



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional De Loja
Facultad De La Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en el barrio Isidro Ayora Alto y Bajo

Trabajo de Titulación,
previo a la obtención del
título de médico general

AUTOR:

Michael Vicente Saavedra Torres

DIRECTOR:

Md. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp.

LOJA – ECUADOR

2023

Certificación

Loja, 24 de noviembre del 2023

Md. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del trabajo de titulación denominado: “Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en el barrio Isidro Ayora Alto y Bajo”, previo a la obtención del título de Médico General, de autoría de la estudiante Michael Vicente Saavedra Torres, con cédula de identidad Nro.1104705767, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente:



Firmado electrónicamente por:
**PATRICIO RAFAEL
ESPINOSA JARAMILLO**

Md. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **Michael Vicente Saavedra Torres** declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional– Biblioteca Virtual.

Firma:  Firmado electrónicamente por:
MICHAEL VICENTE
SAAVEDRA TORRES

Cedula: 1104705767

Fecha 24/11/2023

Correo: michael.saavedra@unl.edu.ec

Teléfono: 0968710118

Carta de autorización por parte del autor, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación.

Yo, **Michael Vicente Saavedra Torres** autor del Trabajo de Titulación Titulado **Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en el barrio Isidro Ayora Alto y Bajo**, como requisito para optar el título de **Médico General** autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, a los veinte cuatro días del mes de noviembre del año dosmil veinte tres.



Firma:

Autor: Michael Vicente Saavedra Torres

Cédula de identidad: 1104705767

Dirección: Jamaica y Gibraltar.

Correo electrónico: michael.saavedra@unl.edu.ec

Teléfono: Domicilio: 072102020 **Celular:** 0968710118

Datos complementarios:

Director de trabajo de titulación: Md. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo, Esp

v. Dedicatoria

A mis padres y tías por su apoyo incondicional brindado durante el transcurso de mi formación profesional

Michael Vicente Saavedra Torres

Agradecimiento

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo y de quienes lo hicieron posible. Por esto agradezco a Dios, sin el cual nada es posible. A mi director del Trabajo de Titulación, Md. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp. A quienes me asesoraron también en el desarrollo del mismo Dra. Celsa Carrión. A mis padres, familia en general, docentes y amigos, quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

Y finalmente un eterno agradecimiento a la Republica del Ecuador y a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Michael Vicente Saavedra Torres

vii. Índice de Contenidos

Poratada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de Contenidos	vii
Índice de Tablas	xi
Índice de Anexos	xii
1. Título	0
2. Resumen	2
Abstract	3
3. Introducción	4
4 . Marco teórico	7
4.1 Hipertensión arterial	7
4.1.1 Definición de presión arterial	7
4.1.2 Definición de hipertensión arterial	7
4.1.3 Fisiopatología de la hipertensión arterial.....	8
4.1.3.1. Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA)	8
4.1.3.2. Sistema inmunológico	10
4.1.4 Epidemiología.....	10
4.1.5 Factores de riesgo	12
4.1.5.1. Factores de riesgo no modificables.....	12
4.1.5.2. Factores de riesgo modificables.....	12
4.1.6 Clasificación de la hipertensión arterial	13
4.1.7 Signos y síntomas	13
4.1.8 Diagnóstico	14

4.1.8.1. Valoración del paciente	14
4.1.8.2. Sospecha de errores diagnósticos	15
4.1.9. Tratamiento.....	15
4.1.9.1. Metas del tratamiento	15
4.1.9.2. Tratamiento no farmacológico.....	16
4.1.9.2.1. Restricción de sal y dieta	16
4.1.9.2.2. Suplementación de potasio	16
4.1.9.2.3. Moderación en el consumo de alcohol.....	16
4.1.9.2.4. Suspender el consumo de cigarrillo	17
4.1.9.2.5. Cambios en la dieta	17
4.1.9.2.6. Realizar ejercicio físico.....	18
4.1.9.2.7. Reducción de peso	18
4.1.9.2.8. Medidas complementarias.....	18
4.1.9.2.9. Tratamiento Farmacológico	19
4.2 Calidad de vida	20
4.2.1 Definición de calidad de vida	20
4.2.2. Dimensiones de calidad de vida	21
4.2.2.1. Bienestar emocional.....	21
4.2.2.2. Relaciones interpersonales.....	21
4.2.2.3. Bienestar material	21
4.2.2.4. Desarrollo personal	21
4.2.2.5. Bienestar físico.....	21
4.2.2.6. Autodeterminación.....	21
4.2.2.7. Inclusión social	22
4.2.2.8. Derechos	22
4.2.3 Calidad de vida relacionada con la salud.....	22
4.2.4 Calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas	23

4.2.5 Calidad de vida y Hipertensión arterial	24
4.2.6 Instrumento Minichal para medir la calidad de vida en personas hipertensas	25
4.2.7 Instrumento de Morisky Green para evaluar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.....	26
5. Metodología.....	28
5.1 Tipo de estudio	28
5.2 Área de estudio	28
5.3 Periodo.....	28
5.4 Universo y muestra.....	28
5.5 Criterios de Inclusión.....	28
5.6 Criterios de Exclusión	28
5.7 Operacionalización de variables.....	29
5.8 Métodos e instrumentos de recolección.....	31
5.8.1. Método.....	31
5.8.2. Instrumento.....	31
5.8.2.1. Consentimiento informado (Anexo 6).....	31
5.8.2.2. Test de Morisky-Green (Anexo 7).....	31
5.8.2.3 Test MINICHAL (Anexo 7).....	32
5.9 Procedimiento.....	32
5.10. Plan de tabulación y análisis.....	33
5.11 Recursos humanos y materiales.....	33
5.11.1. Recursos humanos	33
5.11.2 Recursos Materiales.....	33
6. Resultados.....	34
6.1. Resultados para el primer objetivo	34
6.2. Resultados para el segundo objetivo.....	36
6.3. Resultados para el tercer objetivo.....	38
7. Discusión.....	39
8. Conclusiones.....	41
9. Recomendaciones.....	42
10. Bibliografía.....	43

11. Anexos.....46

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja	34
Tabla 2. Grado de adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja de acuerdo a edad y sexo.	36
Tabla 3. Calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja de acuerdo a edad y sexo.	37
Tabla 4. Relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en los pacientes hipertensos pertenecientes a los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja.....	38

Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación de Tema.....	46
Anexo 2. Pertinencia del Tema.....	47
Anexo 3. Designación de director	48
Anexo 4. Autorización para la recolección de datos.....	49
Anexo 5. Certificación de tribunal de grado	50
Anexo 6. Consentimiento informado.....	51
Anexo 7. Hoja de recolección de datos.....	53
Anexo 10. Certificación de traducción al idioma inglés.....	56

1. Título

Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en el barrio

Isidro Ayora Alto y Bajo

2. Resumen

La hipertensión arterial es un trastorno crónico cardiovasculares que más afecta a la población adulta a nivel mundial siendo una de las causas de muerte precoz, la adherencia al tratamiento junto con calidad de vida son pilares fundamentales en la adaptación del paciente al realizar cambios en su estilo de vida mejorando su salud. Se llevo a cabo la investigación la cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja durante abril – agosto el 2022, con un enfoque cuantitativo, de cohorte transversal, tuvo la participación de 60 personas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se aplicó el test Minichal y Morisky Green obteniendo que el 88,33 % (n=53) tienen una mala adherencia al tratamiento hipertensivo, el 11.67 % (n= 7) presentan una alta calidad de vida; el 55 % (n= 33) calidad de vida media y el 33,22 % (n=20) baja calidad de vida. Concluyendo que en dicha población existe una relación significativa ($p<0.01$) entre la adherencia al tratamiento terapéutico hipertensivo y la calidad de vida siendo esta una relación positiva: a mayor adherencia mayor calidad de vida

Palabras clave: enfermedad cardiovascular, calidad de vida relacionada con salud, manifestaciones somáticas, estado emocional, bienestar físico, atención primaria de salud.

Abstract

Arterial hypertension is one of the chronic and cardiovascular disorders that most affect the adult population worldwide being one of the causes of early death, adherence to treatment along with quality of life are fundamental pillars in the adaptation of the patient to make changes in their lifestyle to improve their health. The present research aimed to determine the quality of life and therapeutic adherence in patients diagnosed with hypertension in Isidro Ayora Alto and Bajo neighborhoods of Loja during April-August 2022, with a quantitative approach, cross-sectional cohort, had the participation of 60 people who met the inclusion and exclusion criteria, to whom the Minichal and Morisky Green test was applied, obtaining that 88.33% (n=53) have poor adherence to hypertensive treatment, 11.67% (n=7) have a high quality of life; 55% (n=33) have a medium quality of life and 33.22% (n=20) have a low quality of life. We conclude that in this population there is a significant relationship ($p < 0.01$) between adherence to hypertensive treatment and quality of life, this being a positive relationship: the greater the adherence, the greater the quality of life.

***Keywords:** cardiovascular disease, health-related quality of life, somatic manifestations, emotional state, physical wellbeing, primary health care.*

3. Introducción

Partiendo de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional" (Figueiredo, 2020)

La hipertensión es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades. La hipertensión es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo, afecta más del 30% de la población adulta mundial. Para la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión arterial constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental. (Mogollón, 2020)

En el Ecuador la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo detrás de la mortalidad por causas vasculares mayormente enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular además también de otras, aunque en menor porcentaje la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardíaca y la demencia. (OPS, 2020)

En la actualidad y dentro de la calidad de vida relacionada con la salud la hipertensión arterial con lleva una enfermedad crónica no transmisible y tiene un contexto más particular , en el que se consideran tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la importancia que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más específicamente en su calidad de vida , el deterioro o pérdida de calidad de vida causado por el padecimiento de la enfermedad o alguna o algunas complicaciones que se presenten debido a esta además esta enfermedad tiene una amplia repercusión en la calidad de vida de estos pacientes por lo cual el control médico es un desafío y prioridad para todos los sistemas sanitarios , además del cumplimiento del debido tratamiento y en el caso también de sus complicaciones (Castro, 2020).

El inadecuado control de la HTA tiene una repercusión directa sobre la calidad de vida, con considerable influencia sistémica, deteriorando las capacidades físicas del individuo, desarrollando nuevas enfermedades he incidiendo estos en la percepción del individuo,

afectándolo de forma emocional, causando daños en su calidad de vida. A su vez en la medida en que la sociedad se ha hecho compleja y agitada a un ritmo mayor al que ha evolucionado la adaptación psicobiológica del hombre, han aparecido trastornos de la alimentación, el ejercicio físico y otros con una amplia relación con otras enfermedades o trastornos como la hipertensión arterial (HTA). (Morales, 2018)

Por lo tanto y debido a lo expuesto anteriormente se planteó y busco dar contestación a la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial en los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo?

