



Universidad
Nacional
de Loja

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de
Médico General**

Autor:

Carlos Miguel Maldonado Procel

Director:

Dr. Cristian Alfonso Galarza. Mg.Sc.

Loja-Ecuador

2022

Certificación del trabajo de integración curricular o de titulación

Loja 07 de julio de 2022.

Dr. Cristian Galarza Mg.Sc

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez. Mg.Sc.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACION CURRICULAR O DE
TITULACION**

Certifico:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del trabajo de integración curricular de titulación del grado titulado: **Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja** de autoría del estudiante Carlos Miguel Maldonado Procel, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Cristian Galarza', with a long horizontal stroke extending to the right.

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez. Mg.Sc.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACION CURRICULAR O DE
TITULACIÓN**

Autoría

Yo, **Carlos Miguel Maldonado Procel**, 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 del trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:



Firmado electrónicamente por:
**CARLOS MIGUEL
MALDONADO PROCEL**

Cédula: 1104351257

Fecha: 01 de septiembre de 2022

Correo electrónico: cmmaldonadop@unl.edu.ec

Teléfono: 0988420612

Carta de Autorización

Yo, Carlos Miguel Maldonado Procel, declaro ser autor del trabajo de investigación titulado Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja 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 al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad de su contenido de la siguiente manera 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, en la ciudad de Loja, a1 primer día del mes de septiembre del año dos mil veintidós.

Firma:



Firmado electrónicamente por:
**CARLOS MIGUEL
MALDONADO PROCEL**

Autor: Carlos Miguel Maldonado Procel

Nro. Cédula: 1104351257

Dirección: Loja, cdla. Los operadores: Luis Vinueza y Manuel Zárate esquina.

Teléfonos: 0988420612

Mail: cmmaldonadop@unl.edu.ec

Datos complementarios

Director del trabajo de titulación: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez.Mg.sC.

Tribunal de grado:

Presidente Dr. Raúl Pineda



Firmado electrónicamente por:
**RAUL ARTURO
PINEDA OCHOA**

Vocal: Dra. Catalina Araujo



Firmado electrónicamente por:
**CATALINA
VERONICA ARAUJO
LOPEZ**

Vocal: Dr. Patricio Espinosa



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

Dedicatoria

El presente trabajo de titulación, se la dedico a mi padre Carlos por su diaria bendición, por el sustento económico, emocional, por confiar incondicionalmente en mis capacidades, por ser mi ejemplo a seguir cada día y motivarme a convertirme en el ser humano que soy.

A mi madre Andrea, quien ha sido fundamental dentro de mi formación, por sus consejos de vida y académicos, por estar siempre a la expectativa de mi desarrollo en el ámbito personal y estudiantil.

A mi abuela Judith por ser el refugio en los días más difíciles y darme la fortaleza necesaria para superar cada uno de los obstáculos que se me han presentado.

A mi hermana por ser mi motivación, porque con sus ánimos y ocurrencias siempre estuvo alentándome a cumplir con todos mis ideales.

A mis compañeros y amigos, por brindarme sus conocimientos, experiencias, alegrías y tristezas a lo largo de estos años de carrera.

A mis docentes por impartirme sus tan necesarios conocimientos a lo largo de toda mi carrera universitaria y facilitarme todas las herramientas necesarias en pro de mi formación.

Agradecimiento

El agradecimiento del presente proyecto va dirigido primeramente a Dios por permitirme que todo esto sea posible. Agradezco profundamente a mi familia que ha sido un pilar fundamental a lo largo de mi vida, por la confianza puesta sobre mí y por el apoyo que me han brindado desde que apenas tengo memoria. También un agradecimiento infinito a la Dra. Elvia Ruiz, por su constante ayuda en la elaboración de mi proyecto, de igual forma a mi director de trabajo de titulación, el Dr. Cristian Galarza, que con su conocimiento me ayudó y guío a lo largo de la elaboración de mi trabajo de investigación.

Al Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja y su responsable Dr. Ángel Acaro, por permitirme realizar mi investigación, además de brindarme las facilidades y ayuda que he requerido a lo largo de la misma.

El autor.

