de calidad de vida según las patologías o tratamientos empleados. Se han realizado diferentes estudios que intentan correlacionar la calidad de vida en personas que tienen una patología determinada.<sup>14,15</sup>

En el año 2010, García<sup>16</sup> realizó en Málaga (España) un estudio acerca de la calidad de vida en pacientes con HTA y diabetes mellitus tipo 2. Se utilizó una muestra de 270 pacientes con ambas patologías, en donde además de la evaluación de la calidad de vida se buscó identificar factores predictores de la calidad de vida relacionados con la salud; entre las conclusiones a las que se llegó fue que los pacientes refirieron tener peor calidad de vida percibida, en comparación a la población general de referencia; también se constató que el perfil del paciente con peor calidad de vida eran mujeres con bajo nivel de estudio, sedentarias, con antecedentes de cardiopatía isquémica y que contaban con escaso apoyo afectivo.<sup>16</sup>

En el año 2009 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.<sup>17</sup>

Tapia<sup>18</sup> y Jaramillo<sup>19</sup> realizaron un estudio en Perú y Chile respectivamente sobre la calidad de vida de los pacientes hipertensos con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. La calidad de vida y el estado neurológico funcional se midieron mediante la escala de Rankin modificada (mRS) y el cuestionario de salud SF-36, respectivamente.  
18,19

Se ha observado un incremento de pacientes con hipertensión arterial atendidos en la Sala de rehabilitación “Rafael Ezecharreta” del Municipio San José de las Lajas, en situaciones diferentes estado de salud por complicaciones derivadas de esta enfermedad que convocan a la presencia de situaciones discapacitantes parcial o temporalmente que atentan contra la calidad de vida de las personas que la padecen lo que fue el interés principal para la realización de esta investigación además puede contribuir a la evaluación de la calidad de vida, la identificación de sus determinantes y, consecuentemente, al establecimiento de recomendaciones para su promoción, entre la población de pacientes de esta área de salud que padecen la hipertensión arterial sistémica en forma crónica.

## **DESARROLLO**

### **Antecedentes históricos**

El concepto de hipertensión arterial nació para concienciar sobre la importancia de esta y dar a conocer que es una variable como la respiración y la frecuencia cardiaca y que la presión arterial varía de persona a persona y mientras más alta sea esta mayor el riesgo de enfermar por eso se hizo necesario inventar un aparato para medirla. La observación de un líquido llamado sangre y que este corre por las arterias fue hecha por Galeno en el siglo II. El que llegó a ser el primero en medir la presión arterial fue un reverendo Stephen Hales quien llevó muchos años tratando de medir la presión arterial realizó pruebas ligando la arteria crural de un caballo le introdujo un tubo de cobre en forma de pipa y la sangre según el subió a 9 pies de alto y 1/6 de diámetro que se podría calcular como unos 190 mmHg similar a la actual cuando un caballo forcejea. Karl Von Vierert en 1855 planteó que se podía calcular la presión arterial haciendo presión

externa de un arteria invento un aparato para observar el movimiento que transmitía el pulso no tuvo mucho éxito con eso pero sentó las bases para todos los equipos modernos para medir la presión arterial.<sup>20</sup>

El primer esfigmomanómetro de mercurio para la medida no invasiva fue diseñado por Samuel Von Bach además de este diseño otros dos pero fueron considerados ineficientes e incluso se le atribuye el haber diseñado el esfigmomanómetro de resorte que dio paso al esfigmomanómetro aneroide pero fueron la base para que años más tarde Riva Rocci diseño el esfigmomanómetro de los que hoy en día siguen siendo de los más exactos, pero este esfigmomanómetro de buen tamaño , fácil de transportar fue visto por el neurocirujano Harvey Cushing y lo popularizo y es el responsable de que este disponible en todas las consultas del mundo más tarde Korotkof fue el que descubrió los ruidos que se escuchan en la arterial braquial. Sólo por ello es que se puede decir que la hipertensión es una enfermedad del siglo XX, a pesar de ser fácilmente identificada en la práctica clínica con ayuda del esfigmomanómetro, la hipertensión arterial se mantuvo por casi medio siglo como una enfermedad sin cura conduciendo invariablemente al accidente vascular cerebral, al ataque cardiaco, la insuficiencia cardiaca congestiva y la insuficiencia renal.<sup>20</sup>

## **ETIOLOGIA:**

En cuanto a su etiología la HTA es desconocida en el 95% de los casos, identificándose como esencial o primaria. El restante 5% es debido a causas secundarias.<sup>20,21</sup>

De los numerosos estudios, el realizado en Framingham demostró su asociación con otras afecciones como la obesidad, encontrada en el 78% de los hombres y en un 64% de las mujeres. Los individuos con inactividad física alcanzaron un riesgo del 35% de padecer HTA. En aquellos que padecían Diabetes Mellitus de larga duración se halló en un 66%. El incremento de la ingestión de alcohol aumentó progresivamente las cifras de HTA. Así mismo lo hizo el tabaquismo. En la Gota, la hiperuricemia se presentó entre un 25% a 50% de las personas hipertensas no tratadas.<sup>20</sup>

### **Concepto de hipertensión arterial sistémica:**

La Hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras=140/90 mm/Hg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. Así mismo se define como un padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes = 140/90 mm/Hg en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes > 130/80 mm/Hg y en caso de tener proteinuria > 0.1 gr e insuficiencia renal > 125/75 mm/Hg.<sup>20, 21</sup>

Con la toma continua de la presión arterial durante 24 horas, se ha podido establecer el ritmo circadiano de la misma, es decir, las variaciones que normalmente tiene durante el día. La cifra más baja corresponde al sueño profundo de las 3 de la madrugada, después de ese momento comienza a subir y llega a su nivel más alto entre 11:00 am y 12:00 am. Se mantiene hasta las 6:00 pm en que comienza de nuevo a descender, para llegar a su nivel más bajo de 3:00 am a 4:00 am. En la mayoría de las personas la presión arterial disminuye entre un 10% a un 20% durante la noche.<sup>20</sup>

### **Fisiopatología:**

La hipertensión arterial es una manifestación de la pérdida de la autorregulación en la interacción del flujo sanguíneo dependiente de los latidos cardiacos (gasto cardiaco), del volumen de sangre circulante controlado por la función renal y de las resistencias periféricas de los vasos sanguíneos a través de las resistencias arteriolares.<sup>20</sup>

El volumen vascular es el elemento determinante y primario de la presión arterial, a largo plazo. El sodio predominantemente es un ion extracelular y es el elemento primario que rige el volumen del líquido extracelular, cuando su ingestión rebasa la capacidad del riñón para excretarlo, en un comienzo el volumen intravascular se expande y aumenta el gasto cardiaco, con el paso del tiempo aumenta la resistencia periférica y el gasto se revierte a el nivel normal.<sup>20, 21</sup>



La hipertensión arterial se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial, con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico –NO-, factor hiperpolarizante del endotelio –EDHF) y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). Es conocida la disminución a nivel del endotelio de la prostaciclina –PGI<sub>2</sub> vasodilatadora y el aumento relativo del tromboxano -TXA<sub>2</sub> intracelular vasoconstrictor.<sup>20,21</sup>

La hipertensión arterial es más que dos números, es un síndrome cardiovascular progresivo que se presenta a partir de etiologías complejas y correlacionadas. La progresión del síndrome se asocia fuertemente a anomalías en la función y estructuras cardíacas y vasculares, dañando el corazón, los riñones, el cerebro, la vasculatura en general, y otros órganos. El primer órgano que sufre es el endotelio vascular de manera universal y con respuesta selectiva individual. Esta "endotelitis hipertensiva" causa a su vez disfunciones vasculares y estructurales, las que retroalimentan la respuesta hipertensiva, la endotelitis causada por el turbulento flujo sanguíneo hipertensivo es debida a respuestas oxidativas e inflamatorias en los endotelios de los órganos blanco.<sup>20, 21</sup>

Con el paso de los años, se produce un incremento de la rigidez de la pared arterial, lo que conduce a un incremento de la presión arterial sistólica, mientras que la presión arterial diastólica se mantiene estable o incluso disminuye después de haber aumentado hasta edades medias de la vida.<sup>20,21</sup>

### **Epidemiología:**

Estudios epidemiológicos concluyen que varios factores de riesgo guardan relación con la HTA, dentro de estos se citan la edad, el sexo, el color de la piel, la herencia, las dietas ricas en sodio, los oligoelementos, los factores socioculturales, el alcoholismo, el hábito de fumar, la hiperlipidemia y las enfermedades como la Diabetes Mellitas.<sup>21</sup>

Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países, ha propiciado que una gran cantidad de personas transite hacia el

envejecimiento. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos.<sup>21</sup>

### **Prevalencia:**

La morbilidad es la presencia de enfermedades, lesiones y discapacidad entre la población y permite conocer la frecuencia y distribución de estos padecimientos mediante dos medidas esenciales: la incidencia y la prevalencia. De acuerdo con la OMS durante 2008, la prevalencia de hipertensión arterial entre la población de 25 años y más a nivel mundial es de alrededor de 27 de cada 100 personas. Por regiones, África tiene una de las prevalencias más altas (36.8 %), mientras que la región de las Américas la más baja (23%). En la región, Canadá y Estados Unidos tienen las prevalencias bajas (alrededor de 15 %); seguidos por México (24.4 %); y en Brasil, Chile y Cuba, aproximadamente de 30 % respecto a la población de 25 años y más.<sup>21</sup>

La hipertensión arterial esencial o primaria es la que se desarrolla sin causa aparente y es la más frecuente en la población que presenta presión arterial alta, no se sabe cuál es su etiología (causas), pero existen factores relacionados como la inactividad física, alimentación, herencia y estrés, por mencionar algunos. Su importancia radica en que es la más frecuente, generalmente asintomática, que conlleva a que las personas presenten niveles de presión arterial elevados y no controlados por muchos años, dañando otros órganos, generando principalmente complicaciones renales y cardiovasculares que ponen en peligro la vida de las personas afectadas.<sup>21</sup>

Para 2010, entre los tipos de hipertensión en la población de 15 años y más, sobresale la esencial o primaria; la tasa de morbilidad hospitalaria de ésta se incrementa considerablemente a partir de los 30 años. En los hombres pasa de 26.53 por cada 100 mil hombres de 40 a 49 años, a 64 entre los de 50 a 59 años y a 105.10 en los varones de 60 a 64 años, siendo la población de 80 años y más quienes presentan la tasa más