En la actualidad en el Ecuador la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo detrás de la mortalidad por causas vasculares mayormente enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular y han ido aumentando considerablemente en los últimos años, es por ello que el manejo de esas enfermedades crónicas es muy importante evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la cual da cuenta de las dimensiones de la vida afectadas por estas enfermedades crónicas al evaluar la calidad de vida a nivel clínico su abordaje favorece el análisis de las áreas en que cada paciente presenta alteraciones relacionadas con su enfermedad y ayuda a evaluar el impacto de los tratamientos. Además, como no existe una cura definitiva para la hipertensión arterial, el mejoramiento de la CVRS es un objetivo terapéutico en sí mismo. Esto permite esclarecer la necesidad de apoyo o soporte que requiera este tipo de paciente, en cualquier estadio de la enfermedad, llegando inclusive a incorporarse como medida en los estudios de sobrevida. (Boreu, 2021)

Dada la importancia de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en el manejo de condiciones crónicas y discapacitantes, y el aumento en la prevalencia de estas. La realización de esta investigación radica en la elevada prevalencia de casos de pacientes hipertensos y a su elevado riesgo de presentar complicaciones discapacitantes que modifican su calidad de vida, a su vez debemos de tener en cuenta que CVRS se refiere a la satisfacción del individuo en cuanto a los aspectos físicos, sociales y psicológicos de su vida en la medida en que éstos afectan o se ven afectados por su salud y debido a que la HTA es una enfermedad poco sintomática (excepto en fases complicadas), parece difícil asociar a ella un deterioro en la CVRS. Sin embargo, hay diversos estudios y autores que afirman que la HTA produce un deterioro de la CVRS siendo esta inferior en los pacientes hipertensos en comparación con los normotensos y dentro de los

hipertensos ésta suele ser peor en el caso de aquellos que presentan comorbilidad. (Alcuaz, 2020)

A pesar de la importancia del problema mencionado, no se evidencian a nivel local la suficiente cantidad de investigaciones que permitan conocer el nivel de calidad de vida y adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos y con ello plantearse estrategias y medidas que nos ayuden a un mejor control de los pacientes para disminuir los efectos negativos y complicaciones debido a una mala calidad de vida en dichos pacientes. Por lo tanto, el presente trabajo de investigación se realiza con el fin de aportar nuevos datos científicos al estudio del tema es decir aportar con evidencia científica que una inadecuada calidad de vida en pacientes hipertensos se relaciona una mala adherencia al tratamiento que con lleva a complicaciones y a un deterioro de la salud de dichos pacientes. En el ámbito académico, se intenta extender el grado de conocimiento respecto a la temática, para lo cual se hará una amplia revisión bibliográfica, aplicación de un Test para determinar el nivel de calidad de vida y adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos, el debido análisis de datos y elaboración de resultados y conclusiones. (Catalán, 2018)

Además, la relación de dicha investigación con el objetivo de desarrollo sostenible en cual hace referencia a apoyar a las actividades de investigación para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo

La investigación efectuada pertenece a la tercera línea de investigación, “Salud enfermedad del adulto y adulto mayor en la Región Sur del Ecuador o Región Siete” de la Carrera de Medicina Humana de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Encaminando esta investigación con el siguiente objetivo general de determinar la calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja durante abril – agosto el 2022. Y como objetivos específicos: caracterizar sociodemográficamente a los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja, evaluar la calidad de vida y determinar el grado de adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja de acuerdo a edad y sexo, establecer la relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en los pacientes hipertensos pertenecientes a los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja

4 . Marco teórico

4.1 Hipertensión arterial

4.1.1 Definición de presión arterial

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la presión arterial se refiere a la fuerza con la que la sangre empuja contra las paredes de las arterias, los cuales actúan como conductos principales para el flujo sanguíneo en el cuerpo. (OPS, 2020).

Guyton define la presión arterial como la fuerza o impulso ejercido por la sangre sobre las paredes de las arterias. La tensión arterial es equiparable en magnitud a la presión arterial. Esto implica que, a pesar de no ser idénticas, son fuerzas contrarias ya que tienen la misma magnitud, al medir una, se obtiene el valor de la otra. (Hall., 2021)

La presión arterial se basa en dos aspectos principales: la cantidad de sangre que el corazón impulsa en un periodo de tiempo y la resistencia que presentan las arterias, especialmente las arteriolas. Las variables mencionadas estarían influenciadas por otras dependencias, tales como la actividad del sistema nervioso autónomo, que controla el ritmo cardíaco y la resistencia de las arteriolas, y el equilibrio de agua y sal a través del riñón. (García, 2019)

4.1.2 Definición de hipertensión arterial

La hipertensión arterial se caracteriza por un aumento anormal de la presión sanguínea por encima de los niveles considerados normales. Asimismo, la Sociedad Colombiana de Cardiología establece que se diagnostica hipertensión cuando la presión arterial sistólica de una persona en el consultorio o clínica es igual o superior a 140 mm Hg y/o su presión arterial diastólica (PAD) es igual o superior a 90 mmHg después de varias evaluaciones. (Pérez, 2020)

Estudios epidemiológicos, han demostrado que los beneficios del tratamiento son significativamente mayores en comparación con los riesgos asociados a este, como se ha evidenciado en los estudios clínicos realizados. Teniendo en cuenta estos aspectos, la guía europea establece que la hipertensión arterial elevada se define cuando la presión arterial es superior a 140/90 mmHg. La clasificación establece tres niveles de hipertensión arterial: grado 1, grado 2 y grado 3. (Ramos, 2018)

A su vez contrariamente, la guía americana propone definir la hipertensión arterial cuando la PA 130/80 mmHg y establece dos estadios de HTA (1: 130-139/80-89 mmHg, y 2: 140/90

mmHg). Las razones para definir el Nivel 2 están bien establecidas. Para el estadio 1, está respaldado por un solo estudio y metanálisis de datos observacionales que informan un aumento progresivo del riesgo cardiovascular desde una presión arterial normal hasta hipertensión e hipertensión estadio 1. (Unger, 2020)

Los pacientes con PAS < 130 mmHg y PAD < 80 mmHg fueron clasificados como normotensos y personas que hayan informado un diagnóstico previo de hipertensión por parte de su médico, o que tengan una PAS de ≥ 130 mmHg o superior o una PAD de ≥ 80 mmHg o superior. Se consideró que los adultos hipertensos tenían la presión arterial controlada cuando la PAS era inferior a 130 mmHg y la PAD inferior a 80 mmHg. (Nonato, 2019)

4.1.3 Fisiopatología de la hipertensión arterial

Varios factores están implicados en la fisiopatología de la hipertensión. Se basa principalmente en una disfunción endotelial y un desequilibrio entre vasoconstrictores (principalmente endotelina) y vasodilatadores (principalmente óxido nítrico). También se ve afectado por diversos factores hormonales y la anemia. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019).

Existen múltiples factores que se encuentran involucrados en la fisiopatología de dicha enfermedad pero uno de los afectados es la función de la endotelina un vasoconstrictor local potente más que la angiotensina II , que está encargada de funciones como la regulación del el tono vascular, la excreción renal de sodio y agua y la producción de matriz extracelular la alteración de este sistema se ha asociado proteinuria crónica, acumulación de matriz extracelular glomerular e intersticial, nefropatía diabética, glomérulo nefropatía hipertensiva y otros tipos de glomerulonefritis. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

4.1.3.1. Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA)

El SRAA es un mecanismo fisiológico importante en la regulación de la presión arterial y a su vez es un mediador del daño de órganos diana, eventos cardiovasculares y progresión de la enfermedad renal. La acción de la angiotensina II (AII) regula directamente la resistencia vascular periférica, y la acción de la AII y la aldosterona regula indirectamente el volumen intravascular. El SRAA consta de: (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

1. Renina, producida por los riñones (células yuxtaglomerulares localizadas en la pared de la arteriola aferente contigua a la mácula densa). Se forma a partir de la prorenina, almacenada en gránulos secretores en el interior de las células, de donde puede salir a la circulación en forma intacta o procesada como renina, secretada de una manera regulada. Los cambios de PA (disminución de la presión arteriolar renal) y de la concentración de sodio (disminución de sodio y de la señal de la mácula densa), así como el aumento de estimulación nerviosa renal aumentan su secreción. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

2. Sustrato de renina (angiotensinógeno), producido por el hígado. Se eleva por los estrógenos y otros estimulantes de la actividad enzimática de los microsomas hepáticos. La producción hepática de angiotensinógeno es estimulada por los glucocorticoides, los estrógenos, la tiroxina y la misma AII. Por este motivo, el aumento de la producción de angiotensinógeno contribuye a la hipertensión que se observa en el hipertiroidismo, el síndrome de Cushing y en las mujeres susceptibles que ingieren anticonceptivos orales. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

3. Enzima convertidora de angiotensina: transforma angiotensina I en angiotensina II. Está localizada en los pulmones (y en menor grado en los vasos sanguíneos). Se ha descrito dos enzimas convertidoras de angiotensina (ECAs): la ECA1, que es la enzima fisiológica clásica, y la ECA2, que es la enzima que lleva a la formación de la A1-7, deprimida en algunos pacientes con HTA. (Unger, 2020)

4. Quimasa. Convierte la AI en AII en diversas localizaciones sobre todo en el corazón y las arterias.

5. Angiotensina II: hormona peptídica que ejerce en los órganos diana los efectos más importantes de este sistema al interactuar con los receptores de membrana plasmática. 8 La AII es el vasoconstrictor más potente de la circulación, después de la endotelina (ET1). Posee efectos fisiológicos en concentraciones subnanomolares. Resulta de la acción de la ECA sobre AI. 9 Se describe en la actualidad nuevas angiotensinas de acción vasodepresora, que provienen de la A1 7, que es una proteína vasodilatadora y antiproliferativa. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

6. Se han descrito múltiples subtipos de receptores para AII (AT1, AT2, AT4,...). Sin embargo, de forma virtual, todas las acciones características de la AII son mediadas por el receptor AT1, con dos isoformas, que es un miembro de la superfamilia de los receptores de hormonas peptídicas, con siete dominios de membrana acoplados a proteínas G. El receptor AT2 es regulado durante el desarrollo. Es abundante en diversos tejidos fetales, donde se expresa en forma transitoria. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

La mayoría de efectos conocidos de AII se hallan mediados por el receptor AT1: vasoconstricción, liberación de aldosterona y de vasopresina, retención de sodio y agua, activación simpática y efectos autocrinos y paracrinos sobre la proliferación y la migración celulares así como sobre la formación de la matriz extracelular. En contraste la estimulación del receptor AT2 causa vasodilatación, antiproliferación y modula la formación de matriz extracelular. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

4.1.3.2. Sistema inmunológico

Los estudios que han demostrado la implicación del sistema inmunológico en la patogénesis de las enfermedades arteriales son relativamente recientes. Es bien sabido que la inflamación de los riñones, las paredes arteriales y el sistema nervioso central contribuye al desarrollo y las complicaciones de la hipertensión mediante la inflamación alrededor del tercer ventrículo y promueve la migración de linfocitos hacia la pared arterial (provocando vasculitis). Estimula la actividad del sistema nervioso simpático, aumenta el tono vasoconstrictor, el gasto cardíaco y la resorción tubular renal y estimula diversos aspectos del sistema inmunológico. (Iturbe, 2020)

4.1.4 Epidemiología

La hipertensión es una enfermedad muy común y de mayor riesgo de muerte en todo el mundo. Actualmente las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de muerte en el mundo, principalmente en los países desarrollados, y el análisis epidemiológico de este fenómeno revela la existencia de factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, que provocan complicaciones como eventos cerebrovasculares y enfermedades coronarias, insuficiencia o enfermedad de las arterias periféricas. La hipertensión es uno de estos factores de riesgo modificables y actualmente se considera un importante problema de salud pública en todo el mundo. (Moposita, 2020)

Esta enfermedad se presenta en más del 20-30% de las personas mayores de 18 años y está relacionada con estilos de vida poco saludables, reducción de la actividad física, uso habitual de sustancias tóxicas, estrés y mala adherencia al tratamiento, lo que a su vez provoca una grave disminución en la calidad de vida, provocando que se puedan presentar enfermedades cardiovasculares, cerebrales y renales. (Cantillo, 2019)