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación del trabajo de integración curricular o de titulación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
▪ Índice de figuras	ix
▪ Índice de cuadros	x
▪ Índice de tablas	xi
▪ Índice de anexos	xii
1. Título	12
2. Resumen	13
2.1. Abstract.....	14
3. Introducción.....	15
4. Marco teórico.....	17
4.1. Hipertensión Arterial	17
4.1.1. Definición de hipertensión arterial.	17
4.1.2. Etiología	17
4.1.3. Epidemiología	17
4.1.4. Clasificación.....	20
4.1.5. Fisiopatología.....	21
4.1.6. Cuadro clínico	24
4.1.7. Diagnóstico	24
4.1.8. Complicaciones	25

4.1.9. Tratamiento	26
4.2. Calidad de vida	30
4.2.1. Definición.....	30
4.2.2. Relevancia de la calidad de vida en la salud.	32
4.2.3. Cuestionario CHAL	33
5. Metodología.....	35
6. Resultados.....	39
7. Discusión	44
8. Conclusiones.....	47
9. Recomendaciones	48
10. Bibliografía.....	49
11. Anexos	54

Índice de figuras

Figura 1. Medicamentos combinados para el tratamiento de la HTA.....	29
Figura 2. Mapa del área de estudio.....	35

Índice de cuadros

Cuadro 1 Clasificación de la tensión arterial según Guía de práctica clínica de hipertensión arterial MSP.....	20
Cuadro 2 Clasificación de la tensión arterial e hipertensión según ACC/AHA.....	21
Cuadro 3 Daño orgánico y complicaciones asociadas a la hipertensión.....	26
Cuadro 4 Recomendaciones para el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.	27
Cuadro 5 Contraindicaciones absolutas, relativas y efectos adversos más comunes de los medicamentos utilizados para la HTA	28
Cuadro 6 Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida.....	30

Índice de tablas

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los de los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario Motupe	39
Tabla 2. Clasificación de la calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe	40
Tabla 3. Relación entre las variables sociodemográficas y calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe	41

Índice de anexos

Anexo 1. Aprobación del tema de titulación	54
Anexo 2. Pertinencia del tema de titulación	55
Anexo 3. Asignación de director de trabajo de titulación	56
Anexo 4. Asignación de nuevo director de trabajo de titulación	57
Anexo 5. Modificación de tema de trabajo de titulación	58
Anexo 6. Autorización para recolección de datos	59
Anexo 7. Certificación de resumen en inglés	60
Anexo 8. Consentimiento informado	61
Anexo 9. Hoja de recolección de datos sociodemográficos	63
Anexo 10. Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial	64
Anexo 11. Certificado de Tribunal de grado	68

1. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja

2. Resumen

Mundialmente, las enfermedades cardiovasculares causan aproximadamente 17 millones de muertes por año. En Ecuador alrededor de la mitad de los adultos tiene la presión arterial elevada, no toma medicamentos, además de realizar actividad física insuficiente, representando un alto riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial, patología que deviene en detrimento de la calidad de vida de la población afectada. Este trabajo investigativo se contextualizó en los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe de la ciudad de Loja. El objetivo principal fue determinar la calidad de vida, para lo cual se realizó un estudio de tipo descriptivo, de enfoque cuantitativo, observacional, de cohorte transversal prospectivo, en una muestra de 99 pacientes, mediante la aplicación del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Todos los datos fueron sistematizados y analizados en Excel. Los resultados obtenidos demostraron que el 74,7% de la población presentó una buena calidad de vida y el 25,3% mala calidad de vida. Chi cuadrado de estado civil en relación a la calidad de vida $P= 0,042$; OR entre mala calidad de vida y sexo masculino=1,923, OR entre mala calidad de vida y edad <62 años (OR=2,33). Así se concluye que la mayoría la población de estudio presentó una buena calidad de vida. Adicionalmente, el estado civil y la calidad de vida tienen una relación estadísticamente significativa, además los pacientes de sexo masculino y menores a 62 años tienen mayor riesgo de presentar una mala calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad cardiovascular, calidad de vida, estilos de vida.