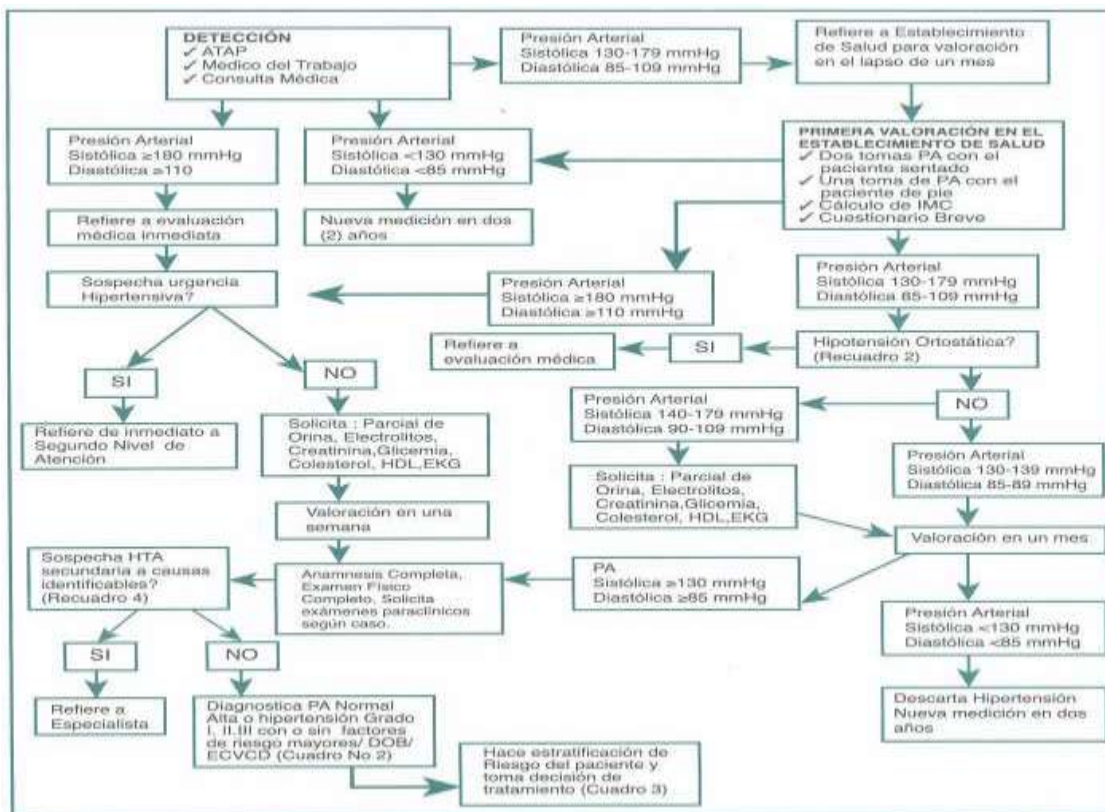
alta (312.22 por cada 100 mil del mismo grupo de edad). En las mujeres la tasa de morbilidad hospitalaria por hipertensión esencial es más alta que en los varones y pasa de 33.62 de cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años, a 79.14 en las de 50 a 59 años, y a 132.94 para las de 60 a 64 años, el valor máximo se ubica en las mujeres de 80 años y más.<sup>21</sup>

### **Incidencia:**

El número de personas que contraen una enfermedad en un periodo determinado se conoce como incidencia se calcula generalmente por cada 100 mil habitantes y mide los casos nuevos de un padecimiento. A nivel nacional, de 2006 a 2011, la incidencia de hipertensión arterial presenta una tendencia poco variante, es en 2009 cuando se registra el mayor número de casos nuevos por este padecimiento (718 casos nuevos por cada 100 mil habitantes de 15 años y más) y en 2010, la más baja (686 personas). Al considerarse la hipertensión arterial una enfermedad de seguimiento epidemiológico.<sup>21</sup>

### **Diagnóstico:**

Para diagnosticar a una persona como hipertensa se requiere de al menos dos valoraciones en diferentes ocasiones espaciadas entre sí por un tiempo prudencial de al menos un mes. Se seguirá el siguiente esquema para llegar al diagnóstico, y a la clasificación del paciente con miras a definir el manejo terapéutico.<sup>21</sup>



La clasificación de la hipertensión arterial se muestra como sigue a continuación: <sup>21</sup>

| CATEGORÍA PA | NORMOTENSIÓN O HTA CONTROLADA |                   |         | HTA         |             |         |
|--------------|-------------------------------|-------------------|---------|-------------|-------------|---------|
|              | ÓPTIMA                        | NORMAL            | N-ALTA  | GRADO 1     | GRADO 2     | GRADO 3 |
| PAS, mmHg    | < 120                         | 120-129           | 130-139 | 140-159     | 160-179     | ≥ 180   |
| PAD, mmHg    | y < 80                        | o 80-84           | o 85-89 | o 90-99     | o 100-109   | o ≥ 110 |
|              | Normal**                      | Prehipertensión** |         | Estadio 1** | Estadio 2** |         |

### Hipertensión esencial o primaria: <sup>21 - 23</sup>

Esta fase se define como presión arterial elevada sin causa orgánica evidente. Recientemente la OMS está considerando que se han acumulado suficientes conocimientos sobre las causas de la hipertensión, lo cual justificaría abandonar el término esencial y utilizar mejor el de primaria. <sup>21 - 23</sup>

El 90 a 95% de los pacientes hipertensos presentan hipertensión arterial esencial o primaria. La etiopatogenia de la hipertensión primaria no se conoce aún, pero los

distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión arterial primaria.<sup>21 - 23</sup>

Actualmente se considera que los siguientes factores son posibles condicionantes de la hipertensión:<sup>21 - 23</sup>

**Factores genéticos:** herencia, raza

**Factores de la alimentación:**

- Exceso de ingestión calórica, principalmente proteínas.

Exceso de consumo de sal

- Exceso de consumo de alcohol

**Factores ambientales:**

- Consumo de aguas blandas que contienen exceso de sodio y cadmio
- Stress ambiental (ruido excesivo)

**Factores psicosociales:**

- Tipo de personalidad (tipo A)
- Stress emocional
- Stress psicosocial
- Tensión ocupacional
- Otros factores
- Obesidad
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Ingesta excesiva de grasas saturadas (aún bajo evaluación).

El rol de estos factores desde el punto de vista de la posibilidad de efectuar la prevención primaria de ellos no está completamente aclarado, pero es evidente que la corrección de estos factores de riesgo tiene importancia en el tratamiento de los pacientes hipertensos especialmente en aquellos con hipertensión leve o lábil.<sup>21 - 23</sup>

El estudio de los factores de riesgo de la hipertensión esencial o primaria debe continuar para poder determinar el rol de los factores etiopatogénicos y poder establecer medidas de prevención primaria.<sup>21 - 23</sup>

**Hipertensión secundaria:**<sup>21 - 23</sup>

La hipertensión secundaria es la que presenta una causa identificable:

**Causa Renal:**

•**Parenquimatosa:**

Glomerulonefritis aguda y crónica

Riñón poliquístico

Hipernefroma

Tumores productores de renina

Nefropatía diabética, gotosa y por hiperparatiroidismo

Pielonefritis con o sin componente obstructivo

Colagenopatías

Nefritis aclínica

•**Renovascular**

Estenosis renal fibromuscular o aterosclerótica

Infarto renal

Periarteritis

Aneurisma de arteria renal

Trombosis de arteria renal

## **Causas Traumáticas**

Hematoma peri renal

## **Otras causas:**

### **Endocrinas y metabólicas:**

#### **•Tiroides**

Hipertiroidismo

Hipotiroidismo

#### **•Adrenal médula suprarenal**

Feocromocitoma y tumores cromafinesextraadrenales.

#### **•Corteza suprarenal**

Aldosteronismo primario

## **Manifestaciones clínicas:**

La mayoría de los pacientes son asintomáticos, es un hallazgo casual, por lo que se recomienda la toma de presión arterial. Con frecuencia, cuando se detecta la hipertensión ésta ya presenta repercusiones orgánicas evidentes.<sup>21 - 23</sup>

Los síntomas de HAS como motivo de consulta pueden ser: cefalea, disnea, "mareo" y trastornos de la visión.

- La cefalea la mayoría de las veces no tiene relación alguna con el nivel tensional; es propia de PA diastólicas >110 mmHg; se localiza en la región occipital, sobre todo en individuos jóvenes, y aparece al despertar por la mañana (a veces despierta al paciente) y desaparece a menudo espontáneamente al cabo de horas.
- En ocasiones, los pacientes refieren disnea que puede ser secundaria a CI o IC.
- El mareo es frecuente en hipertensos no tratados.
- La visión borrosa puede estar causada por una retinopatía hipertensiva grave.

- Otras manifestaciones son epistaxis, acúfenos, palpitaciones, fatiga muscular e impotencia. Pueden presentarse datos de isquemia cerebral transitoria. Muy a menudo el paciente refiere nicturia.<sup>21 - 23</sup>

**Manifestaciones debidas a complicaciones:** disnea, ortopnea, edema agudo de pulmón o insuficiencia cardiaca congestiva, infarto agudo del miocardio, angina de pecho o dolor propio de la disección de la aorta, enfermedad cerebrovascular por hemorragia subaracnoidea o intracerebral.

- El término *encefalopatía hipertensiva* describe un déficit neurológico transitorio (edema cerebral focal) en un paciente con hipertensión importante; los pacientes tienen niveles tensionales muy elevados, con cefalalgia, signos neurológicos focales y normalmente transitorios y fluctuantes (convulsiones, estupor, disfagia, hemiparesia, etc.). Aparece cuando las cifras tensionales superan la capacidad de autorregulación cerebral, lo cual puede ser facilitado por la coexistencia de anemia.
- Si el déficit neurológico dura varias horas y es más intenso o extenso, el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular es muy probable. Poliuria, polidipsia y debilidad muscular debido a la hipopotasemia del hiperaldosteronismo primario; palpitaciones, sudación, crisis de cefalea y adelgazamiento en el feocromocitoma; la historia previa de proteinuria o infecciones urinarias sugiere una nefropatía crónica.<sup>21 - 23</sup>

### **Repercusión HTA en los estilos de vida:**

La incidencia de hipertensión arterial está relacionada con los estilos de vida de la población como estrés, alimentación deficiente y prácticamente nula de actividad física. Conocer los casos nuevos de hipertensión es útil para dar seguimiento a esta enfermedad y promover acciones no sólo desde el tratamiento farmacológico sino también, de autocuidado que fomenten el consumo de dietas adecuadas (reducir el uso de la sal), monitoreo de la presión, control de peso y evitar la vida sedentaria.<sup>22,23</sup>



## **Importancia del riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial:**<sup>22,23</sup>

Es necesario tener en cuenta el riesgo que tienen los pacientes hipertensos en relación con las enfermedades cardiovasculares, el cual se determina no sólo por el nivel de su presión arterial sino además por la presencia o ausencia de daño en órganos diana o de otros factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la dislipidemias y la diabetes mellitus, entre otros.

## **Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con HTA:** <sup>22,23</sup>

Tabaquismo

Dislipidemias

Diabetes mellitus.

Edad: Por encima de 55 años (hombres)

Por encima de 65 años (mujeres)

Historia familiar de enfermedad cardiovascular (Mujeres por debajo de 65 y hombres por debajo de 55 años).

Inactividad física (Sedentarismo)

Microalbuminuria o filtrado glomerular < 60 ml/minuto

Obesidad (IMC = o > 30).<sup>22,23</sup>

## **Tratamiento de la hipertensión arterial:**

### **Tratamiento no farmacológico.**

Las modificaciones del estilo de vida pueden tener un efecto importante en la morbilidad y mortalidad. Se ha demostrado que una dieta abundante en frutas y verduras y alimentos lácteos con bajo contenido de grasa, así como pocas grasas saturadas y totales disminuyen la presión arterial de 8 a 14 mmHg.<sup>1, 12</sup> Así como también se controlan otros factores de riesgo y reducir el número de fármacos antihipertensivos y su dosis.<sup>24</sup>

El consumo excesivo de café (> 5 tazas al día) incrementa la presión arterial de 1 a 2 mmHg, tanto en pacientes hipertensos como no hipertensos.