En América Latina y el Caribe, la hipertensión arterial afecta al 20% y al 35% de la población adulta, respectivamente, porque la mayoría de los pacientes desconocen su condición. Según un estudio realizado en cuatro países de América del Sur (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), sólo el 57,1% de los adultos hipertensos saben que tienen hipertensión, lo que contribuye al mal control de la presión arterial. En estos cuatro países, sólo el 18,8 por ciento de los adultos hipertensos tenían su presión arterial bajo control. (OMS, 2018)

La prevalencia de la hipertensión depende en gran medida del grupo de edad considerado, ya que los valores de presión aumentan gradualmente con la edad. La distribución de la prevalencia es generalmente la misma en todas las regiones geográficas del mundo, pero depende fundamentalmente de factores socioeconómicos y culturales. (Cantillo, 2019)

Un tercio de las personas con presión arterial alta no son diagnosticadas y menos del 50% de las personas no pueden controlar adecuadamente su presión arterial alta. Los factores que contribuyen a la alta incidencia de hipertensión no controlada en humanos incluyen la falta de cumplimiento de la medicación, la falta de asesoramiento médico, la capacidad inadecuada de los proveedores de atención médica para controlar la hipertensión, el estrés, los problemas con la disponibilidad de algunos medicamentos antihipertensivos y el uso inadecuado de combinaciones de medicamentos para tratamiento. (Catalán, 2018)

En el Ecuador, la presión arterial alta es un problema de salud que constituye la sexta causa de muerte entre los hombres y la quinta causa de muerte entre las mujeres. Alrededor de 1.300 de cada 100.000 ecuatorianos padecen HTA en este país; Más de un tercio de la población tiene más de 10 años; De ellas, aproximadamente 700.000 personas de entre 10 y 59 años padecen esta enfermedad. (Viñán, 2018)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador implementó un plan estratégico nacional para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles (entre otras cosas para reducir

la morbilidad y mortalidad por HTA). Esta iniciativa incentiva a las unidades operativas a concientizar a la población a través de actividades educativas para adoptar estilos de vida que reduzcan sus factores de riesgo. (Viñán, 2018)

4.1.5 Factores de riesgo

La suma de factores genéticos y ambientales como respuesta pseudoadaptativa del sistema cardiovascular determina los cambios estructurales antes y después del diagnóstico de hipertensión arterial. Sus impulsores ambientales incluyen un aumento de estilos de vida poco saludables, especialmente sedentarios, malos hábitos alimentarios con exceso de sal y grasas saturadas, y un aumento de hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo. (Tejeda, 2021)

4.1.5.1. Factores de riesgo no modificables

Se relacionan con la situación de los individuos. Según la literatura, el más importante entre los factores no variables es a) historial médico de un familiar cercano (hereditario); tienen padres e incluso hermanos gemelos con la enfermedad. Por otro lado, b) las personas mayores tenían una presión arterial 5,49 veces mayor que los adultos jóvenes. Otro factor es c) el género, porque la enfermedad se presentó con mayor frecuencia en hombres, 37,8% frente a 32,1% en mujeres. d) Etnia: existe evidencia clara de un mayor riesgo de hipertensión arterial en las personas de raza negra. población, independientemente de la edad, y finalmente e) comorbilidades que, como antecedentes personales o familiares de otras comorbilidades crónicas como intolerancia a la glucosa o diabetes, pueden aumentar el riesgo de desarrollar hipertensión arterial. (Galeano, 2019).

4.1.5.2. Factores de riesgo modificables

Se relacionan con el comportamiento y el estilo de vida de las personas. a) Consumo de alcohol y tabaco: fumar tiene propiedades ateroscleróticas, se considera cantidad de alcohol nociva para la salud cuando el consumo semanal supera los 210 g para los hombres y los 140 g para las mujeres. b) Consumir drogas como la cocaína. c) consumo de cafeína. d) la obesidad aumenta hasta 5 veces el riesgo de desarrollar esta enfermedad. e) Sedentarismo: la baja actividad física es una condición asociada a un estado proinflamatorio y a un aumento de marcadores de resistencia a la insulina e inflamación. f) estado civil: la incidencia de la enfermedad es mayor en pacientes divorciados o viudos. g) dislipidemia: acordado por las guías de manejo de la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE), los pacientes con riesgo de HTA son aquellos con niveles de triglicéridos; 150 mg/dl, colesterol total; 200 mg/dl y fracción de colesterol LDL;

100 mg/dl h) hiperuricemia: niveles séricos superiores a 6,2 mg/dl y 4,6 mg/dl en pacientes masculinos y femeninos respectivamente i) dieta poco saludable j) estrés. (Galeano, 2019)

4.1.6 Clasificación de la hipertensión arterial

Se han propuesto las siguientes clasificaciones para mantener una nomenclatura consistente en América Latina (Tabla 1). Clasifica los tres niveles de HT según los datos de PA del campo de prácticas. Si las presiones sistólica y diastólica pertenecen a grupos diferentes, se debe tener en cuenta el valor más alto. La clasificación se basa en el promedio de dos mediciones obtenidas en dos o más visitas después de la primera visita. (Valdez, 2019)

Tabla 1 Clasificación de la HTA

Categoría	Sistólica (mm/hg)	Diastólica (mm/hg)
Presión arterial normal	<130	<85
Presión arterial normal-alta	130-139	85-89
HTA Grado 1	140-159	90-99
HTA Grado 2	≥160	≥100

Fuente: Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión 2020 (ACC/AHA, 2020)

4.1.7 Signos y síntomas

La hipertensión es una patología que también se llama el asesino silencioso porque es una enfermedad crónica, asintomática, que silenciosamente causa daño al corazón, los vasos sanguíneos, los riñones y el cerebro mientras no es detectada y tratada. La mayoría de los pacientes con esta afección no presentan síntomas específicos asociados con la presión arterial alta y, a menudo, se detectan durante un examen médico y los síntomas surgen de la enfermedad subyacente en el contexto de la hipertensión secundaria de rutina. (Parra, 2019)

Cuando los síntomas obligan al paciente a ir a la consulta médica, esta sintomatología se relaciona con los síntomas de la hipertensión arterial, los síntomas de la enfermedad vascular hipertensiva y los síntomas derivados de la enfermedad de base en caso de una hipertensión arterial secundaria. Uno de los síntomas más frecuentes es la cefalea, que sobre todo se observa en la hipertensión arterial severa y se localiza en la región occipital; el paciente se despierta con la cefalea y se calma luego de varias horas. Otras manifestaciones pueden ser: vértigos, palpitaciones

y fatiga. En algunos casos clínicos es probable detectar anomalías en la retina, tales como hemorragia, estrechamiento de arteriolas y en casos graves, papiledema. (Parra, 2019)

4.1.8 Diagnóstico

La medición de la presión arterial en el consultorio sigue siendo el pilar básico del tamizaje, diagnóstico y seguimiento de la presión arterial sistólica. Se recomienda preservar la definición de hipertensión arterial con mediciones en el consultorio de PAS mayor o igual 140 mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 mmHg. (ACC/AHA, 2020)

Por cada visita del paciente se deben tomar 3 mediciones a intervalos de 1 minuto. Descartar la primera medida y promediar las dos últimas medidas. Si la presión arterial es inferior a 130/85 mmHg en la primera lectura, no se necesitan más mediciones. Algunas presiones arteriales en un examen médico de 140/90 mmHg o más indican hipertensión, y si es de 180/110 mmHg o más, entonces no se necesitan más mediciones. Cualquier indicación de enfermedad cardiovascular se puede diagnosticar desde la primera visita. (ACC/AHA, 2020).

4.1.8.1. Valoración del paciente

La hipertensión suele estar asociada a otros factores de riesgo cardiovascular que aumentan exponencialmente el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Después de confirmar los niveles de presión arterial, es importante realizar una evaluación integral del paciente para identificar y cuantificar los factores de riesgo cardiovascular, la afectación asintomática de órganos diana y las comorbilidades. Esta evaluación le permite estratificar y clasificar correctamente a cada paciente, analizar las opciones de tratamiento y el pronóstico, determinar la estrategia de tratamiento más adecuada y planificar el seguimiento. Especialmente en pacientes con enfermedad cardiovascular no establecida y presión arterial no demasiado alta (130-139/80-89 mmHg) por la presencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular y/o afectación de órganos diana. Condiciones que pueden ser útiles y que requieren tratamiento. (Ballesteros, 2020)

Todas las guías de hipertensión arterial brindan recomendaciones detalladas sobre las pruebas realizadas para identificar daño orgánico asintomático y enfermedad cardiovascular. En general, la valoración de cada paciente debe incluir antecedentes individuales y familiares, características individuales (edad, peso, etc.), estilo de vida (dieta, consumo de alcohol, tabaquismo, etc.), comorbilidades, tratamientos concomitantes y síntomas o signos de hipertensión secundaria. Las pruebas básicas o de rutina incluyen EKG, hemograma completo, glucosa en

sangre, perfil de lípidos, función renal, electrolitos y análisis de orina. Las opciones incluyen ecocardiografía, retinopatía, ácido úrico, TSH y relación de presión arterial tobillo-brazo. (ANDAL, 2020).

4.1.8.2. Sospecha de errores diagnósticos

Ante casos de sospecha de hipertensión de bata blanca e hipertensión oculta, se debe recomendar la monitorización domiciliaria de la presión arterial (HTA) o la monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas (MAPA) para que el paciente tenga un diagnóstico adecuado de hipertensión arterial. (Casetta, 2019)

HTA de guardapolvo blanco: presencia de valores persistentemente elevados de presión arterial en consultorio con normotensión ambulatoria y sin presencia de daño de órgano blanco.

HTA oculta: la presencia de valores normales de presión arterial en el consultorio, pero con valores elevados de presión arterial fuera del mismo. En personas con presión arterial normal en el consultorio y daño en órganos diana, se sospecha hipertensión oculta. La hipertensión es la principal causa de hipertrofia del ventrículo izquierdo, por lo que su presencia conduce predominantemente a hipertensión conocida o desconocida. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

4.1.9. Tratamiento

Consiste en una serie de medidas de cambios en prácticas de vida, las cuales incluyen: restricción de sal, moderación del consumo de alcohol y tabaco, cambios en la dieta (dietas DASH), disminución del consumo de azúcar, reducción de peso y actividad física regular. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

En términos generales, debemos recomendar un objetivo de PA<140/<90 mmHg en todos los pacientes; y considerar razonable una PA<130/80 mmHg en la mayoría, siempre que se tolere; especialmente cuando el riesgo CV es alto. El objetivo puede variar en función de la edad del paciente, gravedad, situación de fragilidad o dependencia, comorbilidad, calidad y esperanza de vida, etc; y en muchos casos, debe establecerse de forma individualizada. (Ballesteros, 2020)

4.1.9.1. Metas del tratamiento

Esencial: Reducir la presión arterial al menos 20/10 mm Hg para lograr idealmente <140/90 mmHg

Ótimo: < de 65 años la PA objetivo es: < de 130/80 mm Hg si lo tolera pero no menos de 120/70 mm Hg > de 65 años la PA objetivo es: < de 140/90 mm Hg si lo tolera pero individualizar cada caso, evaluar fragilidad, independencia, funcionalidad y el contexto del paciente. (ACC/AHA, 2020)

4.1.9.2. Tratamiento no farmacológico

4.1.9.2.1. Restricción de sal y dieta

La ingesta de sal es un determinante importante de la excreción urinaria de calcio y se ha relacionado con la creación de cálculos renales, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. El consumo excesivo de sodio, evaluado mediante muestras de orina de 2 horas, se asocia con una mayor excreción urinaria de calcio, que es un marcador de resorción ósea. Por lo tanto, reducir la ingesta de sal mejora el equilibrio del calcio y retrasa la disminución de la masa ósea que se produce con la edad. (Grau, 2021)