2.1. Abstract

Worldwide, cardiovascular diseases cause approximately 17 million deaths per year. In Ecuador about half of adults have high blood pressure, do not take medications, in addition to insufficient physical activity, representing a high risk for the development of arterial hypertension, a pathology that is detrimental to the quality of life of the population. affected. This investigative work was contextualized in hypertensive patients treated at the Motupe university health center in the city of Loja. The main objective was to determine the quality of life, for which a descriptive, quantitative, observational, prospective cross-sectional cohort study was carried out, in a sample of 99 patients, through the application of the quality of life questionnaire in arterial hypertension (CHAL). All data were systematized and analyzed in Excel. The results showed that 74.7% of the population presented a good quality of life and 25.3% poor quality of life. Chi square of marital status in relation to quality of life $P= 0.042$; OR between poor quality of life and male gender=1.923, OR between poor quality of life and age <62 years (OR=2.33). Thus, it is concluded that the majority of the study population presented a good quality of life. Additionally, marital status and quality of life have a statistically significant relationship, in addition, male patients and those under 62 years of age have a higher risk of presenting a poor quality of life.

Keywords: Cardiovascular disease. Quality of life, lifestyle.

3. Introducción

A nivel global, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que, en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40%. (Organización mundial de la salud, 2014). Esto a causa principalmente de la debilidad en los sistemas de salud, el número de personas sin diagnóstico y consecuentemente sin control de su enfermedad. La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Ecuador se encuentra dentro de los países con una prevalencia de hipertensión arterial general inferior al 25% en personas mayores a 18 años, sin embargo, esta aumenta conforme la edad. Esto se atribuye a 4 principales factores de riesgo: abuso de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, dieta no saludable. De acuerdo la encuesta STEPS realizada en el año 2016, aproximadamente la mitad de los adultos tiene la presión arterial elevada y no toma medicamentos, además 1 de cada 4 adultos realiza actividad física insuficiente y 7 de cada 10 adultos no realiza actividad física vigorosa lo que representa un alto riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles grupo dentro del cual está la hipertensión arterial (Díaz, 2018).

Es así como la hipertensión arterial y todos sus factores de riesgo asociados se han convertido en un problema importante dentro del ámbito de la Salud Pública, razón por la cual surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de Loja? ¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas y la calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe?

Al ser Ecuador parte de los países en vías de desarrollo, se evidencia un incremento significativo en la morbilidad y mortalidad, producto de esta condición médica, lo cual se suscita principalmente debido al deficiente o inexistente control patológico, factor que

repercute en gran medida sobre la calidad de vida de los pacientes, ocasionando problemas de carácter psíquico, físico, económico y social.

La hipertensión arterial es una enfermedad controlable, sin embargo, esta patología deviene en detrimento de la calidad y esperanza de vida de la población afectada, por tanto, se hace imperioso estudiar y clasificar el tipo de calidad de vida que tienen los pacientes hipertensos, con la finalidad de proporcionar la información obtenida en base a evidencia cuantificable al personal sanitario, respecto de la situación por la cual están cursando los pacientes de su circunscripción territorial y de la forma como éstos se encuentran sobrellevando la enfermedad.

Las reflexiones antes mencionadas justifican la ejecución de este trabajo investigativo, enmarcado dentro de la tercera línea de investigación de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja correspondiente a la salud y enfermedad por ciclos de vida, adulto y adultos mayores. Se planteó como objetivo general: determinar la calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja. Además, se abordaron como objetivos específicos: describir las características sociodemográficas de la población de estudio y establecer una relación entre estas características y la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

4. Marco teórico

4.1. Hipertensión Arterial

4.1.1. Definición de hipertensión arterial. De acuerdo con la ACC/AHA (Colegio Americano de cardiología/Asociación Americana del corazón) se define como hipertensión arterial, una presión sistólica mayor o igual a 130 mm Hg o a su vez una presión diastólica mayor a 80 mm Hg (ACC/AHA, 2018).

4.1.2. Etiología de hipertensión arterial.

4.1.2.1. Hipertensión arterial primaria. La hipertensión primaria es una presión arterial persistentemente elevada que no se encuentra como consecuencia de causas identificables como la ERC definida como una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o enfermedades endocrinas (Sorrentino & Bakris, 2018).