La reducción de la presión arterial por disminución de ingesta de sodio es de mayor magnitud en pacientes > 45 años que no reciben tratamiento farmacológico.<sup>24</sup>

El consumo de potasio produce un modesto beneficio en las cifras de tensión arterial, el efecto es mayor en pacientes sin tratamiento farmacológico. Se debe recomendar una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido de potasio, en todos los pacientes con hipertensión arterial sin insuficiencia renal.<sup>24</sup>

El ejercicio aeróbico disminuye la presión arterial sistólica y diastólica de 2 a 3mmHg. Es conveniente realizar ejercicio aeróbico de 30-60 minutos, al menos de 3 a 5 días a la semana (Caminar, trotar, ciclismo, aerobics o natación).En pacientes con sobrepeso y obesidad, por cada 10 kg de peso perdido disminuye la presión arterial de 5-10 mmHg.<sup>24</sup>

La modificación del estilo de vida debe ser utilizada para prevenir las complicaciones de la enfermedad y para disminuir la cantidad y dosis de medicamentos necesarios para controlarla. En general, se recomienda la disminución de peso, consumir una dieta rica en fruta, vegetales, baja en comidas y alimentos grasos, reducción de sodio sin exceder 1.5 g por día, suspensión de tabaquismo, ejercicio aeróbico regular, evitar ingesta excesiva de bebidas alcohólicas, de cafeína, así como de medicamentos que puedan incrementar las cifras de presión arterial como son AINES glucocorticoides y simpaticomiméticos.<sup>25</sup>

### Manifestaciones de daño de órganos diana:

| Sistema orgánico    | Manifestaciones   |
|---------------------|---|
| Cardiaco            | Evidencia clínica, electrocardiográfica o radiológica de enfermedad coronaria                                       |
|                     | Hipertrofia ventricular izquierda por ECG o por Ecografía   |
|                     | Disfunción de Ventrículo Izquierdo  |
|                     | Insuficiencia cardiaca  |
| Cerebrovascular     | Isquemia cerebral transitoria   |
|                     | Trombosis o hemorragia cerebral   |
|                     | Deterioro cognitivo   |
| Vascular periférico | Ausencia de uno o más pulsos mayores en extremidades (excepto dorsal del pie) , con o sin claudicación intermitente |
| Renal               | Aneurismas  |
|                     | _____   |
|                     | Creatinina sérica igual o mayor de 134 micromoles /L ( 1.5 mg/ dl)  |
|                     | Filtrado glomerular < 60 ml/mto   |
| Retina              | Proteinuria de 1 g o más en 24 horas  |
|                     | Microalbuminuria  |
|                     | _____   |
| Retina              | Hemorragias o exudados  |
|                     | Papiledema  |

### Tratamiento farmacológico:

Hoy en día se encuentran disponibles muchas clases de fármacos con potencial antihipertensor:<sup>26,27</sup>

Diuréticos.

Bloqueadores  $\beta$ .

Inhibidores de la renina.

Inhibidores de la ECA.

Antagonistas de los canales de calcio.

Antagonistas de los receptores de angiotensina.

Lo cuales son adecuados para el tratamiento inicial, de acuerdo con su eficacia y tolerancia del paciente.<sup>26, 27</sup> La terapia con diuréticos tiazidas reduce la incidencia de enfermedad vascular cerebral, enfermedad cardiovascular y mortalidad general, en particular en pacientes mayores.<sup>26, 27</sup>

Debe iniciarse tratamiento farmacológico inmediato en pacientes con presión arterial persistente con cifras  $> 160/100$  mmHg, así como en pacientes con presión arterial  $>140/90$  mmHg con elevado riesgo cardiovascular o con daño a órgano blanco.<sup>26, 27</sup>

En pacientes hipertensos  $>55$  años de edad, debe iniciarse el tratamiento farmacológico con un diurético tiazidico o con un calcio antagonista. En pacientes  $<55$  años de edad el tratamiento de elección debe ser un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.<sup>26, 27</sup>

Si la terapia inicial fue con bloqueadores de los canales de calcio o diuréticos tiazidicos y se requiere agregar un segundo fármaco se recomienda el uso de inhibidores de la ECA.<sup>26, 27</sup>

Si la terapia inicial fue con inhibidores de la ECA y se requiere de adicionar un segundo fármaco se recomienda agregar un diurético tiazidico o un calcio antagonista.<sup>26, 27</sup>

Si se requiere de tratamiento farmacológico con 3 fármacos, se debe utilizar la combinación de inhibidores de ECA, calcio antagonista y diuréticos tiazidas.<sup>26, 27</sup>

El uso de betabloqueadores, fármacos inhibidores de la conversión de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina, diuréticos, y bloqueadores de los canales de calcio provocan una reducción similar de eventos coronarios.<sup>26,27</sup>

Diuréticos, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, bloqueadores de los canales de calcio o betabloqueadores deben ser utilizados como terapia inicial en el tratamiento de la hipertensión primaria en los pacientes más jóvenes y más grandes.<sup>26,27</sup>

La mayoría de los pacientes con hipertensión necesitarán dos o más fármacos antihipertensivos para controlar su presión arterial.<sup>26, 27</sup>

El fármaco antihipertensivo inicial debe ser administrado a los pacientes mayores en la dosis más baja y puede ser incrementada gradualmente hasta la dosis máxima.<sup>26,27</sup>

## **Calidad de vida:**

### **Antecedentes históricos de la calidad de vida:**

Durante los años 80, el término calidad de vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo tiñe las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.<sup>28</sup>

## **Calidad de vida. Concepto:**

La calidad de vida es «la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno.<sup>25</sup> A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener su autonomía y su independencia.<sup>29,30</sup>

Al analizar el concepto de calidad de vida observamos que es multidimensional. Aborda aspectos físicos (movilidad, fatiga, deterioro funcional, dolor, etc.), aspectos psicológicos (estados emocionales como la ansiedad o la depresión, y funciones intelectuales como la atención o la memoria) y aspectos sociales (aislamiento social, trabajo, ocio, etc.).<sup>31</sup>

Una definición integradora según Fernández<sup>27</sup> del concepto calidad de vida plantea que: la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida.<sup>31</sup>

Para Cabrera y col,<sup>28</sup> el bienestar psicológico es una categoría que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial, aunque se relaciona con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social.<sup>32</sup>

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.<sup>32</sup>

### **Calidad de vida relacionada con la salud:**

La incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones realizadas al concepto de calidad de vida, incorporando la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.<sup>33</sup>

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.<sup>33</sup>

Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida.<sup>33</sup>

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.<sup>34, 35</sup>

### **Sobre los instrumentos para medir la calidad de vida:**

Los instrumentos de valoración del estado de salud son cuestionarios reproducibles y validados que se centran en la función del individuo como un todo desde el punto de vista del encuestado. Estos cuestionarios cubren todas las áreas de la función humana, incluyendo las actividades físicas, el dolor, el trabajo y las actividades cotidianas. Pueden ser rellenados por el propio paciente o, si los recursos económicos lo permiten, por un observador suficientemente entrenado que no sea el médico responsable del tratamiento del mismo.<sup>29</sup> En la actualidad conocer y aplicar los instrumentos genéricos y específicos aceptados como instrumentos válidos y algunos de ellos traducidos al castellano, es de amplia utilización en la práctica asistencial porque podría proporcionar

una idea real de cómo un tratamiento determinado repercute sobre la calidad de vida de los pacientes estudiados.<sup>34</sup>

Recientemente fue publicado un trabajo de adaptación cultural y validación del Minichal para el portugués de Brasil. Este estudio evaluó criterios de contenido, constructo y consistencia interna del instrumento, comparando resultados en pacientes hipertensos y normotensos. No se realizaron estudios de validez competitiva, comparando el Minichal con otros instrumentos de medida de la calidad de vida, resultando necesaria la continuidad de los estudios. El objetivo de este trabajo fue describir el perfil de calidad de vida de los pacientes hipertensos y evaluar la validez competitiva del instrumento Minichal-Brasil.<sup>34</sup>

Existen dos grandes grupos de instrumentos de valoración del estado de salud: genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos están diseñados para evaluar el estado de salud en cualquier población de pacientes, independientemente de sus características poblacionales o del tipo de enfermedad que presenten. Existen dos tipos de instrumentos genéricos: los perfiles de salud y las medidas de utilidad. Los perfiles de salud intentan medir todos los aspectos importantes de la calidad de vida relacionada con la salud en varias dimensiones (física, psicosocial) y categorías (trabajo, sueño, etc.).<sup>35</sup>

Por su condición de genérico, los perfiles de salud pueden aplicarse a una gran variedad de afecciones y permiten determinar los efectos del tratamiento en diferentes aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud sin necesidad de utilizar múltiples instrumentos. Sin embargo como no incluyen aspectos específicos para la evaluación de una determinada afección pueden ser poco sensibles a los cambios.<sup>35</sup>

Las medidas de utilidad son puntuaciones que reflejan tanto el estado de salud del paciente como el valor de dicho estado de salud para el mismo, representando el impacto neto sobre la cantidad y la calidad de vida de éste.<sup>35</sup>



Los instrumentos específicos están diseñados para valorar el estado de salud en un tipo concreto de enfermedad (artritis reumatoide), población (ancianos frágiles), función (deambulación) o problema (dolor).<sup>35</sup>

Muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todas las aristas de la Calidad de Vida a pesar de lo cual son varias las escalas empleadas actualmente con este fin. De las más conocidas pueden mencionarse el Sickness Impact profile – Perfil de las consecuencias de la Enfermedad, Nottingham Health Profile-Perfil de Salud de Nottingham diseñado en Gran Bretaña y SF-36, el Índice de Katz que fue desarrollado básicamente en ancianos con enfermedades crónicas; el Test de Valoración Funcional de Karnofsky y el EURO Quol-5D entre otros muchos. Estos instrumentos aportan información descriptiva, predictiva o evaluativa de un individuo o grupos de individuos a manera de puntuación que resume en cada dimensión la puntuación obtenida y al aplicar diferentes estrategias para interpretar la sumaria global, a fin de caracterizar el perfil global de salud del sujeto.<sup>36 - 39</sup>

### **Cuestionario para medir la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes hipertensos.**

#### **Cuestionario de Salud SF-36:**

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.<sup>40</sup>

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el

cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.<sup>40</sup>

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación. La primera (Rand Group) establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. La segunda forma de puntuación (The Health Institute) otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal. Sea cual sea el método empleado, el significado de la puntuación es el mismo: cuanto mayor sea, mejor estado de salud refleja, es decir En el cuestionario, las respuestas más favorables en cuanto a funcionamiento del paciente tienen mayor puntuación (a mayor puntuación, mejor se encuentra en la dimensión explorada). Posee una elevada consistencia interna según Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.8 para todas las escalas, salvo para "función social" que es 0.76. El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85.<sup>40</sup>