Lo que se recomienda para las personas hipertensas es una restricción moderada de sodio. Esto significa comer unos 2, g de sodio al día, lo que equivale a unos 6 g de sal. Una dieta moderadamente restringida en sodio es útil en pacientes en tratamiento farmacológico. Se ha demostrado que todos los fármacos utilizados en el tratamiento de la hipertensión tienen una mayor eficacia en condiciones de una dieta moderadamente baja en sodio. (Soto, 2018)

4.1.9.2.2. Suplementación de potasio

Una dieta rica en potasio puede tener el efecto beneficioso en la reducción de la presión arterial. Por tanto, una dieta rica en potasio puede reducir la presión arterial en la población general de 3.5/2.0mmHg. Curiosamente, este efecto fue a un más pronunciado en pacientes hipertensos, donde la presión arterial cayó alrededor de 5.3/3.1mmHg y el riesgo de accidente cerebrovascular se redujo significativamente. (Soto, 2018)

4.1.9.2.3. Moderación en el consumo de alcohol

El Estudio de Prevención y Tratamiento de la Hipertensión (PATHS) estudió el impacto de reducir el consumo de alcohol en la presión arterial. El grupo de intervención tuvo una mayor reducción de la presión arterial de 0,7 a 1,2 mmHg que el grupo de control al final del período de 6 meses. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

4.1.9.2.4. Suspender el consumo de cigarrillo

El tabaquismo y la hipertensión arterial son dos de los principales factores de riesgo cardiovascular, y el estudio de Framingham encontró una relación entre los dos que determina un aumento de cuatro veces en el riesgo de PA aguda y frecuencia cardíaca debido a la actividad simpática. (Acosta, 2021)

4.1.9.2.5. Cambios en la dieta

Por otro lado, existe consenso sobre los beneficios de la dieta, el ejercicio y la medicación para un mejor control de los pacientes hipertensos. Las Guías de Práctica Clínica de Riesgo Cardiovascular (RCV) hacen cada vez más hincapié en el estilo de vida en el manejo y control de los factores de riesgo cardiovascular, aumentando progresivamente el espacio dedicado a este apartado en el boletín de la guía Europa 2016. Los cambios adecuados en el estilo de vida son una herramienta fundamental para la prevención y tratamiento de la hipertensión. (Ras, 2018)

La importancia de la dieta está relacionada con tres aspectos diferentes, como son los nutrientes específicos, los alimentos o grupos de alimentos y las dietas específicas. Por ahora, sin embargo, el enfoque ha cambiado de alimentos específicos a hábitos alimenticios, y la dieta mediterránea es el modelo más conocido y respaldado en estudios recientes. Se ha demostrado que una mejor adherencia a la dieta mediterránea se asocia con una reducción del 10 % en la morbilidad y mortalidad cardiovascular y una reducción del 8 % en la mortalidad por todas las causas. (Ras, 2018)

Características de una dieta saludable son:

- Alto consumo de grasas monoinsaturadas: aceite de oliva.
- Alto consumo de pescado, por su aporte de ácidos grasos poliinsaturados (2- 3 veces por semana).
- Elevado consumo de verduras, leguminosas, frutas, cereales y frutos secos.
- Consumo frecuente de productos lácteos.
- Moderado consumo de carnes rojas. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

El beneficio del uso de esta dieta se relaciona con:

- Reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

- Reducir de la presión arterial (8-14 mmHg).
- Reducir la resistencia a la insulina.
- Reducir sobrepeso y obesidad. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

4.1.9.2.6. Realizar ejercicio físico

González-Sánchez argumenta que el estilo de vida es un factor de riesgo importante para la hipertensión; Esto incluye: hábitos alimentarios, actividad física, hábitos tóxicos, entre otros. El manejo de estos factores en la atención primaria de salud debe ser visto como un componente importante de la política pública en este sentido. (Viñán, 2018)

La literatura describe ampliamente los efectos beneficiosos de los programas de ejercicio en pacientes hipertensos. En este sentido, Pescatello recomienda que este tipo de tratamiento sea individualizado según las características de cada paciente, además de que las indicaciones las establezca el especialista en cultura física en colaboración con el médico responsable. (Montoya, 2018)

Los expertos recomiendan que, una vez que se ha introducido el ejercicio como parte del tratamiento de ciertas enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, etc.), se debe realizar de forma continua (aproximadamente 5-20 minutos por sesión). Se ha demostrado la eficacia del ejercicio en la protección cardio-metabólica. (Viñán, 2018)

4.1.9.2.7. Reducción de peso

Se recomienda la pérdida de peso en pacientes hipertensos con sobrepeso y obesos para controlar los factores de riesgo. Se recomienda una reducción del 5-10% de la masa corporal (5 kg), ya que se asocia con una reducción de 4 mmHg de la PA sistólica y diastólica y pérdida de peso. debe adoptar un enfoque multidisciplinario que incluya consejos sobre la dieta y la actividad física regular. (Ministerio de Salud Publica Ecuador , 2019)

4.1.9.2.8. Medidas complementarias

Otras medidas recomendadas por las diferentes guías es: reducción del estrés, el uso de técnicas de relajación y la reducción al frío y la contaminación. Además, los tratamientos

convencionales y las terapias alternativas no se recomiendan para el tratamiento de la hipertensión debido a la falta de evidencia de eficacia. (ANDAL, 2020)

4.1.9.2.9. Tratamiento Farmacológico

Se recomienda tratamiento farmacológico en pacientes con PA $\geq 160/\geq 100$ mmHg, independientemente del riesgo CV; y, a partir de PA $\geq 130/\geq 80$ mmHg, considerar cuando el riesgo CV es alto o muy alto o la PA no está controlada por medidas no farmacológicas. En pacientes con PA $\geq 140/\geq 90$ mmHg, ACC/AHA y SEMERGEN recomiendan terapia farmacológica independientemente del riesgo de ECV; Otros consideran el tratamiento farmacológico en función del riesgo CV y la edad. En pacientes muy ancianos, hipertensos frágiles con múltiples comorbilidades y/o esperanza de vida limitada, se recomienda el juicio clínico individual. (ACC/AHA, 2020)

Los inhibidores de la IECA, los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II), los bloqueadores de los canales de calcio (CA) y los diuréticos (tiazidas o similares) se consideran antihipertensivos de primera línea (monoterapia o terapia combinada). (ACC/AHA, 2020)

Debe ser una terapéutica escalonada, combinando gradual y secuencialmente diferentes agentes antihipertensivos hasta alcanzar la meta de PA; y, antes de pasar al siguiente paso, comprobar el cumplimiento y la dosificación óptima. Iniciar monoterapia o terapia dual, según los datos de PA, el riesgo de ECV, la edad y/o el estado clínico del paciente individual Después de iniciar la terapia con medicamentos, se debe volver a examinar cada 1 o 2 meses, hasta que se alcance la PA objetivo; luego cada 3 a 6 meses para monitorear el progreso del paciente y evaluar el tratamiento (Casetta, 2019)

La recomendación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria menciona que se debe comenzar con monoterapia en la mayoría de los pacientes con HTA grado 1 y con terapia doble en pacientes con HTA grado 2 o 3 y/o riesgo CV alto y en afroamericanos. A su vez las guías de la ACC/AHA, si los objetivos de presión arterial no se cumplen con la monoterapia, se sugiere que la dosis se puede aumentar antes de cambiar a antihipertensivos o terapia dual. (ANDAL, 2020)

Si la terapia dual a la dosis óptima (o máxima tolerada) no alcanza su PA objetivo, cambie a la terapia triple. Para la hipertensión resistente, asigne espironolactona (dosis baja) u otros cuatro medicamentos antihipertensivos si están contraindicados o son intolerables (1-5,8). Como alternativa a la espironolactona en hipertensión resistente, la SemFyC recomienda bloqueadores beta o doxazosina (antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos). Por otro lado, SEMERGEN propone eplerenona (antagonista de la aldosterona) o amilorida (diurético ahorrador de potasio) en lugar de la primera. (ANDAL, 2020)

4.2 Calidad de vida

4.2.1 Definición de calidad de vida

La calidad de vida es un concepto cada vez más utilizado para evaluar la relevancia de las enfermedades crónicas y la eficacia de los tratamientos médicos. La definición de calidad de vida no es exacta, por lo que algunos autores definen calidad de vida como el comportamiento que proviene de la satisfacción o insatisfacción en áreas importantes para él individuo. (Vásquez, 2020)

La expresión "calidad de vida" se deriva de la visión de la existencia de un economista. Muchos autores asocian este término con la corriente pragmática. Según Bentham, el iniciador de esta escuela, en su Introducción a los Principios de Ética y Derecho, 1789, "todo acto, norma o institución humana debe ser juzgada según el uso que tiene, es decir, según el placer o dolor que producen en el hombre". Por uso, se refiere a la capacidad de cualquier cosa que pueda producir beneficio, alegría o felicidad. La corrección de las acciones depende de cuán útiles sean. (Páez, 2020)

También podemos decir que la calidad de vida de un sujeto está relacionada con las relaciones de una persona con su cultura y otros aspectos, como la salud, la educación, el medio ambiente, etc., la seguridad y sobre todo el trabajo. En un esfuerzo por reducir el impacto negativo del trabajo en la salud de los trabajadores, en las últimas décadas ha surgido el concepto de calidad de vida laboral, prescribiendo cuestiones como el trabajo infantil, el descanso semanal y la indemnización por accidente. A lo largo de los años, este concepto ha ido evolucionando, convirtiéndose en un elemento clave relacionado con el desarrollo de las personas y las organizaciones. (Sousa, 2021)

4.2.2. Dimensiones de calidad de vida

4.2.2.1. Bienestar emocional

Se refiere a la capacidad de la persona para sentirse tranquila, segura, libre de estrés y de preocupaciones. Se evaluó a través de indicadores: satisfacción, autoimagen y ausencia de estrés o sentimientos negativos. (Lara, 2021)

4.2.2.2. Relaciones interpersonales

Se refiere a la capacidad de conectarse con diferentes personas, amistades y llevarse bien con todos (vecinos, compañeros de trabajo, etc.). Se mide por los siguientes indicadores: relaciones sociales, amistades bien definidas, relaciones familiares, relaciones sociales positivas y enriquecedoras, relaciones y relaciones sexuales. (Lara, 2021)

4.2.2.3. Bienestar material

Tenga suficiente dinero para comprar las cosas que necesita y desea, tenga un hogar y un lugar de trabajo dignos. Los indicadores a evaluar son: vivienda, lugar de trabajo, salarios (jubilación e ingresos), activos (riqueza material) y ahorros (o accesibilidad a lo inesperado).. (Lara, 2021)

4.2.2.4. Desarrollo personal

Se refiere a la oportunidad de aprender cosas diferentes, adquirir conocimientos y crecer personalmente. Se mide por indicadores: limitaciones/competencias, accesibilidad a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (habilidades, personalización, comportamiento adaptativo y comunicación). (Vásquez, 2020)

4.2.2.5. Bienestar físico

Gozar de buena salud, plena fortaleza física, tener hábitos alimenticios saludables. Incluye indicadores: bienestar, sueño, salud y sus cambios, actividades de la vida diaria, acceso a soporte técnico y alimentación. (Lara, 2021)

4.2.2.6. Autodeterminación

Toma tus propias decisiones y ten la capacidad de elegir lo que una persona quiere, cómo es su vida, su trabajo, su tiempo libre, dónde vive, con quién está. Los indicadores por los que se evalúa son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elección. (Lara, 2021)