4.1.2.2. Hipertensión arterial secundaria. Se considera una hipertensión arterial secundaria cuando existe una condición médica identificable. A diferencia de la hipertensión esencial o primaria, esta puede ser curada en la mayoría de los casos.

Las causas más comunes de hipertensión secundaria varían con la edad e incluye:

- Apnea obstructiva del sueño
- Hiperaldosteronismo
- Enfermedad del parénquima renal
- Estenosis arterial renal
- Patología tiroidea
- Fármacos
- Hiper cortisolismo
- Feocromocitoma/Paraganglioma
- Coartación aórtica (National Library of medicine, 2018)

4.1.3. Epidemiología de la hipertensión arterial.

4.1.3.1. Epidemiología de la hipertensión arterial en el mundo. La hipertensión arterial (HTA) ha aumentado un 90% en todo el mundo en los últimos 40 años. La mayor parte de este aumento está ocurriendo en países de bajos y medianos ingresos debido al crecimiento y envejecimiento de la población. La prevalencia mundial de HTA en adultos mayores de 18 años fue de 22 %, la presión arterial (PA) elevada fue el principal factor asociado con mortalidad prematura, tras causar casi 10 millones de muertes y más de 200 millones de años de vida ajustados por discapacidad en el año 2015. En el 2017 se produjeron 10,44 millones de muertes

por esa causa. Es el factor de riesgo que más muertes origina de causa cardiovascular en el mundo (Revueltas y otros, 2021).

Debido a la alta prevalencia y deficiente control de la HTA, los gobiernos locales y las organizaciones no gubernamentales deben tener un conocimiento actualizado sobre la prevalencia de esta enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008 la prevalencia de hipertensión entre adultos mayores de 25 años era de aproximadamente 40 % en todo el mundo, con la prevalencia más alta en la región de África (46 %), mientras que la más baja fue en la región de las Américas (35%). En los Estados Unidos, casi un tercio de la población mayor de 18 años sufre de hipertensión y casi la mitad tiene presión arterial (PA) no controlada. Entre los pacientes con hipertensión no controlada, el 33 % desconoce su afección, el 20 % lo sabe, pero no recibe tratamiento y alrededor del 47 % recibe tratamiento, pero no están controlados (Delucchi y otros, 2017).

La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas porque muchos afectados tienen además otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Entre esos factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus. El tabaquismo aumenta el riesgo de complicaciones de la hipertensión en los afectados. En 2008 había 1000 millones de fumadores en el mundo y la prevalencia mundial de la obesidad casi se había duplicado desde 1980. La prevalencia mundial del hipercolesterolemia entre los adultos mayores de 25 años era del 39%, y la de la diabetes del 10%. Si no se adoptan las medidas apropiadas, se prevé que las muertes por enfermedades cardiovasculares seguirán aumentando (Organización Mundial de la Salud, 2013).

4.1.3.2. Epidemiología de la hipertensión arterial en Latinoamérica. Desde los años 50 todos los países de Latinoamérica han experimentado una serie de cambios importantes en los indicadores de salud, en aspectos demográficos, epidemiología y en perfiles socio-culturales, esto principalmente a causa de la adquisición de un estilo de vida urbano-industrial.

En América Latina, la hipertensión arterial es una de las principales causas de desarrollo de enfermedades cardiovasculares, por lo que cada año aumenta el número de casos de pacientes con alteraciones neurológicas. La hipertensión arterial es una de las principales causas de atención primaria con una prevalencia del 47,5 % en pacientes adultos en América Latina,

de los cuales el 29,1 % han sido registrados con anterioridad (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

México tiene una alta prevalencia de HTA en comparación con otros países de América Latina, con un promedio de 45 000 casos nuevos por año, lo que representa más del 49.2 % de todos los adultos en México. El 29,9% tiene mortalidad relacionada con enfermedades cardiovasculares (Martínez y otros, 2021).

Los datos en Brasil revelan una prevalencia entre el 22% y el 68% de la población total. Entre hombres y mujeres, el 52% tenía hipertensión con diabetes y/u obesidad, el 48% tenía hipertensión sola y un tercio de la muestra era no urbana y de bajos ingresos (Muñoz y otros, 2019).