### **Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial sistémica:**

En pacientes con Hipertensión arterial sistémica (HAS), la Calidad de Vida ha sido relacionada a la terapéutica, alteraciones en el estilo de vida, hábitos personales, además de la organización de la atención a la salud, que pueden contribuir al alivio de los síntomas. Además, la Calidad de Vida de las personas con HAS puede ser influenciada por el tiempo de diagnóstico, comorbilidades y efectos colaterales del uso de los medicamentos.<sup>37</sup>

La calidad de vida de los pacientes hipertensos es peor que en los individuos sanos y depende básicamente de las cifras tensionales, el daño a órganos blanco, comorbilidades y tratamiento. Al igual que en la población en general, una baja calidad de vida en los pacientes hipertensos se asocia con edad mayor, sexo femenino, bajo nivel socioeconómico y bajo nivel educacional.<sup>42</sup>

Las comorbilidades asociadas más frecuentemente a la hipertensión se pueden dividir en tres grupos:<sup>42</sup>

1. Las que se relacionan con la hipertensión: obesidad, diabetes, hipertiroidismo, glomerulopatías.<sup>42</sup>

2. Las complicaciones de la hipertensión: aterosclerosis, enfermedad isquémica del corazón, infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca.<sup>42</sup>

3. Las que no se relacionan con la hipertensión: enfermedad degenerativa discal, desórdenes neurológicos, EPOC, asma, úlcera péptica.<sup>42</sup>

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en la Sala de Rehabilitación “Rafael Ezecharreta” del municipio San José de las Lajas en el período Noviembre 2014 - Octubre 2015.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Describir las variables demográficas y socioeconómicas que afectan la calidad de vida en los pacientes estudiados.
2. Evaluar el validismo para las Actividades Básicas e Instrumentadas de la Vida Diaria (ABVD y AIVD) en la población en estudio.
3. Establecer la relación existente entre calidad de vida de la población estudiada y las comorbilidades, grado de hipertensión, tiempo de evolución y tratamiento después de la intervención terapéutica.
4. Determinar la salud percibida de la población en estudio en relación a movilidad física, dolor, sueño, reacciones emocionales, energía y aislamiento social según cuestionario x.

## MÉTODOS

**Tipos de estudio:** Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal para evaluar la calidad de vida en pacientes hipertensos atendidos en la Sala de rehabilitación “Rafael Ezecharreta” del municipio San José de las Lajas, Provincia Mayabque en el período Noviembre 2014 - Octubre 2015.

**Universo:** Se constituyó con los 2846 pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial en el periodo de estudio.

**Muestra:** Se conformó con 1957 pacientes hipertensos que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Se empleó para la selección de los pacientes Muestreo Aleatorio Simple, para el cálculo del tamaño muestral se usó la siguiente expresión:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} S/d^2$$

Donde:

$\alpha$ : Nivel de significación = 0.05

Z = 1.64

S: Desviación estándar muestral.

d: Error máximo admisible

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes hipertensos que ingresaron al servicio de rehabilitación en el periodo establecido y aceptaron formar parte del estudio.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que ingresaron en el período establecido y no estaban capacitados mentalmente para responder las preguntas de los cuestionarios que se aplicaron.

**Metodología:**

Para evaluar la calidad de vida, se aplicó el cuestionario de Calidad de Vida relacionado con la salud (CVRS) SF-36 (Anexo 4) que valora los estados de salud percibido por el paciente. Este cuestionario consta de 36 ítems de elección múltiple cuyas respuestas permiten calcular la puntuación de cada persona a 8 escalas que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental. Cada una de las escalas son el resultado de la agrupación de determinadas preguntas del cuestionario, las que se califican en un rango de 0 a 100 puntos y la puntuación final se entrega de igual manera para cada una de estas. Cuanto mayor es la puntuación, mejor es el estado de salud. Donde 0 representa el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud.

**Fuentes de información**

Las fuentes primarias que se utilizaron en la investigación fueron la observación, el interrogatorio, la entrevista al paciente y la aplicación de cuestionarios de calidad de vida.

La estrategia de búsqueda para la realización de esta investigación se desarrolló en el periodo comprendido entre Octubre de 2014 a Diciembre del 2015. Se accedió al Localizador de Información en Salud (LIS) ubicado en el portal de Medicina de Rehabilitación Cubana en Infomed, dentro del Portal se efectuaron búsquedas en las bases de datos en línea en EBSCO, LILACS, Medline y Cochrane Library, apoyado en el gestor personal de base de datos EndNote 7. Los términos MESH (Medical Subject Headings) de búsqueda fueron, *Geriatric and quality of life*. Se revisaron libros de consulta de autores relevantes y revistas especializadas. Los niveles de evidencia y grados de recomendación de manera jerárquica se fundamentaron en el sistema de clasificación de la *Agency for Health care Research and Quality*.

## Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1: Distribución de pacientes con hipertensión arterial sistémica según variables sociodemográficas.

| Variables sociodemográficas |                    |       |
|-----------------------------|--------------------|-------|
| Edad                        | Cant.              | %     |
| < 60 años                   | 623                | 31,8  |
| ≥ 60 años                   | 1334               | 68,2  |
| Total                       | 1957               | 100,0 |
| Edad promedio               | 51.12 ± 11.6 años  |       |
| IC (95%)                    | 39.52 – 62.72 años |       |
| Sexo                        | Cant.              | %     |
| Femenino                    | 953                | 48,7  |
| Masculino                   | 1004               | 51,3  |
| Total                       | 1957               | 100,0 |
| Color de la piel            | Cant.              | %     |
| Blanco                      | 572                | 29.2  |
| Mestizo                     | 512                | 26.2  |
| Negro                       | 873                | 44.6  |
| Total                       | 1957               | 100.0 |
| Nivel escolar               | Cant.              | %     |
| Primaria                    | 125                | 6,4   |
| Secundaria                  | 693                | 35,4  |
| Técnico medio               | 727                | 37,1  |
| Preuniversitario            | 298                | 15,2  |
| Universitario               | 114                | 5,8   |
| Total                       | 1957               | 100,0 |
| Ocupación                   | Cant.              | %     |
| Con vínculo laboral         | 1262               | 64,5  |
| Sin vínculo laboral         | 695                | 35,5  |
| Total                       | 1957               | 100,0 |

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En tabla 1 se muestra la distribución de pacientes con hipertensión arterial sistémica en estudio, en cuanto a la edad predominaron los comprendidos en con 60 años y más para

un 68.2%, siendo el sexo femenino el más afectado que representa del total un 51.3% y los que eran de color negro de piel para un 44.6%.

Predomina el nivel escolar de técnico medio para un 37.1% seguido del nivel secundario en un 35.4%, el 64.5% tenía vínculo laboral.

Los resultados de esta investigación fueron coincidentes a las investigaciones de Brasil<sup>43</sup> y Cuba<sup>44</sup>, en donde encontraron mayor frecuencia de HTA entre pacientes entre 50 a 60 años respectivamente.

Estos resultados coinciden con el estudio JAMA de D' Agostino<sup>45</sup> para determinar la incidencia de la hipertensión arterial en 1057 pacientes hipertensos, donde la edad promedio del grupo de estudio fue de 52.5 años, lo que coincide con nuestros resultados sobre este aspecto el autor expone que la edad, es por sí misma un importante factor de riesgo pues con el aumento de la edad se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema cardiovascular<sup>45</sup>

Con respecto a la edad, el sexo y la herencia como factores de riesgo no modificables se puede decir que la presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos y que más de dos tercios de las personas mayores de 60 años son hipertensos, siendo más frecuentes en aquellos con antecedentes familiares de hipertensión, lo cual depende de varios genes no identificados, cuya expresión resulta modificada por factores ambientales.<sup>46, 47, 48,49</sup>

Con respecto al sexo, señala D' Agostino<sup>45</sup> que se ha descrito que los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón, siendo en su metanálisis la mayor incidencia en varones para un 70.5%. La diferencia es menor cuando las féminas comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a protegerlas de las enfermedades del corazón. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres, cuando los otros factores de riesgo son similares.<sup>45</sup>

En el color de la piel también existe concordancia con el estudio de Vega<sup>50</sup> pues predominan en su estudio pacientes hipertensos no blancos con un 70.5%, este autor

plantea que se conoce que la hipertensión esta asociada al color de la piel con mayor frecuencia se presenta en pacientes de color negro de piel.<sup>50</sup>

En cuanto al nivel de escolaridad estudios recientes han expuesto que aunque no existe una relación significativa la hipertensión arterial se presenta con mayor frecuencia en personas con bajo nivel de escolaridad, se considera que el factor principal sea la adherencia al tratamiento al no tener conciencia del daño de esta enfermedad y las complicaciones devastadoras que la misma origina, lo que coincide parcialmente con los resultados de esta investigación, pues aunque el nivel medio superior no es bajo es inferior al universitario.<sup>51, 52, 53</sup>

Tabla 2: Distribución de pacientes con hipertensión arterial sistémica según comorbilidades y factores de riesgo.

| Comorbilidades                    | Cant. | %    |
|-----------------------------------|-------|------|
| Diabetes mellitus (DM)            | 112   | 5,7  |
| Infarto agudo del miocardio (IMA) | 225   | 11,5 |
| Accidente cerebro vascular (ACV)  | 124   | 6,3  |
| Miocardiopatía dilatada (MD)      | 98    | 5,0  |
| Nefropatía hipertensiva (NH)      | 72    | 3,7  |
| Retinopatía hipertensiva (RH)     | 462   | 23,6 |
| IMA, ACV                          | 84    | 4,3  |
| IMA, NH                           | 49    | 2,5  |
| IMA, ACV, DM                      | 28    | 1,4  |
| MD, ND, DM, RH                    | 17    | 0,9  |
| Factores de riesgo                | Cant. | %    |
| Sobrepeso                         | 794   | 40,6 |
| Obesidad                          | 381   | 19,5 |
| Dislipidemia                      | 934   | 47,7 |
| Estrés                            | 1921  | 98,2 |
| Sedentarismo                      | 1572  | 80,3 |
| Dieta inadecuada                  | 1732  | 88,5 |

Fuente: Planilla de recolección de datos.



De acuerdo a lo mostrado en tabla 2 la comorbilidad mas frecuente presentada por los pacientes en estudio fue la retinopatía hipertensiva en un 23.6% y el infarto agudo del miocardio para un 11.5%, siendo el estrés el factor de riesgo predominante para un 98.2% y la dieta inadecuada (rica en sodio y grasa)

Resultado que coincide parcialmente con lo planteado en el estudio de Lanckland<sup>54</sup> en su serie de 832 pacientes hipertensos donde la cardiópata isquémica (15.4%) y los accidentes cerebro vasculares (7.4%) fueron los mas frecuentes, si concordancia totalmente en cuanto a los factores de riesgo identificados pues en su investigación el estrés fue mayoritario en el 100 %, seguido de dieta poco saludable y el sedentarismo para un 89.3% respectivamente.