4.2.2.7. Inclusión social

Acude a lugares de la ciudad o alrededores donde haya muchas otras personas y participa en sus actividades como una persona diferente. Sentirse parte de la sociedad, sentirse incluido, recibir el apoyo de los demás. Medido por métricas: integración, compromiso, accesibilidad y soporte. (Lara, 2021)

4.2.2.8. Derechos

Ser considerado/o igual a los demás, que te traten de la misma manera, que respeten su forma de vida, sus opiniones, sus deseos, su privacidad, sus derechos. Los indicadores utilizados para evaluar este aspecto son: proximidad, respeto, comprensión y ejercicio de derechos. (Lara, 2021)

4.2.3 Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud se centra en las percepciones de los individuos sobre su propia salud y capacidades, sin desconocer que pueden existir diferencias entre las autopercepciones y los criterios de expertos en salud sobre lo que se considera una vida sana y buena y, a su vez, puede haber interdependencia entre las dos evaluaciones. Como resultado, el concepto se introdujo en la terminología médica, para ser utilizado como una medida de los cambios en la salud que experimentan las personas cuando padecen una enfermedad o cuando se someten a un tratamiento determinado. Existen varias definiciones de CVRS, algunas de las cuales brindan una visión compuesta al considerarla como el grado de felicidad derivado de las valoraciones que una persona hace de diversas áreas de su propia vida y que afectan a su salud. (Manrique, 2018)

Dada la importancia de la CVRS en el manejo de enfermedades crónicas y discapacidades, así como su creciente prevalencia, es fundamental que la salud pública analice las dificultades para abordar la CVRS. La calidad de vida relacionada con la salud es vista de manera específica y es producto de las circunstancias en que vive y vive cada persona; En una encuesta realizada en México, Francisco López señaló que el género es un factor que contribuye a la percepción de diferencias en la calidad de vida entre hombres y mujeres, debido a la movilidad física, la ansiedad y la depresión. El dolor y la energía se evalúan y experimentan de manera diferente. (Rincón, 2019)

Según un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en cuanto a la percepción de la calidad de vida de las personas, los resultados muestran que las mujeres con mala salud son mejor percibidas, el grupo de adultos puntúa más alto que el grupo de mujeres envejecidas en todos los aspectos. , excepto psiquiatría La puntuación media del grupo con estudios primarios es inferior a la del grupo con estudios secundarios y superiores El nivel educativo afecta a la salud cognitiva y el nivel socioeconómico afecta al componente mental y al dolor físico. (Catalán, 2018)

4.2.4 Calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas

En las últimas décadas, hemos pasado de una prevalencia cada vez más alta de enfermedades infecciosas a la situación actual, donde las enfermedades crónicas son responsables del 59 % de las muertes y del 46 % de la carga de enfermedad en todo el mundo. Cuando hablamos de enfermedades físicas crónicas, nos referimos a un término que incluye las llamadas enfermedades no transmisibles (como hipertensión arterial, artritis, diabetes, isquemia miocárdica, etc.) ciertas enfermedades infecciosas (como el VIH/SIDA). (Pascual, 2017)

A diferencia de las patologías agudas, este tipo de condiciones persisten a lo largo de la vida, provocando una variedad de consecuencias en diferentes áreas de la vida de la persona, llevando a un deterioro del funcionamiento de quienes las acompañan, lo que puede interferir en su cuidado personal, actividades de la vida diaria, en su ocio. También pueden tener consecuencias laborales, aumentando el número de despidos e incluso las jubilaciones por invalidez. (Pascual, 2017)

Asimismo, las condiciones físicas crónicas tienen repercusiones fundamentales a nivel emocional, económico, familiar y social además la transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha generado un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica. Estas enfermedades no transmisibles (ECNT) explican más del 60% de las muertes y se espera que para el 2020 la cifra ascienda al 75%. El incremento es mayor en países en desarrollo y provocan un aumento progresivo en el gasto sanitario. (Alcuaz, 2020)

Entre las razones que explican este cambio se encuentran la prolongación de la esperanza de vida y el aumento de diversos factores de riesgo para estas enfermedades, principalmente el sedentarismo, la ingesta dietética inadecuada y las grasas. Estos factores se han visto agravados por cambios profundos en el entorno físico y social que han alterado la forma en que trabajamos,

jugamos y viajamos, creando estilos de vida que aumentan nuestro riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. (Alcuaz, 2020)

Cabe señalar que la pandemia del COVID-19 ha obligado a tomar medidas urgentes de salud pública, y durante esta pandemia, las personas con enfermedades crónicas enfrentan otras dificultades que pueden afectar su salud, es muy importante. El autocuidado efectivo y el mantenimiento de hábitos son los factores de éxito más importantes en el control de la enfermedad, por lo que es importante conocer cómo les afecta el confinamiento. Además, las vulnerabilidades, especialmente la edad, fueron informadas, especialmente cuando la información de salud recibida era inconsistente, y no de una fuente confiable. Relacionado con la capacidad disminuida para tomar decisiones (fake news). Como resultado, los grupos vulnerables pueden verse aún más marginados, afectados y representar riesgos significativos para ellos por esta pandemia. (Rodríguez, 2020)

4.2.5 Calidad de vida y Hipertensión arterial

Existen varios componentes que producen cambios fisiopatológicos en la hipertensión arterial que terminan provocando un estado de inflamación, que eleva la presión arterial, que puede persistir en el tiempo hasta la aparición de complicaciones debido a la enfermedad, afectando a los trabajadores en riesgo psicosocial afectando su salud y provocando estrés. (Marín, 2020)

Dado que la hipertensión es una enfermedad con pocos síntomas (excepto episodios complejos), es difícil relacionarla con una disminución de la CVRS. Sin embargo, diversos estudios y autores han demostrado que la hipertensión atenúa la CVRS, menor en los hipertensos que en los normotensos, y en los hipertensos suele ser peor en los que tienen comorbilidades. Admir et al. informaron que los pacientes hipertensos, según la evaluación del cuestionario de salud SF-36, tuvieron reducciones significativas en todas las áreas de la CVRS en comparación con los pacientes sin hipertensión. (Monterroso, 2018)

La disminución de la CVRS se relacionó con el grado de dependencia y la ausencia de no padecer hipertensión arterial, siendo la salud general, la función física y el dolor corporal los aspectos peor puntuados en comparación con la población general. El aumento de la edad, el peso y/o el IMC se asociaron con una peor CVRS. Así, estos resultados sugieren que factores como la edad, el peso o la dependencia relacionada con la CVRS en la población general también son

responsables de su valor en pacientes hipertensos, pero no el aumento de la presión arterial como entidad aislada. (Nicio, 2019)

Al igual que muchos estudios, realizados en diferentes países y contextos socioculturales, que indican que las mujeres tienen una CVRS más baja que los hombres, la calidad de vida está relacionada con la aparición de hipertensión arterial y están mediadas por factores que se consideran inmutables (herencia, edad, sexo y etnia) y modificables (alta ingesta de sal, estrés, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo, etc.). Ambos tienen un impacto negativo en la calidad de vida en términos de: salud general; actividad física, emocional y social; dolor, vitalidad y salud mental. Además, la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial puede verse afectada por los ingresos, el momento del diagnóstico, las comorbilidades y los efectos secundarios de los medicamentos. (Uberli, 2020)

4.2.6 Instrumento Minichal para medir la calidad de vida en personas hipertensas

Según la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, a su vez desde una perspectiva biomédica la salud corresponde al correcto funcionamiento orgánico y pleno del organismo. Los instrumentos para valorar la CVRS cumple con esta definición porque se infiere que una buena calidad de vida indica que se mantiene el bienestar y el funcionamiento, desde este punto de vista, una buena vida es una buena salud. Si tiene una enfermedad, una buena vida es aquella en la que no afectan la felicidad y el funcionamiento. (Vásquez, 2020)

CHAL es el primer cuestionario de calidad de vida específico para HTA, fiable, válido, y sensible para el desarrollo de tratamientos antihipertensivos, utilizable en investigación y práctica clínica habitual. Sin embargo, el uso prolongado del cuestionario, aproximadamente 30 minutos, implica una importante limitación para su uso habitual en la práctica clínica diaria, por lo que la validación de la versión escrita abreviada del cuestionario (MINICHAL), puede ser beneficiosa para su uso en atención primaria. (Figueiredo, 2020)

Existen instrumentos para medir calidad de vida, una de ellas es el Mini cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial (MINICHAL), el cual es una versión reducida del cuestionario específico y validado sobre Calidad de Vida para la Hipertensión Arterial (CHAL). El Minichal es la versión abreviada del Arterial Hypertension Quality of Life Questionnaire - Calidad

de Vida en la Hipertensión Arterial - CHAL, desarrollado y validado en España en el año 2002. (Hernández, 2021)

Es un instrumento autoadministrado, compuesto por 16 ítems divididos en dos dimensiones: Estado de ánimo compuesto por 10 ítems (preguntas 1 a 10) y Manifestaciones Somáticas que incluye seis ítems (preguntas 11 a 16, con cuatro posibilidades de respuesta en escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (No, absolutamente), 1 (Si, poco), 2 (Si, bastante), y 3 (Si, mucho). El puntaje total es obtenido por medio de la suma de todos los ítems y puede variar entre cero (mejor nivel de salud) y 48 (peor nivel de salud). (Hernández, 2021)

4.2.7 Instrumento de Morisky Green para evaluar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la mala adherencia a largo plazo afecta seriamente la eficacia del tratamiento, especialmente en las personas que tienen más probabilidades de no cumplir con el tiempo. y herramientas que puedan ser aplicadas en diferentes situaciones de manera rápida y económica, permitiendo una adecuada medición de este comportamiento y por ende para el manejo de intervenciones diferenciadas, precisas y focalizadas, reducción de la morbilidad y mortalidad temprana en este grupo de personas con enfermedades no relacionadas con la presión arterial. (Monsalvez, 2018)

Conocer el nivel de adherencia del paciente es importante para evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos. Cuando el cumplimiento no es deseable y no se cumplen los objetivos clínicos. Esto puede conducir a mejoras en el tratamiento prescrito o alternativas a otros tratamientos. Esto conduce a mayores costos, por lo que es importante contar con herramientas para evaluar el cumplimiento, y estos resultados contribuirán a la decisión sobre la intervención adecuada para cada paciente. (Contreras, 2021)

Este método, que ha sido validado para varias enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para evaluar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión. Desde sus inicios, esta prueba se ha utilizado para evaluar la adherencia en diversas enfermedades. (Puigdemont, 2018)

Consta de una serie de cuatro preguntas contrastadas y respuestas sí/no que reflejan la conducta de cumplimiento del paciente. Su finalidad es valorar si el paciente tiene una actitud

adecuada hacia el tratamiento de su enfermedad. Si el ajuste es incorrecto, se supone que el paciente desobedece. Tiene la ventaja de proporcionar información sobre la causa del incumplimiento. Las preguntas a formular son: (Condorhuamán, 2020)

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación del test

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, de corte transversal, observacional y prospectivo

5.2 Área de estudio

Se llevó a cabo en la ciudad de Loja en los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo ubicados en el noroccidente de la ciudad de Loja

5.3 Periodo

Se realizó durante el periodo académico abril de 2022 – agosto 2022

5.4 Universo y muestra

Se trabajó con pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial residentes de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja y que cumplan los criterios de inclusión, muestra constituida de 60 pacientes.