En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial oscila entre el 23,7% y el 27,3% de la población general. 27,3% a 31,6% en la zona costera, 20,4% a 23,2% en los Andes y 22,7% a 26,6% en la Amazonía, para hombres y mujeres de 18 años y más. En Chile se registran datos del 17% al 26,9% de adultos mayores de 18 años. En Uruguay esta cifra no supera el 29,2% de la población adulta total, y en Paraguay no supera el 21% al 30%. Venezuela, por otro lado, tiene la prevalencia más baja en comparación con otros países de América Latina, con un 23,6%. Esto último se debe a que las condiciones socioeconómicas y demográficas de América Latina no son las mejores (Ortiz y otros, 2016).

El estudio CESCA I que incluyó 7.524 individuos con edades entre 35 y 75 años de edad, seleccionados de forma aleatoria en cuatro ciudades pequeñas y medianas del cono sur de América Latina, dos ciudades en Argentina (Bariloche y Marcos Paz), una en Chile (Temuco) y otra en Uruguay (Pando-Barros Blanco) evidenció que el 42,5% de la población (46,6% hombres y 38,7% mujeres) era hipertensos y 32,5% prehipertensos (36,0% de hombres y 29,4% de las mujeres)³¹. De forma similar el estudio CARMELA incluyó 7 grandes ciudades de América determinando la mayor prevalencia para HTA en las ciudades de Barquisimeto (Venezuela), Buenos Aires (Argentina) y Santiago (Chile) con un 25%, 29% y 24% respectivamente, y una menor prevalencia en las ciudades de Lima (Perú), Ciudad de México (México), Bogotá (Colombia) y Quito (Ecuador) siendo de 13%, 12%, 13% y 9%, respectivamente (Ortiz y otros, 2017).

4.1.3.3. Epidemiología de la hipertensión arterial en Ecuador. Ecuador se encuentra dentro de los países con una prevalencia de hipertensión arterial general inferior al 25% en personas mayores a 18 años pero que aumenta conforme la edad. Esto se atribuye a 4 principales factores de riesgo: abuso de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, dieta no saludable. De acuerdo la encuesta STEPS 2016 aproximadamente la mitad de los adultos tiene la presión arterial

elevada y no toma medicamentos, además 1 de cada 4 adultos realiza actividad física insuficiente y 7 de cada 10 adultos no realiza actividad física vigorosa lo que representa un alto riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (Díaz, 2018).

En Ecuador, la hipertensión arterial ocupa el cuarto lugar en mortalidad por enfermedades conocidas según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) con una tasa del 22,09%, en personas de 20 a 59 años, siendo de género mayoritariamente femenino, encontrándose de manera predominante en la cuarta y quinta década de la vida con cifras mayores al 73%. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportó un 41,3% de consumo de alcohol entre los ecuatorianos de 20 a 59 años en el último mes, siendo predominantemente de sexo masculino. En cuanto al consumo de tabaco, los ecuatorianos entre 20 y 59 años tienen una frecuencia diaria del 25,9%, sin ventaja de género. Este hábito aumenta con la edad, destacando una prevalencia de tabaquismo del 50,8% en el grupo de 50-59 años (Pilataxi & Fors, 2022).

En Loja, según los últimos datos del INEC, durante el año 2016, en el cantón Loja se presentaron 3704 casos de hipertensión esencial, de los cuales, 1198 fueron de sexo masculino y 2505 de sexo femenino. En cuanto a la mortalidad se presentaron 21 defunciones en ese año (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

4.1.4. Clasificación de la hipertensión arterial. De acuerdo con la Sociedad Europea de cardiología- Sociedad Europea de Hipertensión (ESC/ESH) en, el año 2018, se ha clasificado a la hipertensión basándose en los valores de presión arterial, considerándose hipertensión como tal a valores mayores o iguales a 140 mm Hg en la PA sistólica y/o valores mayores o iguales a 90 mm Hg en la PA diastólica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Cuadro 1

Clasificación de la tensión arterial según Guía de práctica clínica de hipertensión arterial MSP.