La literatura ratifica que la hipertensión arterial es la más frecuente de las afecciones de salud de los individuos adultos en las poblaciones en todo el mundo, constituye por sí misma una enfermedad y un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas no transmisibles que causan complicaciones predisponentes de daño vascular: hipertrofia ventricular izquierda, infarto del miocardio insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica, antecedente cerebro vascular con las cuales comparte un fundamento fisiopatológico común, que se expresa en cambios funcionales y morfológicos del endotelio vascular (disfunción endotelial) y llevan a un desenlace común: la aterosclerosis.<sup>54,55,56,57</sup>

Según Castañer<sup>58</sup> en su estudio en una muestra de 109 pacientes hipertensos el 93% estaban sometidos a estrés y el 438.5% eran sedentarios como los factores de riesgos mas frecuentes resultados coincidentes con nuestra investigación. El autor plantea que el estrés, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales, un estilo de vida muy sedentario, Diabetes Mellitus de larga duración, el tabaquismo, la gota e hiperuricemia al ser abordados oportuna y eficazmente conducen a la disminución de los índices de morbimortalidad y en consecuencia de los costos que esta enfermedad acarrea; de ahí que deban ser el eje de las propuestas de prevención y tratamiento.<sup>58</sup>

Se ha ido reconociendo el importante papel de los factores psicológicos en el origen, curso y pronóstico de la enfermedad, ya sea a través de comportamientos inadecuados, o bien a través de los efectos relacionados con el estrés sobre el sistema cardiovascular, así variables individuales de predisposición y estilos de afrontamiento inadecuados ante situaciones particulares, pueden actuar sinérgicamente desencadenando y/o manteniendo la alteración.<sup>59, 60,61</sup>

Estudios con hipertensos han demostrado que al ser comparados con normotensos evidencian mayor respuesta cardiovascular al estrés mental, compuesta por incrementos en la tasa cardiaca, en la presión arterial sistólica y diastólica y tensión muscular lo cual ha sido asociado con posterior desarrollo de enfermedad coronaria, explicada por la estimulación adrenérgica y la liberación de hormonas vasoconstrictoras.<sup>46,48</sup>

La diabetes mellitus merece una consideración especial, al ser el actor de riesgo cardiovascular que más ha aumentado su prevalencia últimamente en España pasando desde 4,2 % en 2011 a un 5,4 % según encuesta nacional 2009-2010, coincidiendo nuestros resultados en este factor de riesgo.<sup>46</sup>

Según O'Donnella<sup>47</sup> en un metanálisis encontró que el estrés (74,8%), la dieta inadecuada (70.1%) y el sedentarismo (62.0%) constituyeron los tres grandes riesgos predisponentes para la presencias de hipertensión arterial resultados concordantes con los nuestros. Este autor y O'Braien<sup>59</sup> exponen que el personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos, como el hábito de fumar, el sedentarismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas, en cuyo control deben estar implicados los sistemas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la colaboración activa de toda la familia y la comunidad.<sup>62,63</sup>

Se considera como apoyo familiar necesario para estos casos la adecuación de los hábitos de vida de las personas más cercanas a ellos, con vistas a estimularlos en el cumplimiento de las orientaciones de su equipo de salud. Para disminuir el estrés el hipertenso debe sentir el apoyo psicológico de sus seres más queridos, los que

contribuirán, por ejemplo, a evitar situaciones estresantes, compartirán con él en pareja o en grupo la práctica de ejercicios físicos y disminuirán al máximo el consumo de sal en la dieta para todos de manera preventiva.<sup>62,63</sup>

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos, la modificación de la manera en que se condimentan y la ingestión diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la hipertensión, son objetivos a veces difíciles de lograr, sin una participación convencida del hipertenso y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que deben lograrse de conjunto en la familia.<sup>62, 63,64</sup>

Tabla 3: Distribución de pacientes según grado de hipertensión arterial.

| Grados de hipertensión arterial | Cant. | %     |
|---------------------------------|-------|-------|
| Grado 1                         | 643   | 32,9  |
| Grado 2                         | 743   | 38,0  |
| Grado 3                         | 571   | 29,2  |
| Total                           | 1957  | 100,0 |
| Tratamiento                     | Cant. | %     |
| Farmacológico                   | 1493  | 76,3  |
| No farmacológico                | 352   | 18,0  |
| Sin tratamiento                 | 112   | 5,7   |
| Total                           | 1957  | 100,0 |

Fuente: Planilla de recolección de datos.

La tabla 3 muestra los pacientes hipertensos según clasificación del hipertensión arterial, predominando los hipertensos con grado 2 para un 38.0%, seguido de los de grado 1 para un 29.2%, el 76.3%, solo el 18% tenía tratamiento no farmacológico y el 5.7% no tenía ningún tipo de tratamiento.

Según la revisión epidemiológica del año 2011 incluida en el informe de la sociedad española de hipertensión arterial reflejó la prevalencia de la hipertensión arterial grado 2

en personas con un rango de edad 35 – 65 para un 68,6 %, grado 3 para un 21.0 % y grado 1 para un 10.4 %, lo que coincide con nuestros resultados.<sup>65</sup>

En una encuesta nacional realizada por Achilli<sup>66</sup>, se detectó que 54% de los hipertensos tenían grado 2 de tensión arterial, mientras en el grupo etáreo de 18 a 35, se detectó sólo 11,1% de hipertensos grado 1.

En Cuba, esta enfermedad tiene una elevada prevalencia que fluctúa entre 20 y 32 %, en personas mayores de 15 años de edad, es decir, alrededor de 2 millones de afectados; no obstante, el informe del Ministerio de Salud Pública sobre la dispensarización de las personas hipertensas mostró que solo 8,6 de la población adulta estaba bajo este método activo de control, muy lejos de los de la prevalencia demostrada. Es de suponer, que una gran cantidad de individuos no se encuentra notificada, pues muchos de ellos no reciben tratamiento e igual número de estos no es controlado.<sup>67</sup>

Según trabajo expuesto por el Comité nacional de detección de individuos con hipertensión arterial,<sup>65</sup> más del 30 % de los individuos encuestados en Madrid, España no tenían tratamiento farmacológico, el 26.8% tenía impuesto tratamiento medicamentoso, lo que no coincide con nuestros resultados con la dificultad que el 12,5% no manifestaba adherencia al mismo. Todos los pacientes deben ser debidamente estimulados y convencidos de la importancia de esta forma terapéutica por cuanto es la principal medida a emprender en todo caso y en la mayoría, la terapia más apropiada. Es importante el conocimiento y convencimiento del personal de salud sobre tal proceder.<sup>65,66,68</sup>

El tratamiento farmacológico se impondrá desde un principio junto al no farmacológico en todos los pacientes clasificados como Grado II y en aquellos Grado I con riesgo cardiovascular. El uso de drogas antihipertensivas, debe ir siempre acompañado de las medidas para el cambio del estilo de vida del Grado 1.<sup>69</sup>

El no farmacológico higiénico dietético de la hipertensión arterial consiste fundamentalmente en la reducción de peso y la restricción de la ingesta de sodio y alcohol. Aunque también se deben tener en cuenta en otros factores dietéticos que se

han implicado en la hipertensión como; el potasio, el calcio, el magnesio, el calcio, las grasas y los ácidos grasos. La pérdida de peso reduce la presión arterial en una gran parte de los sujetos cuyo peso supera en más de 10% su peso deseable.<sup>69</sup>

El tratamiento no farmacológico dietético puede ser necesario el uso simultaneo de una dieta baja en grasas totales, en grasas saturadas y en colesterol en pacientes con hipertensión e hiperlipidemia, la pérdida de peso se aconseja en pacientes cuyo peso supera el 110% del deseable.<sup>69</sup> Las necesidades de sodio son de 500mg/día para el control de la hipertensión arterial se recomienda un consumo de 2 a 3 g/día. Se debe tener en cuenta el empleo de alimentos como el benzoato de sodio que es un conservante empleado en condimentos, salsas y margarina.<sup>69</sup>

Una buena comunicación entre el médico y el paciente es la clave en el tratamiento exitoso de la hipertensión. Dado que el tratamiento es para toda la vida, es esencial que el médico establezca una buena relación con el paciente, le proporcione información, tanto verbal como escrita, y responda las preguntas que pueda tener.<sup>52</sup> Esta información debe abarcar a la presión arterial y a la elevación de la presión arterial, sus riesgos y el pronóstico, los beneficios esperados del tratamiento y los potenciales riesgos y efectos secundarios de los medicamentos, para así alcanzar un control satisfactorio a largo plazo de la hipertensión.<sup>70</sup>

La incapacidad para establecer una comunicación efectiva generalmente lleva a una pobre adherencia al tratamiento antihipertensivo y a un mal control de las cifras tensionales. La magnitud de este problema se refleja en las encuestas de población que demuestran que la hipertensión no está siendo tratada o no está bien controlada en alrededor del 70-75 % de los pacientes en todo el mundo.<sup>70</sup>

Una de las mejores estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento es involucrar al paciente en las decisiones acerca de su tratamiento. El personal de salud, bien entrenado, puede contribuir importantemente para mejorar la adherencia al tratamiento.<sup>70</sup>

Otras medidas que ayudan incluyen la medición de la presión arterial en el propio hogar del paciente por los familiares, e involucrarlos en el plan terapéutico.<sup>70</sup>

A criterio de la autora de esta investigación es necesario tener en cuenta el riesgo que tienen los pacientes hipertensos en relación con las enfermedades cardiovasculares, el cual se determina no sólo por el nivel de su presión arterial sino además por la presencia o ausencia de daño en órganos diana o de otros factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la dislipidemias y la diabetes mellitus, entre otros.

Tabla 4: Distribución de pacientes con hipertensión sistémica según años de evolución con la enfermedad.

| Años de evolución | Cant. | %     |
|-------------------|-------|-------|
| < 5 años          | 376   | 19,2  |
| 5 – 10 años       | 962   | 49,2  |
| >10 años          | 619   | 31,6  |
| Total             | 1957  | 100,0 |

Fuente: Planilla de recolección de datos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en tabla 4 en correspondencia a los años de evolución con hipertensión arterial predominaron los pacientes entre 5 a 10 años de evolución para un 49.2%, seguidos de los que tienen más de 10 años con la enfermedad para un 31.6%.

Resultados que coinciden con el estudio de Gimeno <sup>71</sup> donde fueron mas frecuentes los hipertensos entre 5 y 10 años con la enfermedad en más del 50 % (53,7%). Expresa Gimeno<sup>71</sup> que los pacientes con una larga evolución de la enfermedad, aunado a otros factores de riesgo tienen alteraciones estructurales en la pared arterial que hacen muy difícil conseguir un adecuado control de las cifras de presión, especialmente de la sistólica.