5.5 Criterios de Inclusión

- Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial residentes del barrio Isidro Alto y Bajo de la ciudad de Loja
- Pacientes adultos a partir de 20 años de edad sin distinción de género, con diagnóstico de hipertensión arterial
- Que deseen participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado

5.6 Criterios de Exclusión

- Pacientes embarazadas o en período de lactancia.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y que presenten algún grado de deterioro cognitivo o presencia de trastornos mentales

5.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	NATURALEZA
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años Cumplidos	20 - 39	Cuantitativa Discreta
			40 – 59	
			60 – 74	
			75 y más	
SEXO	Carácter a las especificaciones de un espécimen, estas son: femenino y masculino	Género	1= Femenino 2= Masculino	Cualitativa Dicotómica
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	¿Cuál es su estado civil?	1= Soltero	Cualitativa Nominal Politómica
			2= Casado	
			3= Viudo	
			4= Unión Libre	
			5= Divorciado	
INSTRUCCIÓN	Último Grado académico aprobado	Nivel de Instrucción	1= Primaria	Cualitativa Nominal Politómica
			2= Secundaria	
			3 = Universitaria	
			4= Ninguno	
OCUPACIÓN	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento, que generalmente requiere conocimientos especializados	Ocupación	1= Jubilado 2= Trabajador 3= Quehaceres Domesticos	Cualitativa Nominal Politómica
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos	¿Ha sido diagnosticado con hipertensión arterial?	1= SI 2= NO	Cualitativa Nominal

		Lapso transcurrido entre el momento del diagnóstico de la enfermedad y el momento de la realización de la investigación expresada en años	0 a 9 años 10 a 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 años o más	Cuantitativa Continua
--	--	---	---	-----------------------

ESCALA DE ADHERENCIA: TEST DE MORINKY-GREEN

¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?	Instrumento que tiene capacidad para predecir la conducta relacionada con la ingesta de medicamentos	¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?	1= SI 2= NO	Cualitativa Nominal
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Instrumento que tiene capacidad para predecir la conducta relacionada con la ingesta de medicamentos	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	1= SI 2= NO	Cualitativa Nominal
Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomarlos?	Instrumento que tiene capacidad para predecir la conducta relacionada con la ingesta de medicamentos	Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomarlos?	1= SI 2= NO	Cualitativa Nominal
Si alguna vez le sientan mal, ¿Deja de tomar la medicación?	Instrumento que tiene capacidad para predecir la conducta relacionada con la ingesta de medicamentos	Si alguna vez le sientan mal, ¿Deja de tomar la medicación?	1= SI 2= NO	Cualitativa Nominal
Puntaje Total	Instrumento que tiene capacidad para predecir la conducta relacionada con la ingesta de medicamentos	Sumatoria	Buena adherencia (4/4) Mala adherencia (3/4 o menor)	Cualitativa Nominal

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA: CUESTIONARIO MINICHAL

Calidad de vida de pacientes con Hipertensión Arterial	Es un estado de satisfacción general, sensación de bienestar físico, psicológico y social de cada individuo sobre la posición de su vida en el contexto de sus valores, expectativas, estándares y preocupaciones en relación a su enfermedad.	Estado emocional	Calidad de vida evalúa: Estado Emocional: Desde 0(mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud)	Cualitativa Nominal Politómica
		Manifestaciones somáticas	Manifestaciones Somáticas: De 0 (mejor nivel de salud) a 18 (peor nivel de salud)	Cualitativa Nominal Politómica

5.8 Métodos e instrumentos de recolección

5.8.1. Método

Se utilizará el método deductivo que es una estrategia de razonamiento empleada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios.

5.8.2. Instrumento

Los instrumentos elegidos que se utilizarán en el presente estudio son los siguientes:

5.8.2.1. Consentimiento informado (Anexo 6)

Ha sido elaborado por el autor tomando como guía el formato desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI) para asistir al Investigador Principal en el diseño de los documentos de consentimiento informado (DCI) para el desarrollo y los requisitos propios de un estudio en particular

5.8.2.2. Test de Morisky-Green (Anexo 7)

El Test de Morisky-Green-Levine es ampliamente validado a nivel internacional a través de diversos estudios. Este test se utiliza para medir comportamientos de adherencia específicos relacionados con la toma de medicamentos. Consiste en cuatro preguntas con opciones de respuesta de SÍ/NO. Es frecuentemente utilizado en el tratamiento de enfermedades crónicas como

la hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular, deshabituación tabáquica y en pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas. El examen divide a los pacientes en dos categorías: los que siguen el tratamiento y los que no lo siguen. Los pacientes que responden NO a las cuatro preguntas se consideran como aquellos que cumplen con el tratamiento, mientras que aquellos que responden SI a una o más preguntas se consideran como no cumplidores. (Ventocilla, 2020)

5.8.2.3 Test MINICHAL (Anexo 7)

Dentro de las herramientas disponibles para evaluar la calidad de vida, se encuentra el Mini cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial (MINICHAL). Esta versión abreviada del cuestionario CHAL, desarrollado y validado en España en el año 2000, específicamente para medir la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial, será utilizado en el presente estudio. (Figueiredo, 2020)

Es un instrumento autoadministrado que consta de 16 ítems divididos en dos dimensiones: Estado de Ánimo con 10 ítems (Preguntas 1 a 10) y Manifestaciones Somáticas con seis ítems (Preguntas 11 a 16, típicamente cuatro opciones de respuesta). Likert de cuatro puntos: 0 (no, absolutamente), 1 (sí, un poco), 2 (sí, mucho) y 3 (sí, mucho). La respuesta a cada ítem se refiere a los últimos siete días. El puntaje total es obtenido por medio de la suma de todos los ítems y puede variar entre: Alta: Entre 0 - 10 puntos, Media: Entre 11 - 24 puntos, Baja: Entre 25 - 48 puntos. (Figueiredo, 2020)

5.9 Procedimiento

1. Se dará inicio a este proyecto de investigación realizando una exhaustiva revisión bibliográfica, con lo que procederá a la elaboración del proyecto.
2. Se solicitará aprobación del tema y pertinencia del proyecto de investigación a la Gestora de carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.
3. Presentar el proyecto para solicitar la pertinencia y aprobación del proyecto
4. Socialización del proyecto con los pacientes hipertensos que participen en el estudio
5. Recolección de datos en hoja de recolección y aplicación de instrumentos
6. Tabulación y análisis de información
7. Redacción de primer informe
8. Se realizará la socialización y recepción del informe final

9. Se solicitará la asignación del tribunal
10. Se realizará la presentación del informe final

5.10. Plan de tabulación y análisis

Los datos de la presente investigación se derivaron del análisis estadístico de los datos obtenidos de los pacientes que participan en el estudio, el procesamiento de los mismos se realizó en hojas de cálculo de Excel y se analizarán los datos a través del programa JASP 0.16.1.0

5.11 Recursos humanos y materiales

5.11.1. Recursos humanos

- Muestra: Pacientes Hipertensos pertenecientes a los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja
- Tesista: Michael Vicente Saavedra Torres
- Director de tesis: Docente de la Carrera de Medicina

5.11.2 Recursos Materiales

- Computadora.
- Equipos de protección
- Materiales de oficina.
- Servicios de internet
- Servicio de transporte
- Impresora
- Hojas
- Copias
- Páginas de búsqueda de información científica

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo

Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja

<i>Edad</i>	Sexo		
	Femenino	Masculino	Total
	%	%	%
20-39	5,00%	3,33%	3,33%
40-59	11,67%	11,67%	23,33%
60-74	23,33%	18,33%	41,67%
75 y mas	13,33%	13,33%	26,67%
Estado civil			
<i>Casado</i>	30,00%	26,67%	56,67%
<i>Soltero</i>	1,67%	0,00%	1,67%
<i>Unión libre</i>	10,00%	8,33%	18,33%
<i>Viudo</i>	11,67%	11,67%	23,33%
Instrucción			
<i>Ninguno</i>	3,33%	1,67%	5,00%
<i>Primario</i>	16,67%	16,67%	33,33%
<i>Secundaria</i>	20,00%	15,00%	35,00%
<i>Universitaria</i>	13,33%	13,33%	26,67%
Ocupación			
<i>Jubilado</i>	3,33%	1,67%	5,00%
<i>Quehaceres domésticos</i>	31,67%	18,33%	50,00%
<i>Trabajador</i>	18,33%	26,67%	45,00%

Fuente: base de datos

Análisis: El 53,00% (n= 32) de pacientes hipertensos pertenecientes a los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo en el año 2022 pertenecen al sexo femenino y un 46,67% (n= 28) al sexo masculino; el 41,67% (n=25) comprendidos entre los 60 a 74 años. Casados en 56,67% (n=34), Viudos 23,33% (n=14), 18,33% (n=11) en unión libre, y el 1,67% (n=1) esta soltero. En el nivel de instrucción el 35,00% (n=21) tiene secundaria completa, el 33,33% (n=20) primaria, un 26,67% (n=16) universitaria, en cuanto a la ocupación actual el 50,00% (n=30) realiza quehaceres domésticos, 45,00% (n=27) trabajador y 5,00%(n=3) jubilado.

6.2. Resultados para el segundo objetivo

Evaluar la calidad de vida y determinar el grado de adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja de acuerdo a edad y sexo.

Tabla 2.

Grado de adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja de acuerdo a edad y sexo.

<i>Morisky-Green/Escala de Adherencia al Tratamiento Hipertensivo</i>	Sexo Femenino				Total %
	Edad				
	20-29 %	40-59 %	60-74 %	75 y mas %	
<i>Buena adherencia</i>	0,00%	6,67%	1,67%	1,67%	10,0%
<i>Mala adherencia</i>	5,00%	5,00%	21,67%	11,67%	43,33%
<i>Total</i>	5,00%	11,67%	23,33%	13,33%	53,33%
	Sexo Masculino				
<i>Buena adherencia</i>	0,00%	0,00%	0,00%	1,67%	1,67%
<i>Mala adherencia</i>	3,33%	11,67%	18,33%	11,67%	45,00%
<i>Total</i>	3,33%	11,67%	18,33%	13,33%	46,67%

Fuente: base de datos

Elaboración: Michael Vicente Saavedra Torres

Análisis: El 88,33 % (n=53) de pacientes hipertensos de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la Ciudad de Loja en el año 2022 tienen una mala adherencia al tratamiento hipertensivo mientras que solamente el 11,67 % (n=7) posee una buena adherencia. En cuanto al sexo se evidencia que el femenino muestra una adherencia % 10,00 % (n=6) entre las edades de 40-59 años de edad y una mala adherencia 43,33 % (n=26), con respecto al sexo masculino solamente él 4,67 % (n=1) tiene una buena adherencia al tratamiento y una mala adherencia 45,00 % (n=27)

Tabla 3.

Calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de hipertensión de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja de acuerdo a edad y sexo.