Estadío	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	120 – 129	y/o	80 – 84
Normal alta	130 – 139	y/o	85 – 89
Hipertensión grado 1	140 – 159	y/o	90 – 99
Hipertensión grado 2	160 – 179	y/o	100 – 109
Hipertensión grado 3	≥180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

Nota. Adaptado de clasificación de la TA Guía de práctica clínica de Hipertensión arterial MSP, 2019. Elaborado por el autor

De acuerdo con la clasificación dada por la asociación americana del corazón en conjunto con el Colegio Americano de Cardiología, se considera hipertensión a valores iguales o superiores a 130 mm Hg en la PA sistólica, o valores iguales o mayores a 80 mm Hg (ACC/AHA, 2018).

Cuadro 2

Clasificación de la tensión arterial e hipertensión según ACC/AHA

Categorización de presión arterial	Presión arterial sistólica		Presión arterial diastólica
Normal	<120 mm Hg	Y	<80 mm Hg
Elevada	120 – 129 mm Hg	Y	< 80 mm Hg
Hipertensión			
Estadio 1	130 – 139 mm Hg	O	80 – 89 mm Hg
Estadio 2	≥ 140 mm Hg	O	≥ 90 mm Hg

Nota. Adaptado de Clasificación de la tensión arterial ACC/AHA guía para el tratamiento de la hipertensión, 2018. Elaborado por el autor.

4.1.5. Fisiopatología de la hipertensión arterial. Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la hipertensión son complejos y tienen antecedentes genéticos. Esta predisposición genética, junto con muchos factores ambientales como la ingesta elevada de Na⁺, la mala calidad del sueño o la apnea del sueño, el consumo excesivo de alcohol y el estrés psicológico elevado, contribuyen al desarrollo de la hipertensión. Finalmente, la probabilidad de desarrollar hipertensión aumenta con la edad, debido a la rigidez progresiva de la vasculatura arterial causada. Los factores inmunológicos también pueden desempeñar un papel importante, especialmente en el contexto de enfermedades infecciosas o reumatológicas como la artritis reumatoide (Hall & Hall, 2018).

4.1.5.1. Regulación de la homeostasis del sodio. El sodio (Na⁺) es un regulador crucial del volumen sanguíneo: una concentración sérica alta de Na⁺ promueve la retención de líquidos, lo que aumenta el volumen sanguíneo y la PA. Cuando el Na⁺ de la dieta aumenta en individuos normotensos, se produce una reducción de la resistencia vascular renal y periférica y el aumento de la producción de óxido nítrico del endotelio. Sin embargo, si el efecto del óxido nítrico está alterado o ausente, se produce un aumento de la PA. La sensibilidad a la sal se define como una marcada elevación de la PA después de una carga de Na⁺ de ≥5 g y se

caracteriza por una elevación de la PA sistólica de al menos 10 mmHg a las pocas horas de la ingestión. Las personas sensibles a la sal tienen una disfunción endotelial subyacente debido a influencias genéticas o ambientales. En respuesta a una alta carga de sal, estos individuos generalmente manifiestan una sobreproducción del factor de crecimiento transformante β (TGF- β), que aumenta el riesgo de fibrosis y estrés oxidativo, y tienen una biodisponibilidad limitada de óxido nítrico (Wick y otros, 2017).

4.1.5.2. Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA). La angiotensina II aumenta la reabsorción de Na^+ en el túbulo proximal al aumentar la actividad del intercambiador de sodio-hidrógeno (NHE3), el intercambiador de bicarbonato de sodio y la ATPasa de sodio-potasio, y al inducir la síntesis y liberación de aldosterona de la zona glomerular suprarrenal. La angiotensina II también se asocia con disfunción endotelial y tiene efectos profibróticos y proinflamatorios, mediados en gran medida por el aumento del estrés oxidativo, que conduce a lesiones renales, cardíacas y vasculares. La angiotensina II está estrechamente relacionada con el daño de órganos diana en la hipertensión a través de estos mecanismos (Hall & Hall, 2018).

La enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) ha surgido como un modulador importante en la fisiopatología de la hipertensión, las ECV y la enfermedad renal, debido a su papel en el metabolismo de la angiotensina II a angiotensina-(1-7) la cual induce vasodilatación sistémica y regional, diuresis y natriuresis, y ejerce efectos anti proliferativos y anti crecimiento en las células del músculo liso vascular, los miocitos cardíacos y los fibroblastos, así como en las células glomerulares y tubulares proximales. También la aldosterona juega un papel crucial en la hipertensión: al unirse al receptor de mineralocorticoides, induce efectos no genómicos, incluida la activación del canal de sodio sensible a la amilorida, comúnmente conocido como sodio epitelial y el resultado en la estimulación de la reabsorción renal de Na^+ en el conducto colector cortical. La aldosterona también tiene muchos efectos no epiteliales que contribuyen a la disfunción endotelial, la vasoconstricción y la hipertensión. Estos incluyen la proliferación de células de músculo liso vascular, depósito de matriz extracelular vascular, remodelación vascular, fibrosis y aumento del estrés oxidativo (Oparil y otros, 2018).

4.1.5.3. Péptidos natriuréticos. La dopamina renal y el péptido natriurético auricular (ANP) son dos sistemas natriuréticos que pueden alterar el manejo renal de sodio a través de la modulación de diferentes transportadores de iones de sodio en las células tubulares renales. Entre estas células, las células tubulares proximales pueden sintetizar dopamina a partir de la captación de precursores de L-dopa por la dopa descarboxilasa. En condiciones basales, más

del 50% de la excreción renal de sodio está regulada por la activación de los receptores D1 mediada por dopamina. Por otra parte, el ANP ejerce su acción natriurética activando el receptor del péptido natriurético renal tipo A (NPRA). Durante la última década, numerosos estudios han sugerido la posible existencia de interacciones entre los péptidos natriuréticos y el sistema dopaminérgico renal. En este sentido, la dopamina renal y el ANP son enzimas cuyos cambios están estrechamente relacionados con la retención de sal a través de una vía común que implica la inactivación reversible de la Na⁺/K⁺-ATPasa renal (Rukavina y otros, 2018).

4.1.5.4. El endotelio. El endotelio es un importante regulador del tono vascular y un importante contribuyente a la sensibilidad a la sal a través del óxido nítrico (NO). Las células endoteliales producen una gran cantidad de sustancias vasoactivas, de las cuales el NO es el más importante en la regulación de la PA. Las células endoteliales liberan continuamente NO en respuesta a la tensión inducida por el flujo, lo que conduce a la relajación del músculo liso vascular mediante la activación del guanilato ciclasa y la generación de monofosfato de guanosina cíclico intracelular. La interrupción de la producción de NO a través de la inhibición de la NO sintasa endotelial expresada constitutivamente provoca la elevación de la PA y el desarrollo de hipertensión (Khaddaj y otros, 2017).

4.1.5.5. Sistema nervioso simpático. El sistema nervioso simpático (SNS) generalmente está más activado en hipertensos que en normotensos. La actividad del SNS también es mayor en obesos, en hombres que en mujeres, en jóvenes que en ancianos y en aquellos con enfermedad renal avanzada. Muchos pacientes con hipertensión se encuentran en un estado de desequilibrio autonómico con actividad simpática aumentada y parasimpática disminuida. La hiperactividad del SNS es relevante tanto para la generación como para el mantenimiento de la hipertensión. Los niveles de catecolaminas en plasma, los registros microneurográficos y los estudios de derrame de catecolaminas sistémicas han proporcionado evidencia de una mayor actividad simpática en pacientes con hipertensión que son obesos, en aquellos con el síndrome metabólico, y en aquellos cuya hipertensión se complica con insuficiencia cardíaca o enfermedad renal (De Leeuw y otros, 2017).

4.1.5.6. Sistema inmunológico. Varios estudios han sugerido mecanismos inmunológicos adaptativos en la patogenia de la HTA. En particular, la activación de los linfocitos T parece un requerimiento para el desarrollo de hipertensión en varios modelos experimentales. Es probable que la activación presora de los linfocitos se deba a su infiltración en la adventicia vascular y la generación exagerada de especies reactivas de oxígeno y citocinas proinflamatorias que alteran la estructura y la función de la pared vascular (Díaz Martínez, 2020).