Tabla 5: Relación de pacientes con hipertensión arterial sistémica y cuestionario de calidad de vida SF – 36 según variables sociodemográficas.

| Edad             | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|-----------------|
| < 60 años        | 74.3  | 85.3  | 60.3  | 85.9  | 69.3  | 80.3  | 88.3  | 80.1  | 78,0             | Regular         |
| ≥ 60 años        | 45.6  | 50.3  | 47.3  | 74.3  | 60.2  | 50.2  | 73.6  | 60.5  | 57,8             | Regular         |
| p valor          | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.024 | 0.040 | 0.000 | 0.035 | 0.001 | -                | -               |
| Sexo             | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
| Femenino         | 50.2  | 50.1  | 43.2  | 63.6  | 69.3  | 61.3  | 64.2  | 66.8  | 58,6             | Regular         |
| Masculino        | 69.3  | 65.2  | 57.2  | 73.5  | 79.1  | 78.3  | 79.7  | 77.1  | 72,4             | Regular         |
| p valor          | 0.031 | 0.022 | 0.038 | 0.039 | 0.040 | 0.027 | 0.020 | 0.032 | -                | -               |
| Color de la piel | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
| Blanco           | 69.4  | 71.8  | 69.4  | 73.2  | 70.3  | 73.2  | 70.2  | 68.3  | 70,7             | Regular         |
| Mestizo          | 62.1  | 64.2  | 60.2  | 65.3  | 62.9  | 69.3  | 62.9  | 60.5  | 63,4             | Regular         |
| Negro            | 53.9  | 55.8  | 53.8  | 52.8  | 52.1  | 54,8  | 52.1  | 51.8  | 53,4             | Regular         |
| p valor          | 0.047 | 0.057 | 0.052 | 0.042 | 0.048 | 0.065 | 0.042 | 0.046 | 0,0              |                 |
| Escolaridad      | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
| Primaria         | 49.8  | 40.6  | 43.0  | 44.2  | 46.2  | 48.2  | 44.1  | 45.2  | 45,2             | Mala            |
| Secundaria       | 50.2  | 51.3  | 56.2  | 48.2  | 52.8  | 54.2  | 59.3  | 60.1  | 54,0             | Regular         |
| Técnico Medio    | 70.1  | 69.9  | 70.6  | 73.2  | 69.3  | 68.3  | 63.7  | 71.4  | 69,6             | Regular         |
| Preuniversitario | 72.4  | 78.3  | 57.2  | 72.0  | 63.1  | 65.3  | 67.4  | 74.2  | 68,7             | Regular         |
| Universidad      | 79.1  | 77.3  | 64.8  | 76.9  | 671.8 | 79.0  | 80.2  | 72.8  | 75,2             | Regular         |
| p valor          | 0.043 | 0.048 | 0.076 | 0.049 | 0.063 | 0.052 | 0.048 | 0.064 | -                | -               |
| Ocupación        | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
| Vínculo Laboral  | 73,5  | 72,1  | 79,9  | 76,2  | 78,2  | 70,3  | 79,2  | 70,2  | 75.0             | Regular         |
| Sin Vinculo Lab  | 58,2  | 57,5  | 65,3  | 64,2  | 63,2  | 64,2  | 61,2  | 65,3  | 62,4             | Regular         |
| p valor          | 0,023 | 0,031 | 0,042 | 0,042 | 0,008 | 0,007 | 0,021 | 0,032 | -                | -               |

FF: función física, RF: Rol físico, DC: Dolor corporal, SM: Salud mental, V: Vitalidad, FS: Función social, RE: Rol emocional, SG: salud general.

Fuente: Planilla de recolección de datos



De acuerdo a los resultados expuestos en tabla 6 en cuanto a la calidad de vida, la edad, el sexo y la ocupación se evidenciaron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en cuanto a la puntuación promedio alcanzada en cada dimensión, con una disminución significativa en todas las dimensiones correspondientes a los pacientes con 60 años y más, en el sexo femenino y en los que no tenían vínculo laboral.

En el color de la piel se comprobaron diferencias significativas en la calidad de vida en las dimensiones función física, salud mental, vitalidad, rol emocional y salud general, se pudo apreciar que el color negro de piel alcanzó menor puntuación promedio que los colores de piel blanco y mestizo.

En cuanto al nivel de escolaridad se mostraron diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida en las dimensiones función física ( $p = 0.043$ ), rol físico ( $p = 0.048$ ), salud mental ( $p = 0.049$ ) y rol emocional ( $p = 0.048$ ).

Estos resultados son coincidentes con el estudio de Varela y col.<sup>72</sup> en un estudio en Colombia sobre el comportamiento del sexo, la edad y la escolaridad en pacientes con hipertensión arterial y la calidad de vida en una población de 44 pacientes, demostrando en cuanto a la calidad de vida, se comprobó que las mujeres presentan más baja calidad de vida en todas las dimensiones en comparación con los hombres y evidenciaron disminución de esta variable en las dimensiones correspondientes al rol físico, función física, vitalidad y dolor corporal; en los pacientes adultos mayores, mujeres y bajo nivel escolar, mientras que en las dimensiones de rol emocional, función social, salud general y salud mental se evidenció una mejoría en los pacientes por debajo de 60 años, hombres y con nivel escolar medio y alto. Los hallazgos antes mencionados difieren en cierto sentido.<sup>72</sup>

En relación con la edad y el sexo, un estudio llevado a cabo en España en el 2011 sobre calidad de vida en pacientes con HTA, encontró una disminución de la

calidad de vida con edad media fue de 65 años y de ellos, 75,9% eran pacientes de sexo femenino, lo que coincide con los resultados de esta investigación.

Otro estudio realizado en Brasil señala con disminución de calidad de vida en pacientes hipertensos en 58,4 años como la edad promedio y 72,8% de sexo femenino coincidiendo parcialmente con estos resultados.<sup>74</sup>

Mientras que el estudio de Cuevas<sup>75</sup> señala 67,18 años como la media y 57% pacientes del género femenino; y bajo nivel escolar en amas de casa, jubilados y sin empleo estable, coincidiendo con la presente investigación.<sup>75</sup>

Plantea Cuevas que el impacto que tiene la calidad de vida en el comportamiento diario sean o no pacientes hipertensos es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas que deben ser cuantificadas cuando se relacionan con la salud o la enfermedad, este es el caso de la HTA; no obstante existe una considerable relación entre la HTA y la calidad de vida; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica en la cual las personas están influenciadas tanto por la edad y el sexo, este expuso que la calidad de vida disminuye con la edad y que un nivel mayor de escolaridad la aumenta pues se ha probado que predomina un mejor afrontamiento de esta enfermedad en los individuos con mayor escolaridad, también el contacto con otras personas elimina que ocurre cuando se asiste a centros de trabajo elimina la sensación de aislamiento o de depresión que por lo general se produce en personas que nunca han tenido vínculo laboral o después de jubilarse.<sup>75</sup>

El Cuestionario de Salud SF-36, es uno de los más ampliamente utilizados; es uno de los indicadores de salud más empleados por la comunidad científica por su alta calidad, permitiendo la comparación nacional e internacional de sus resultados. Es importante señalar que la utilización de este tipo de cuestionarios estandarizados, aplicados a muestras representativa de una determinada población, permite la generación de valores o normas poblacionales que se pueden emplear para estimar la salud percibida de la población y su evolución en el tiempo, resultando de gran utilidad al servir de referencia para la comparación de las diferencias de calidad de vida según las patologías o tratamientos empleados.<sup>76</sup>

Tabla 6: Relación de pacientes con hipertensión arterial sistémica y cuestionario de calidad de vida SF – 36 según comorbilidades, factores de riesgo y grado de hipertensión arterial.

| Comorbilidades asociadas  | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|-----------------|
| Una comorbilidad          | 75.4  | 79.2  | 72.1  | 76.4  | 77.5  | 74.9  | 78.8  | 75.4  | 76,2             | Regular         |
| Dos comorbilidades        | 60.4  | 64.3  | 66.4  | 65.5  | 60.7  | 63.7  | 68,3  | 64.2  | 64,2             | Regular         |
| Mas de dos comorbilidades | 53.2  | 52.5  | 51.6  | 58.4  | 51.9  | 57.4  | 56.3  | 53.2  | 54,3             | Regular         |
| p valor                   | 0.032 | 0.038 | 0.041 | 0.042 | 0.031 | 0.046 | 0.030 | 0.036 | -                | -               |
| Factores de riesgo        | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
| Sobrepeso                 | 74.2  | 70.2  | 67.2  | 74.2  | 72.1  | 69.5  | 70.3  | 72.3  | 71,3             | Regular         |
| Obesidad                  | 62.1  | 68.1  | 60.2  | 72.4  | 57.2  | 58.2  | 58.3  | 67.3  | 63,0             | Regular         |
| Dislipidemia              | 67.3  | 64.3  | 61.3  | 70.2  | 60.2  | 62.1  | 68.3  | 64.2  | 64,7             | Regular         |
| Sedentarismo              | 63.2  | 69.1  | 57.3  | 69.1  | 52.2  | 60.2  | 69.5  | 63.4  | 63,0             | Regular         |
| Estrés                    | 74.3  | 73.6  | 69.3  | 60.1  | 68,3  | 62.8  | 65.8  | 70.2  | 69.3             |                 |
| Dieta inadecuada          | 61.3  | 69.0  | 59.0  | 71.3  | 68.2  | 64.9  | 60.3  | 64.3  | 64,8             | Regular         |
| p valor                   | 0.386 | 0.481 | 0.776 | 0.457 | 0.757 | 0.674 | 0.657 | 0.375 | -                | -               |
| Grados de HTA             | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
| Grado 1                   | 74.3  | 73.2  | 75.2  | 74.8  | 75.8  | 77.5  | 76.6  | 75.3  | 75,3             | Regular         |
| Grado 2                   | 67.3  | 63.4  | 62.1  | 67.4  | 63.5  | 64.8  | 62.8  | 64.6  | 64,5             | Regular         |
| Grado 3                   | 51.4  | 54.8  | 50.3  | 53.4  | 51.5  | 52.9  | 50.3  | 53.8  | 52,3             | Regular         |
| p valor                   | 0.032 | 0.038 | 0.028 | 0.034 | 0.035 | 0.031 | 0.028 | 0.030 | -                | -               |

FF: función física, RF: Rol físico, DC: Dolor corporal, SM: Salud mental, V: Vitalidad, FS: Función social, RE: Rol emocional, SG: salud g

Según lo mostrado en tabla 7 en cuanto a la calidad de vida y las comorbilidades asociadas a los pacientes que presentaron hipertensión sistémica en el estudio tenemos que aunque en general los valores promediaron para una calidad de vida regular en este análisis se puede observar que aquellos que solo presentan una comorbilidad tienen una calidad de vida más favorable con promedio mayor que los que tienen dos más comorbilidades comprobándose diferencias significativa ( $p < 0.05$ ) entre la frecuencia de comorbilidades presentadas.

En cuanto a los factores de riesgo no se comprobaron diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) en ninguno de los factores de riesgo identificados con relación a la calidad de vida según dimensiones del instrumento empleado para evaluarla, comprobándose de manera general que los pacientes referían según valoración como promedio regular calidad de vida en cuanto a los factores de riesgo que influían en la misma.

De los tres grupos de clasificación de la hipertensión arterial vigentes los pacientes que clasificaban en grupo 3 de hipertensión arterial; presentaron según valoración; la menor puntuación promedio, comprobándose diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre las dimensiones del cuestionario entre las tres grupos de clasificación de la hipertensión arterial ( $p < 0.05$ ).

En el estudio de los valores más bajos en cuanto a calidad de vida se asociaron significativamente ( $p < 0.05$ ) con los pacientes que presentaron dos o más comorbilidades, siendo la obesidad en ambos sexos, la dislipidemia y la dieta inadecuada los factores de riesgo de menor valor promedio en cuanto a la calidad de vida sin embargo padecer sobrepeso y ser sedentario presentó una más baja calidad de vida sólo para las mujeres.