<i>Minichal/Escala de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial</i>	Sexo Femenino				
	Edad				
	20-39 %	40-59 %	60-74 %	75 y más %	Total %
<i>Alta</i>	1,67%	3,33%	3,33%	1,67%	10,00%
<i>Media</i>	1,67%	8,33%	13,33%	5,00%	28,33%
<i>Baja</i>	1,67%	0,00%	6,67%	6,67%	15,00%
<i>Total</i>	5,00%	11,67%	23,33%	13,33%	53,00%
	Sexo Masculino				
<i>Alta</i>	0,00%	0,00%	0,00%	1,67%	1,67%
<i>Media</i>	3,33%	11,67%	10,00%	1,67%	26,67%
<i>Baja</i>	0,00%	0,00%	8,33%	10,00%	18,33%
<i>Total</i>	3,33%	11,67%	18,33%	13,33%	46,67%

Fuente: base de datos

Elaboración: Michael Vicente Saavedra Torres

Análisis: El 11.67 % (n= 7) presentan una alta calidad de vida; seguido del 55 % (n= 33) que presentan una calidad de vida media y el 33,22 % (n=20) presentan una calidad de vida baja. El sexo femenino presenta una calidad de vida alta en un 10,00 % (n=6) en su mayoría entre las edades de 40 a 74 años de edad, una calidad de vida media 28,33 % (n=17) seguido de un 15,00 % (n=9) con una baja calidad de vida. Con respecto al sexo masculino se demostró que en 1,67 % (1) tiene una alta calidad de vida seguido de un 26,67 % (n=16) media calidad de vida entre las edades de 40 a 74 en su mayoría y un 18,33 % (n=11) una baja calidad de vida entre 60 a 75 años de edad.

6.3. Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en los pacientes hipertensos pertenecientes a los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja.

Tabla 4.

Relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en los pacientes hipertensos pertenecientes a los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja

<i>Morisky-Green/Escala de Adherencia al Tratamiento Hipertensivo</i>	<i>Minichal/Escala de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial</i>			
	Alta %	Media %	Baja %	Total %
<i>Buena adherencia</i>	8,33 %	3,34%	0,00%	11,67%
<i>Mala adherencia</i>	3,34 %	51.60%	33,33%	88,33%
<i>Total</i>	11,67%	55,00%	33,33%	100,00%

Análisis: Al establecer la relación de las variables mediante la aplicación del Chi X², se obtuvo un valor de p de 0,001 es decir que existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica hipertensiva y la calidad de vida, por lo tanto, a mayor adherencia terapéutica mayor calidad de vida percibida por los pacientes.

7. Discusión

La adherencia al tratamiento hipertensivo en relación con la calidad de vida corresponde una brecha importante en cuanto a mejorar la calidad de salud del paciente, la falta de adherencia trae consigo un deterioro de la salud afectando las esferas tanto clínicas como económicas, constituyendo un problema de salud pública, con alta prevalencia a nivel mundial.

Se determinó que existe un mayor porcentaje de 53,00 % (n=32) de pacientes de sexo femenino con hipertensión entre las edades de 40 a 75 años de edad resultados que concuerdan con diferentes estudios realizados que es predominante en el sexo femenino en los estudios realizados por (Rojas et al. 2018; Maldonado et al. 2020; Minier et al. 2018 y Al-Mahdi et al. 2021) con cifras enmarcadas entre el 56-67%. Igualmente, de acuerdo con el estudio de, la HTA tiene una prevalencia levemente superior en mujeres en relación con los hombres. (Martínez, 2021). En cuanto al nivel de instrucción se determinó un 26,67 % (n=16) de un total de 100% (n=60) de a un nivel académico universitario determinando que el nivel de estudio guarda relación, ya que se estima que este grupo de personas tenga un conocimiento de su enfermedad y consecuencias adyacentes.

Según OMS la prevalencia de la hipertensión arterial oscila entre 30 % y 47 % en los países subdesarrollados, con un incremento del 60 %, estimado para el 2025 siendo más predisponente en el sexo femenino después de los 40 años. Estudios realizados en adultos en la ciudad de México en el cual participaron 8352 adultos con hipertensión teniendo como resultado que el 66.3% de pacientes se encontraba en el rango de edad de 70 y 79 años y un 56% en el rango de edades de 50-59 años de edad demostrando que a partir del grupo de 50-59 años de edad había una tendencia creciente en la prevalencia de HTA a medida que aumentaba la edad ($p > 0.05$), afectando mayoritariamente al sexo femenino. (Contreras, 2021)

En cuanto a la adherencia al tratamiento terapéutico se puede observar en la tabla 2 que el 88,33 % (n=53) de pacientes hipertensos de los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la Ciudad de Loja en el año 2022 tienen una mala adherencia al tratamiento hipertensivo mientras que solamente el 11,67 % (n=7) posee una buena adherencia. En cuanto al sexo se evidencia que el femenino tiene una mayor adherencia 10,00 % (n=6) entre las edades de 40-59 años de edad y una mala

adherencia 43,33 % (n=26), con respecto al sexo masculino solamente él 1,67 % (n=1) tiene una buena adherencia al tratamiento y una mala adherencia 45,00 % (n=27) resultados que contrastan con estudios realizados en la ciudad de Lima en que la adherencia al tratamiento fue de 47,50 % y a su vez la mayor adherencia se situó en el grupo etáreo de 65 años y más, del sexo femenino con un 31,3 %. (Quintero, 2021).

En cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud en el sexo femenino 10,00 % (n= 6) de un total de 32 mujeres en el grupo de 40 a 74 años de edad se evidenció una alta calidad de vida a diferencia del sexo masculino donde solamente un 1,67 % (n=1) de un total de 28 varones tenía una calidad de vida alta en el grupo de edad 75 y a su vez se evidenció una mala calidad de vida en este mismo sexo en 18,33 % (n=11) en el grupo de edad mayor de 60 años, mientras que el sexo femenino un 15,00 % (n=9) de un total de 32 mujeres mayores de 60 años. Datos que concuerdan con estudios realizados en Perú en el año 2020 donde se reporta que: 49 (40,8%) participantes mujeres y 44(35,7%) varones presentan mejor calidad de vida; mientras que 19 (15,8%) mujeres y 8 (6,7%) varones tienen una peor calidad de vida. (Uberli, 2020).

Se evaluó la relación entre adherencia al tratamiento en el cual la mayoría de pacientes hipertensos presenta una mala adherencia terapéutica del 51.60% relacionada con una calidad de vida media seguida de un 33.33 % con una calidad de vida baja en comparación en estudios similares realizados en una población de pacientes argentinos de un total de 242 pacientes hipertensos con hipertensión arterial, la calidad de vida en este estudio se ubicó en su mayoría en las categorías media seguida de la alta determinando dicho estudio que existe una asociación significativa ($p < 0.05$) entre la escala de CVRS del SF-36 (The Short Form 36 Health Survey) y la adherencia al tratamiento, siendo esta una relación positiva: a mayor adherencia mayor calidad de vida. (Guarín-Loaiza, 2019)

8. Conclusiones

Los pacientes hipertensos del barrio Isidro ayora Alto y bajo en el año 2022 en su mayor porcentaje predominó el sexo femenino, comprendidos entre las edades de 60 a 74 años, en su mayoría con instrucción secundaria y actualmente dedicados a quehaceres domésticos.

Los pacientes de sexo masculino de 60 a 74 años presentan una mala adherencia al tratamiento mientras que la una buena calidad de vida se evidencia en personas de sexo femenino de 40 a 74 años.

Al establecer la relación de las variables adherencia al tratamiento y calidad de vida se obtuvo que a una menor adherencia terapéutica peor calidad de vida y a una mayor adherencia al tratamiento mayor calidad de vida.

9. Recomendaciones

Se sugiere al personal médico reforzar el aprendizaje y emplear estrategias para que guíe con liderazgo las acciones de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de la comunicación y de su rol como médico con estrategias adecuadas de acuerdo al nivel de escolaridad de los pacientes para que exista un entendimiento sencillo y que sea aplicable en su vida cotidiana y participar en actividades educativas dirigidas a la comunidad.

Al área de investigación de Universidad Nacional de Loja se recomienda replicar estudios sobre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial en poblaciones rurales y urbanas en los diferentes niveles de atención especialmente en el nivel I y II en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se sugiere al personal de médico continuar realizando estudios sobre el fenómeno de la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población hipertensa, y se sugiere diseñar un programa de promoción y prevención propio de enfermería y médico, ya que por medio de estos tendría un espacio para el seguimiento y manejo de su enfermedad por medio de actividades propias de enfermería como visitas de control, sesiones educativas, ejercicios de relajación, controles médicos e interdisciplinarios (nutricionista, psicología, etc.).

10. Bibliografía

- Ministerio de Salud Pública Ecuador . (2019). Quito – Ecuador. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>
- ACC/AHA. (2020). 1334–1357. doi:doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
- Acosta, C. (2021). Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 54-65.
doi:<http://dx.doi.org/10.26445/06.01.6>
- Alcuaz, A. (2020). *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Buenos Aires-Argentina. Obtenido de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000681cnt-manual-abordaje-integral-personas-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.pdf>
- ANDAL. (2020). Tratamiento de la hipertensión arterial : nuevas guías. *Boletín terapéutico de Andalucía*, 39-49. doi:10.11119/BTA2020-35-04
- Ballesteros, M. V. (2020). Tratamiento de la hipertensión arterial. *Boletín terapéutico de andaluz*, 39-49. doi:10.11119/BTA2020-35-04
- Boreu, F. (2021). Estrés psicosocial, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. *SEH-LELHA*, 38, 83-90. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.09.001>
- Cantillo, G. M. (2019). Comportamiento epidemiológico de hipertensión arterial en policlínico. 69-77. doi:10.19136/hs.a19n1.2899
- Casetta, B. (2019). *Guía de Práctica Clínica (GPC) Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Argentina. Obtenido de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/guia-de-practica-clinica-nacional-hipertension-arterial-2019-version-breve.pdf>
- Castro, M. C. (2020). Lifestyles associated with adherence to treatment in hypertensive patients. *Revista Médica*, 389-395. doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.5227306>
- Catalán, M. L. (2018). RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS EN ADULTOS DE CUENCA, ECUADOR. *Revista Economía Y Política*, 67–85. doi:10.25097/rep.n29.2019.04
- Condorhuamán, Y. (2020). Adherencia farmacoterapéutica en pacientes hipertensos en el Centro Integral del Adulto Mayor de Santa Anita – Lima. *Artículo Original*, 3-8. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/ci.v23i1.18716>
- Contreras, M. P. (2021). Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. 290-296. doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.5039502>
- Contreras, M. P. (2021). Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. *revistaavft*. doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.5039502>
- Figueiredo, M. D. (2020). *dominiodelasciencias*. doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i4.1620>
- Figueiredo, M. D. (2021). CALIDAD DE VIDA EN EL VARÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Rev Esp Salud Pública*, 1-15. doi: e202109110.
- Figueiredo, M. D. (2021). CALIDAD DE VIDA EN EL VARÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Revista Española de Salud Pública*, 4. doi:e202109110
- Galeano, C. M. (2019). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 17-26. doi:10.5377/rceusc.v6i2.9761
- García, L. A. (2019). Abordaje de la patología vascular arterial. *Revista para profesionales de la salud*, 84-100. doi:0000-0002-5408-6263
- Grau, I. R. (2021). Evidencias y controversias sobre la sal (II). *Artículo de Revisión*. doi:<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.038>
- Hall, G. &. (2021). *CAPÍTULO 14: Gasto cardiaco* (Vol. 14). Barcelona: ELSEVIER CASTELLANO.