Espinosa<sup>77</sup> ha encontrado que el estrés y la obesidad están relacionados con la adopción de estilos de vida perjudiciales (sedentarismo, dietas inadecuadas), lo cual conduce a incrementar el riesgo de hipertensión y un detrimento de la calidad de vida. Al parecer, el estrés asociado a otros factores de tipo psicosocial como la

depresión y el aislamiento social, puede también aumentar la incidencia de hipertensión, a través de una asociación con los comportamientos de riesgo de salud detractores de la calidad de vida relacionada con la salud. Además, cuando los factores de riesgo cardiovascular conocidos se relacionan con estrés, el efecto sobre la presión arterial se multiplica.<sup>77, 21,22</sup>

Tabla 7: Relación de pacientes con hipertensión arterial sistémica y cuestionario de calidad de vida SF – 36 según tratamiento de la tensión arterial.

| Tratamiento HTA  | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|-----------------|
| Farmacológico    | 66.4  | 69.4  | 60.3  | 68.3  | 69,3  | 72.4  | 69.3  | 70.1  |                  |                 |
| No farmacológico | 72.9  | 71.4  | 69.3  | 61.9  | 71.2  | 76.3  | 73.2  | 74.7  |                  |                 |
| Sin tratamiento  | 58.3  | 60.3  | 57.3  | 52.9  | 60.2  | 62.3  | 61.1  | 59.3  |                  |                 |
| p valor          | 0.043 | 0.048 | 0.054 | 0.042 | 0.063 | 0.061 | 0.075 | 0.073 |                  | -               |

FF: función física, RF: Rol físico, DC: Dolor corporal, SM: Salud mental, V: Vitalidad, FS: Función social, RE: Rol emocional, SG: salud g

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En cuanto a la calidad de vida en pacientes hipertensos según el tipo de tratamiento impuesto, se comprobaron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal y salud mental, obsérvese que los pacientes que no tenían tratamiento alguno para la hipertensión arterial promediaron menor puntuación promedio en todas las dimensiones del cuestionario en comparación con los que tenían tratamiento farmacológico y no farmacológico. Considerándose en esta variable una calidad de vida regular.

Plantea Zygmuntowicz<sup>42</sup> que la calidad de vida se deteriora con el aumento en la duración del tratamiento, incluso posterior a dos años de terapia también el número de medicamentos fue un factor asociado a una baja calidad de vida en los pacientes hipertensos.<sup>42</sup>

Varios autores coinciden en que esta enfermedad tiene un tratamiento no farmacológico, destinado a modificar estilos de vida para su control y sobre factores de riesgo asociados que empeoran su pronóstico. El tratamiento farmacológico cuenta con un arsenal terapéutico amplio y han aparecido nuevos medicamentos en los últimos años que han contribuido a elevar la calidad de vida pues se han reducido las complicaciones cuando hay una disciplina y responsabilidad en su cumplimiento. Hoy en día existen estudios, que analizan no sólo el efecto sobre el descenso de las cifras tensionales, sino reducción de mortalidad y con esos criterios debe ser tratada y escogidas las mejores opciones según la relación costo-riesgo-beneficio para su tratamiento. El buen arte de ajustar un tratamiento (medicamentoso o no) se conoce como prescripción terapéutica razonada, que como toda arista del conocimiento científico consta de principios básicos. Es un proceso esencial, pero no exento de errores en ninguna de sus fases, desde la realización de un diagnóstico correcto hasta el mismo momento de escoger el medicamento adecuado. Meta siempre difícil de lograr, pues a pesar del desarrollo de la Farmacología, aún se reportan índices de control por debajo de lo admitido para evitar complicaciones.<sup>78, 79,80</sup>

Tabla 8: Relación de pacientes con hipertensión arterial sistémica y cuestionario de calidad de vida SF – 36, según años de evolución con la enfermedad.

| Años de evolución con HTA | FF    | RF    | DC    | SM    | V     | FS    | RE    | SG    | Promedio general | Calidad de vida |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|-----------------|
| < 5 años                  | 74.5  | 70.2  | 70.2  | 74.8  | 75.8  | 77.4  | 74.1  | 75.3  |                  |                 |
| 5 – 10 años               | 63.7  | 61.8  | 63.9  | 69.3  | 64.8  | 70.2  | 72.2  | 71.2  |                  |                 |
| > 10 años                 | 52.3  | 52.8  | 50.4  | 53.0  | 54.3  | 68.3  | 62.6  | 51.4  |                  |                 |
| p valor                   | 0.035 | 0.038 | 0.038 | 0.053 | 0.041 | 0.052 | 0.064 | 0.051 |                  | -               |

FF: función física, RF: Rol físico, DC: Dolor corporal, SM: Salud mental, V: Vitalidad, FS: Función social, RE: Rol emocional, SG: Salud general

Fuente: Planilla de recolección de datos.



Los años de evolución con hipertensión arterial mostraron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en cuanto a la calidad de vida en los pacientes en estudio en las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal y vitalidad, clasificando en todos lo periodo de tiempo definidos la calidad de vida de los pacientes como regular. Obsérvese que a medida que aumenta los años de evolución con hipertensión arterial va disminuyendo el valor promedio en todas las dimensiones del cuestionario SF – 36, indicando una disminución en la calidad de vida.

Resultados que coinciden con el estudio de Gimeno<sup>71</sup> donde en predominaron los pacientes con hipertensión entre 5 a 10 años de evolución y una calidad de vida regular según los valores promedios resultantes en los indicadores evaluados según cuestionario SF – 36, además expresa Gimeno<sup>71</sup> que cuando se lleva un tiempo prolongado con hipertensión arterial las consecuencias clínicas del remodelado vascular asociado a la elevación mantenida de la presión arterial van a ser diferentes en función del tipo de vaso, repercutiendo desfavorablemente sobre la calidad de vida, ya que se produce la rigidez en la aorta o sus ramas y favorecen el desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda; la afectación de pequeños vasos provocan hipoperfusión de órganos e isquemia, favoreciendo el accidente cerebral vascular, la angina microvascular, la insuficiencia cardiaca y la renal. Finalmente, en arterias pequeñas y arteriolas una disminución en diámetro y número conduce a un aumento de la resistencia vascular periférica y la perpetuación de la HTA, cambios estos que son directamente proporcionales con el tiempo y gravedad de la enfermedad.<sup>71</sup>

## **CONCLUSIONES**

- Los pacientes más afectados fueron los de 60 años y más, del sexo masculino, raza negra con escolaridad de técnico medio con vínculo laboral.
- El validismo en las actividades de la vida diaria fueron evaluadas de regular.
- La rehabilitación modifica la calidad de vida en el seguimiento a los pacientes hipertensos con comorbilidades convirtiéndose en un elemento cada vez más frecuente como intervención terapéutica.
- La valoración de la calidad de vida de la población en estudio después de la rehabilitación modifica su estado de salud mejorando significativamente la percepción subjetiva con relación a las variables estudiadas.

## **RECOMENDACIONES**

- Establecer intersectorialidad con los distintos organismos para fomentar la rehabilitación en pacientes con discapacidades portadores de enfermedades crónicas que mejoren la calidad de vida.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Andersson OK, Almgren T, Persson B, Samuelsson O, Hedner T, Wilhelmsen L. Survival in treated hypertension: follow up study after two decades. Br Med J. 2010;31 (7):167–71.
2. Abramowicz M, Zuccotti G editores. Grugs for Hypertension. The Medical Letter 2015; (4): 17-22.
3. Chalmers J, MacMahon S, Mancia G, Whitworth J, Beilin L, Hansson L, et al. 2011 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Clin Exp Hypertens. 2011; 21: (11):1009–60.
4. Velásquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G, Sánchez- Castillo C, Attie F, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México.

Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud 2010. Arch Cardiol Mex. 2012; 7 (2):71–84.

5. Kannel WB, Zhang T, Garrison RJ. Is obesity-related hypertension less of a cardiovascular risk? The Framingham Study. Am Heart J. 2011;12 (9):1195–201.

6. Bautista LE, Vera-Cala LM, Villamil L, Silva SM, Pena IM, Luna LV. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. Salud Publica Mex. 2012;44(5):399–405.

7. Arroyo P, Fernández V, Ávila-Rosas H. Overweight and hypertension: data from the 2012; 7 (4): 193 - 98

8. Hazuda HP. Hypertension in the San Antonio Heart Study and the Mexico City Diabetes Study: sociocultural correlates. Public Health Rep. 2009;2 (1):18–21.

9. Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult U.S. population. Data from the health examination surveys, 1960 to 1991. Hypertension. 2011; 23 (4):60–9.

10. Guémez Sandoval JC, Moreno Altamirano L, Kurí Morales P, Argote Roumagnere A, Alba Leonel A, Méndez Vargas R, et al. Estilos de vida, antecedentes familiares y personales patológicos en relación a la hipertensión arterial en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM. Arch Inst Cardiol Mex. 2012; 6 (2): 283–7.

11. Hori Y, Toyoshima H, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Zhu S, et al. Gender and age differences in lifestyle factors related to hypertension in middle-aged civil service employees. J Epidemiol. 2013; 13(1):38–47.

12. J. Alonso. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. GacSanit 2011; 14(2):163-167. 12. J. Alonso. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. GacSanit 2011; 14(2):163-167.

13. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ. 2009; 7 (5): 324 -417

14. Vilagut G, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. GacSanit. 2011; 19 (2):135-50.

15. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston (MA): New England Medical Center, HealthInstitute. 2010;5 (2): 46 - 49

16. Garcia A. Evaluación neuropsicológica de calidad de vida (ENCV) en pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) Rev Gallego-portuguesa de psicología y educación. 2011; 1 (2):11 – 14.
17. Silva F, Quintero c, Zarruk JG. Comportamiento epidemiológico de la enfermedad cerebrovascular en la población Colombiana. Guía Neurológica 8. Enfermedad Cerebrovascular. Bogotá: Asociación Colombiana de Neurología; 2010; 4 (2):23-29.
18. Tapia Aricana- Hernández, Vásquez Karen - Quicaño, Pineda Adán – Rodríguez R. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular que acudieron a consultorio externo de neurología del Hospital regional de ICA, Perú 2010- 2011. Rev Med Panacea 2012; 2(2): 45- 49.
19. Jaramillo Moyano V. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Rev Hosp Clín Univ Chile 2010; 21: 348 – 55.
20. Abramowicz M, Zuccotti G editores. History of hypertension. The Medical Letter 2009; (3): 9-11.
21. Martínez J, Villa J, Quintero A, Jaramillo J, Calderón V, Copete A. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en un hospital de segundo nivel. Ver Fac Nac Salud Pública. 2011; 29(2): 139–44.
21. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto M do RG, Monego ET, Moreira HG, de Oliveira Vitorino PV, et al. Hipertensión arterial y su correlación con algunos factores de riesgo en Ciudad Brasileña de Pequeño Tamaño. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(4):502–9.
22. Liga Uruguay contra la Hipertensión Arterial. Primer Congreso Uruguayo sobre la Hipertensión Arterial. Revista Médica Uruguay 2011; 14(1):8-62.
23. Did Núñez JP. Hipertensión arterial. Estratificación de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr 2011; 15(6): 3 - 9.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000600001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000600001)>  
[consulta:
24. Favela PE, Gutiérrez BJ, Medina GM, Sierra SE, Viniestra OA. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México. Secretaria de Salud. 2012; 6 (4): 57 - 63.
25. Aronow SW. Treatment of systemic hypertension. Am J Cardiovasc Dis. 2012; 2 (3): 160- 170.
26. Papadakis MJ. McPHEE, S.: Hipertensión Sistémica. En: Diagnóstico Clínico y tratamiento. McGraw Hill: 2013; 52 (11): 433-463.