- Hernández, M. M. (2021). Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 1-11. Obtenido de <http://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4989>
- Iturbe, B. R. (2020). La participación de la inmunidad en la patogenia de la hipertensión arterial. *Sociedad Española de Nefrología*, 1-3. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.04.006>
- Lara, R. (2021). VALIDACIÓN DEL “ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA. doi:<https://doi.org/10.51668/bp.8321109s>
- Manrique, F. d. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de salud pública*, 147-154. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.43391>
- Marín, Á. (2020). Prevalencia de hipertensión arterial y correlación. 112-117. doi:10.5281/zenodo.4074349
- Martínez, B. S. (2021). Asociación de hipertensión arterial con el sexo en población de un consultorio médico. 390. doi:<https://orcid.org/0000-0003-1120-8408>
- Mogollón, I. C. (2020). Hipertensión arterial: estilos de vida y estrategias. *Revista Científica de Enfermería*, 35-49. doi:<https://doi.org/10.14198/recien.2020.20.04>
- Monsalvez, F. V. (2018). Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 245-249. doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>
- Montoya, J. C. (2018). Ejercicio físico en pacientes con diabetes e hipertensión: prevalencia de respondedores y no respondedores para mejorar factores de riesgo cardiometabólicos. *Artículo de investigación*, 693-701. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000600693>
- Moposita, S. Y. (2020). Cumplimiento de la Guía de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud Pública Como Indicador de Calidad en el Primer Nivel. *Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*. doi:10.23857/pc.v7i1.3471
- Morales, A. (2018). Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. *Ciencias de la Salud*, 33-40. Obtenido de [file:///E:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EnfermedadCronicaNoTransmisibleYCalidadDeVidaRevis-6482759%20\(2\).pdf](file:///E:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EnfermedadCronicaNoTransmisibleYCalidadDeVidaRevis-6482759%20(2).pdf)
- Nicio, A. H. (2019). Incertidumbre y calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Journal Health NPEPS*, 240-252. doi:<http://dx.doi.org/10.30681/252610103697>
- Nonato, I. C. (2019). Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. *Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública*. doi:<https://doi.org/10.21149/10574>
- OMS. (2018). Día Mundial de la Hipertensión 2017:. Obtenido de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_
- OPS. (2020). *Día Mundial de la Hipertensión 2020*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2020>
- Páez, G. (2020). Alcance de la calidad de vida en atención médica. *ARTÍCULO DE REVISIÓN*, 24, 14-27. doi:<https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.2>
- Parra, E. A. (2019). FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*, 27-36. doi:<https://doi.org/10.46296/gt.v2i4.0010>
- Pascual, A. S. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas. *Enfermería Global*, 64, 280-293. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.243031>
- Pérez, O. A. (2020). Principales Mensajes de las Guías de Hipertensión Arterial de la ISH en el 2020. *PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA*, 1-6. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
- Puigdemont, N. P. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Artículo de revisión*, 163-172. doi:<http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
- Quintero, L. H. (2021). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. doi:ISSN 2221-2434
- Ramos, M. V. (2018). Hipertensión arterial: novedades. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 53-60. doi:10.29277/cardio.34.1.10

- Ras, M. A. (2018). Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes hipertensos en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15-22. doi:ISSN 1699-695X
- Rincón, F. L. (2019). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería Global*, 410-425. doi:https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781
- Rodríguez, Á. P. (2020). Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *ELSEVIER*, 139-145. doi:https://doi.org/10.1016%2Fj.gaceta.2020.11.001
- Soto, J. R. (2018). TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*. doi:https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.001
- Sousa, L. R. (2021). Calidad de vida en el trabajo y salud pública: Estructura dimensional de una escala. *Enfermería Global*, 453-465. doi:https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.436441
- Soutello, A. L. (2011). Desempeño psicométrico de la versión brasileña del Minicuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL). doi:https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400002
- Tejeda, J. J. (2021). Agregación familiar para la hipertensión arterial. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 1-10. doi:ISSN 1729 - 519X
- Uberli, H. O. (2020). Calidad de vida del adulto mayor hipertenso. *ACC CIETNA*, 7, 31-41. doi:https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.354
- Unger, T. (2020). International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Clinical Practice Guidelines*, 982-1004. doi:https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002453
- Valdez, P. (2019). Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión. *RELAHTA 2*, 86-123. doi:10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06
- Vásquez, J. P. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 693-702. doi:https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017
- Ventocilla, N. (2020). Adherencia farmacoterapéutica en pacientes hipertensos en el Centro Integral del Adulto Mayor de Santa Anita – Lima. *Ciencia e Investigación*, 2. doi:http://dx.doi.org/10.15381/ci.v23i1.18716
- Viñán, B. E. (2018). Reflexiones con enfoque salubrista sobre la actividad física y la hipertensión arterial. *REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD*, 12, 77-89. doi:https://doi.org/10.37135/ee.004.05.08

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación de Tema



UNIVERSIDAD CARRERA DE NACIONAL DE LOJA MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0787-D-CMH-FSH-UNL

Loja, 12 de Abril de 2022

Sr. Michael Vicente Saavedra Torres

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: “**CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ISIDRO AYORA ALTO Y BAJO**”, desu

autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 08 de Abril de 2022, por el Md. Esp. Patricio Espinosa, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido, considera aprobado y pertinente, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**MARIA
ESTHER
REYES
RODRIGUEZ**

Dra. María Esther Reyes

DIRECTORA (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo.

MERR/NOT

Anexo 2. Pertinencia del Tema



Loja, 08 de abril del 2022

Dra. Tania Cabrera Parra
Directora Carrera de Medicina UNL
Ciudad.

De mis consideraciones

Con un atento saludo me dirijo a usted y a la vez aprovecho la oportunidad para desearéxitos en sus funciones.

El presente tiene como objetivo dar respuesta al memorándum Nro. 0752-D-CMH-FSH-UNL en el cual me solicita emitir la pertinencia del proyecto de investigación **DENOMINADO “CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ISIDRO AYORA ALTO Y BAJO”**, del estudiante **Sr. Michael Vicente Saavedra Torres**

En conclusión, considero que el proyecto **SI ES PERTINENTE a la ejecución del mismo**, por esta razón autorizo al estudiante al desarrollo del mismo.

Con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente:



Dr. Patricio Espinosa Jaramillo. Docente
de la carrera de Medicina.

Anexo 3. Designación del director



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0817-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 20 de Abril de 2022

Md. Esp. Patricio Espinosa
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: **“CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ISIDRO AYORA ALTO Y BAJO”**, autoría del Michael VicenteSaavedra Torres.
Con los sentimientos de consideración y estima.



Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
TANIA VERONICACABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 4. Autorización para la recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0931-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 05 de Mayo de 2022

Sr. Michael Vicente Saavedra Torres
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.-

Demi consideración:

Una vez cumplida con toda la documentación para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado: **“CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ISIDRO AYORA ALTO Y BAJO”**, se autoriza para que proceda con la recolección de los datos mediante consentimiento informado a los residentes del barrio Isidro Ayora Alto y Bajo.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Loja, 22 de noviembre de 2023

CERTIFICACIÓN

Los miembros del tribunal del Trabajo de titulación de la postulante **Michael Vicente Saavedra Torres**, con cedula de identidad **1104705767** y autora de la tesis denominada: **“Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en el barrio Isidro Ayora Alto y Bajo ”**, bajo la dirección de la Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo, **CERTIFICAMOS** que la postulante antes mencionada cumplió con las correcciones sugeridas durante su sesión privada para lo cual autorizamos la publicación del trabajo de Titulación en el Repositorio Digital del Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja.

Atentamente.



Firmado electrónicamente por:
GABRIELA DE LOS
ANGELES CHACON
VALDIVIEZO

Dra. Gabriela de los Angeles Chacón Valdiviezo
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
SANDY ALEJANDRA
ORTIZ MARTINEZ

Dra. Sandy Alejandra Ortiz Martinez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
SARA FELICITA VIDAL
RODRIGUEZ

Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Anexo 6. Consentimiento Informado



Consentimiento Informado

Tenga usted un cordial saludo, la presente encuesta a realizar forma parte del trabajo de investigación sobre **“CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS BARRIOS ISIDRO AYORA ALTO Y BAJO”** con el objetivo de determinar la calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en los barrios Isidro Ayora Alto y Bajo de la ciudad de Loja durante abril – agosto el 2022 .La selección de los participantes se lo ha hecho en base a las características que deben cumplir para formar parte de este estudio. Su participación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo y cualquiera que sea su decisión no le afectará en ningún sentido, la duración que tendrá su participación será de 20 minutos aproximadamente.

Esta encuesta no tendrá ningún efecto dañino hacia su persona, pues no se requiere aplicar ningún procedimiento invasivo, tampoco acarrea ningún riesgo que atente contra su integridad emocional.

Con los datos obtenidos se podrá realizar un análisis sobre su condición de salud actual, y de ser necesario se propondrá acciones para mejorar la misma.

Le recordamos que toda la información recabada se empleará únicamente con fines de investigación y será de carácter confidencial.

Parte II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación que pretende conocer “CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS BARRIOS ISIDRO AYORA ALTO Y BAJO” Se me ha informado de los beneficios de esta investigación y de que, en el procedimiento a realizar no habrá riesgos ni efectos adverso a mi persona al participar en la investigación.

Dejo en claro que consiento libre y voluntariamente participar en esta encuesta.

ACEPTO

NO ACEPTO

FIRMA -----

FECHA: / /

Anexo 7. Hoja de recolección de datos

INSTRUCCIONES:

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

Sección I Datos Socio-Demograficos

Instrucciones: Marque con una X las preguntas de acuerdo su condición personal.

Edad: 20-39 () 40-59 () 60-74 () 75 y más ()

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Union libre () Divorciado ()

Instrucción : Primaria () Secundaria () Universitaria () Ninguno ()

Hipertension arterial: Si () No ()

Seccion II – Adherencia Terapeutica – TEST Morisky-Green

Test para valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?

Si () No ()

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Si () No ()

3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomarlos?

Si () No ()

4. Si alguna vez le sientan mal, ¿Deja de tomar la medicación?

Si () No ()

Sección III – Calidad de Vida- Test Minichal

Cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial (MINICHAL), el cual es una versión reducida del cuestionario específico y validado sobre Calidad de Vida para la Hipertensión Arterial (CHAL), validado en Brasil en el año 2011. (Soutello, 2011)

En los últimos 7 días	No, en todos (0)	Si, un poco (1)	Si, bastante (2)	Sí, mucho (3)
1. Está durmiendo mal				
2. Ha tenido dificultades para mantener sus relaciones sociales habituales.				
3. Ha tenido dificultades para relacionarse con la gente				
4. Usted siente que no está jugando un papel útil con su vida.				
5. Se siente o ha sentido incapaz de tomar decisiones e iniciar cosas nuevas				
6. Se ha sentido constantemente en dificultades y tenso				
7. Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua				
8. Se siente o se ha sentido incapaz de ejercer sus actividades				
9. Se siente o ha sentido cansado sin fuerzas				

10. Se siente o ha sentido la sensación de estar enfermo				
11. Ha notado una dificultad para respirar y falta de aire sin causa aparente				
12. Ha tenido hinchazón en los tobillos				
13. Se dio cuenta que ha orinado con más frecuencia				
14. Ha sentido la boca seca				
15. Ha sentido dolor en el pecho sin realizar esfuerzo alguna				
16. Diría que el tratamiento de la hipertensión y esto ha afectado su calidad de vida				
Suma Total				

Gracias por su colaboración



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Anexo 8. Certificado de traducción al idioma inglés

Loja, 31 de octubre de 2023

Lic. Marlon Armijos Ramírez Mgs.
**DOCENTE DE PEDAGOGIA DE LOS
IDIOMAS NACIONALES Y
EXTRANJEROS – UNL**

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumendel Trabajo de Titulación: "**Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en el barrio Isidro Ayora Alto y Bajo**", autoría de Michael Vicente Saavedra Torres con CI: 1104705767 de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la parte interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:



MARLON
RICHARD
ARMIJOS
RAMIREZ

MARLON ARMIJOS RAMÍREZ
DOCENTE DE LA CARRERA
PINE-UNL1031-12-1131340

1031-2017-
1905329

Educamos para Transformar