27. Katzung G, Bertram G: Fármacos Antihipertensivos. En: Farmacología Básica y Clínica. McGraw-Hill Lange: 2013; 12 (4): 167-189.
28. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de la ciencia de la salud. Rev cub. 2002; 28(2): 67 – 78.
29. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento: Declaración final y Recomendaciones. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2012; 37 (2):66 – 72.
30. Badia Llach X: Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Gastroenterol Hepatol. 2012; 2 (5):2-6.
31. Fernández-López JA, Hernández-Mejía R: Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. Med Clin (Barc) 2013; 10 (1):576-8.
32. Cabrera, M.E; Agostini, M. T; García-Viniegras, C R.: Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de Indicadores para la medición de la calidad de vida. Reporte de investigación. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. 2010.
33. Badia X, García AF. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y la preferencia en estudios de la investigación de resultados en salud. En: La investigación de resultados en salud. Barcelona: Edimac; 2011; 5 (7): 61-78.
34. Neder MM, Borges AAN. Systemic hypertension in Brazil: how much have we improved our knowledge about its epidemiology? Rev Bras Hipertens. 2012; 13 (2): 126-33.
35. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cir Esp 2011; 76(2):71-77
36. Jhonson C. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. Rev. Neurol 2004; 39 (11): 1052-1062
37. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 2011; 11(8):622 - 678.
38. Fallowfield, L. The quality of life. The missing measurement in health care. London: Souvenir Press.2012; 3 (2):. 46-8.

39. Ribeiro JP, Garrett C. Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. *Rev Neurol* 2011; 42 (11): 655-9.
40. Lohr KN, Aaronson NK, Alonso J, Burnam MA, Patrick DL, Perrin EB. Evaluating quality of life and health status instruments SF - 36: development of scientific review criteria. *Clin Ther.* 2011; 18 (5): 979-92.
41. Tavares DMS, Paiva MM, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 5 (7): 79 - 83.
42. 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.
43. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Freqüência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43: 98-106.
44. Hernández Gárciga FF, OpeyemiJimada I, Pría Barros MC. Riesgo cardiovascular global consultorio3: Área de salud de Guanabo 2008. *Rev habancienméd.* 2010; 9 (5): 641-9.
45. D' Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P; CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA.* 2014; 28(2):180-7.
46. Baena Díez M, del Val García J, Tomas Pelegrina J, Martínez L, Martín Peñacoba R, González Tejón I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 58 (11):367-373.
47. O'Donnella CJ, Elosuac R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol [Internet].* 2008 [citado 31 Oct 2012];61(3):299-310. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas/articulo/13116658/>
48. Peláez O. Esperanza de vida alcanza 78,45 años. *Granma [Internet].* 25 May 2015; Cuba. col (1). Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2015-05-25/esperanza-de-vida-alcanza-7845-anos>.

49. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2013. Estudio RICAR. Chile 2013.
50. Vega Delgado M. Hipertensión arterial. Folleto Complementario 2009; 2 (1):20-6.
51. Pepine CJ, Schlairfer JD, Manawi GB, Pitt B, O'Neill BJ, Habuer HF. Influence of smoking status on progression of endothelial dysfunction. TREND Investigators. Trial on reversing endothelial dysfunction. Clin Cardiol 2013; 21: (11):331-334.
52. Moliterno DJ, Willard JE, Lange RA, Negus BH, Boerher JD, Glamann DB, Landau C, Rossen JD, Winniford MD, Hillis LD. Coronary-artery vasoconstriction induced by cocaine, cigarette smoking or both. N Engl J Med 2010; 33 (17):454-459.
53. Fowkes FG. Epidemiological research on peripheral vascular disease. J Clin Epidemiol 2011; 54(9):863-8.
54. Lanckland DT.. Systemic hypertension: an endemic, epidemic, and a pandemic. SeminNephrol. 2013; 25 (5):194-7.
55. Clement DL et al: Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. N Engl J Med 348:2407, 2012; 2 (3): 120 – 179.
56. Dahlof B et al: Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet, 2009; 11(4): 359 -995.
57. Ordúñez P, Barceló A, Bernal JL, Espinosa A, Silva LC, Cooper RS. Risk factors associated withuncontrolled hypertension: Findings from the base line survey in Cienfuegos, Cuba. J Hypertension. 2008; 26 (4):663 –671.
58. Castañer Herrera JF, Céspedes Lantigua LA. Hipertensión Arterial. En: Alvarez Sintes. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001; 4 (2):517-536.
59. O'Braien AAJ and Bulpitt CJ. Hyperetensive Disease. IN: Speight TM and Halford NHG. Avery's Drug Treatment. Barcelona-Ingoprint S.A. 2010; (3):897-932.
60. Miguel Mataramas Peñate, Raimundo Llanio Navarro, Pedro Muñiz Iglesias, Carlos Quintana Setien, Rubén Hernández Zúñiga, Ernesto Vicente Peña, et al. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
61. Organización Panamericana de la Salud, 2014. Salud en las Américas, 2012; 2 (1):1–16.

62. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2013. Estudio RICAR. Chile 2013.
63. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Freqüência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública. 2009; 43 (5): 98-106.
64. Hernández Gárciga FF, OpeyemiJimada I, Pría Barros MC. Riesgo cardiovascular global consultorio3: Área de salud de Guanabo 2008. Rev habancienméd. 2010; 9 (5): 641-9.
65. Álvarez Aliaga A., Rodríguez Blanco L.H., Fonseca Aguilera A.A., et al. Factores de riesgo de daño a órgano diana por hipertensión arterial MAPFRE MEDICINA, 2011; 18 (3): 190-200
66. Achilli F, Figar S, Waisman G, Langlois E, Galarza C, González B de Quirós F. Prevención de eventos cardiovasculares en hipertensos mayores de 65 años bajo el cuidado de un programa de control. Estudio de cohorte. An Med Interna (Madrid) 2012; 22: 167-171.
67. Ordúñez P, Barceló A, Bernal JL, Espinosa A, Silva LC, Cooper RS. Risk factors associated with uncontrolled hypertension: Findings from the base line survey in Cienfuegos, Cuba. J Hypertension. 2008; 26:663 –671.
68. Blanco Domínguez Maylín, María del Rosario Hernández Fabelo, Antonio Abelis Pulido Trujillo. Hipertensión arterial y factores de riesgo. 2009; 4 (91): 11 - 15
69. Rodríguez Y, Oliva J, Gil A, Hernández R. Intervención educativa sobre hipertensión arterial. 2010; 11 (3): 21 – 26.
70. Allhat Collaborative Research Group: The Antihypertensive, Risk and Lipid Lowering Treatment to Prevent Chobanian AV. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC report. JAMA. 2013, (2): 123 – 156.
71. Gimeno Orna J.A, Lou Arnal L.M, Molinero Herguedas E, Boned Julián B, Portilla Córdoba P.A. Influencia del síndrome metabólico en el riesgo cardiovascular de pacientes con diabetes tipo 2. RevEspCardiol 2004; 57: 507-513.
72. Varela M, Arrivillaga M, Cáceres D, Correa D, Holguín L. Efectos beneficios de la modificación del estilo y calidad de vida en pacientes hipertensos. Acta colombiana de psicología. 2011; 7 (4): 34 – 38.



73. García A, Fernández L, Martos F. Calidad de vida en pacientes hipertensos. Medicina de familia. 2011; 2 (1): 12 - 17
74. Melchiors A, Januarico C, Pontardo R, De Souza F, De Paula R. Qualidade de Vida en Pacientes Hipertensos. Brasil. Arq. Brasil Card. 2010; 94; (5): 343- 349.
75. Cuevas F. Percepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos. Factores influyentes [Tesis doctoral]. España. Soportes Audiovisuales e Informáticos. Serie Tesis Doctorales. Universidad de La Laguna. 2013.
76. Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manrique L, Arequipa J. Percepción de la calidad de vida. Acta Med. Perú. 2012; 5 (7): 48 - 57
77. Espinosa A. Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. Rev Cub Med. 2012; 48(3):125-340.
78. Menéndez C, Montes A, Núñez C, Fernández MJ, Gamarra T, Buján S. Estrés ambiental y reactividad cardiovascular: la influencia de los acontecimientos vitales estresantes en pacientes hipertensos. En: Revista Atención Primaria 2002; 30(10):631-637
79. Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra, *et al.* Temas de Medicina Interna. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002; 11 (4):325-58.
80. Brent ME, Yumin Z, Neal Axon R. US trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension.1988-2009. OMS. JAMA. 2011; 23(20): 2043 - 50.

## **ANEXO 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el Policlínico “Rafael Ezecharreta”, ubicado en el Municipio San José de las Lajas ha habido un aumento en la prevalencia de hipertensión arterial, por ello se decide realizar una investigación titulada: “Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial policlínico Rafael Ezecharreta” con el fin de mejorar la calidad y condiciones de vida. Solicitamos su colaboración para lograr el éxito de la misma si sus condiciones lo permiten. Usted podrá abandonar el estudio cuando desee, este no será conocido por terceras personas y si esto sucediera será con el consentimiento suyo. La información será confidencial.

En uso de mis facultades, comprendido y aceptado las razones explicadas estoy de acuerdo en participar en esta investigación.

Participante: \_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_.

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO SALUD SF 36

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Edad (años) \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_ M \_\_\_

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales antes y después de recibir el tratamiento rehabilitador para la hipertensión. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

#### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es:

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la escoba o aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita **coger o llevar la bolsa de la compra**?

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita **subir varios pisos** por la escalera?

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros?)

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

1  Sí, me limita mucho

2  Sí, me limita un poco

3  No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mas de lo normal), a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional ( como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

19. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1  No, ninguno

2  Sí, muy poco

- 3  Sí, un poco
- 4  Sí, moderado
- 5  Sí, mucho
- 6  Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Regular
- 4  Bastante
- 5  Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. en cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?.

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca



24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas Veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas Veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas Veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez

6  Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

### ANEXO 3

#### PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_

Color de la piel: Blanco \_\_\_ Mestizo \_\_\_ Negro \_\_\_

Nivel de escolaridad: Primaria \_\_\_ Secundaria \_\_\_ Técnico medio \_\_\_  
Preuniversitario \_\_\_ Universitario \_\_\_\_\_

Ocupación: Sin vínculo laboral \_\_\_ Con vínculo laboral \_\_\_\_\_

Comorbilidades: DM \_\_\_ IMA \_\_\_ ECV \_\_\_ Miocardiopatía dilatada \_\_\_ Retinopatía  
hipertensiva \_\_\_ Nefropatía hipertensiva \_\_\_

Factores de riesgo: Sobrepeso \_\_\_ Obesidad \_\_\_ Estrés \_\_\_ Dislipidemias \_\_\_  
Dieta inadecuada \_\_\_

Grados de hipertensión arterial: Grado 1 \_\_\_ Grado 2 \_\_\_ Grado 3 \_\_\_

Con tratamiento farmacológico HTA \_\_\_ Con tratamiento no farmacológico \_\_\_  
Sin tratamiento HTA \_\_\_

Años de evolución: < 5 años \_\_\_ 5 a 10 años \_\_\_ > 10 años \_\_\_