4.1.6. Cuadro clínico de hipertensión arterial.

4.1.6.1. Clínica de la Hipertensión arterial esencial no complicada. La hipertensión arterial suele permanecer asintomática hasta que se desarrollan complicaciones en los órganos diana. Los mareos, enrojecimiento facial, la cefalea, el cansancio, la epistaxis y el nerviosismo no se desarrollan cuando la hipertensión arterial no es complicada. La hipertensión arterial severa (emergencia hipertensiva) puede provocar síntomas cardiovasculares, neurológicos, renales y retinianos significativos (Bakris, 2021).

4.1.6.2. Clínica de la Hipertensión arterial complicada. Las repercusiones a nivel sistémico serán las determinantes de la sintomatología en estos pacientes; así, a nivel cardiaco, pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca congestiva y si existe arteriosclerosis de los vasos coronarios determinará cardiopatía isquémica. Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebrobasilar, infartos lacunares que, en conjunto, pueden desembocar en una demencia vascular y Hemorragia cerebral, cuyo principal factor etiológico es la hipertensión arterial (Castells Bescós y otros, 2020).

4.1.7. Diagnóstico de hipertensión arterial.

4.1.7.1. Medición de la presión arterial. La medición de la presión arterial debe cumplir requisitos importantes para hacerlo con exactitud, puesto que a punto de partida de esta serán precisadas las conductas apropiadas que individualmente deberán ser tomadas.

En la primera evaluación se realizan mediciones en ambos brazos y para las mediciones posteriores, se elige aquel brazo con valor de PA más elevado.

Para realizar la medición de la PA, las personas deben estar en reposo al menos 5 minutos, vaciar la vejiga urinaria en caso necesario y por al menos 30 minutos antes no haber realizado ejercicio físico intenso, fumado, tomado café ni ingerido alcohol.

Habitualmente la medición se lleva a cabo al final del examen físico, momento en que el paciente debiera estar más relajado

En adultos mayores y en los pacientes diabéticos, por la posibilidad de ortostatismo debe efectuarse también la medición de la PA después de dos minutos de estar en posición de pie.

El manguito o también llamado brazaletes se aplica en la mitad del brazo, quedando el borde inferior unos 2 a 3 cm por encima del pliegue cubital. Debe quedar bien aplicado y no suelto, ya que esto último favorecerá lecturas falsamente elevadas. El brazo debe estar desnudo, sin ropas que interfieran la colocación del manguito. Conviene que el brazo esté apoyado sobre una mesa o que cuelgue relajado al lado del cuerpo, y no debe estar contraído. El manguito debe

quedar a la altura del corazón, de lo contrario por cada cm de diferencia puede afectarse en 1mmHg la medición de la PA.

La vejiga de goma inflable que va dentro del manguito debe quedar ubicada de tal forma que justo la mitad de ella esté sobre la arteria braquial a nivel del punto medio del brazo medido entre el acromion y el olécranon, y que comprima el 80% de la circunferencia del brazo, para lograr la oclusión de la arteria braquial con cese del flujo sanguíneo en esa zona.

El tamaño del manguito debe ser en relación a la circunferencia del brazo, para evitar que la PA sea sobre o subestimada. La AHA recomienda que la razón de la circunferencia del brazo/manguito esté en alrededor de 0.40 y que el ancho del manguito ocupe de 80 a 100% de la circunferencia del brazo. Por ello, existen diferentes tamaños de manguitos según la circunferencia del brazo (Tagle, 2018).

4.1.7.2. Criterios diagnósticos. Se diagnostica HTA cuando el valor de TAS es \geq a 140mmHg y/o TAD \geq a 90mmHg, tomada repetidamente en la consulta o una sola toma cuando el estadio de la HTA sea grado 3.

Las mediciones repetidas de la TA para confirmar el diagnóstico, se realiza de la siguiente manera:

Pacientes con HTA grado 2 o más, requiere menos visitas e intervalos de tiempo más cortos entre las visitas (días o semanas).

Pacientes con HTA grado 1, el período de mediciones repetidas puede extenderse durante algunos meses, especialmente cuando el paciente tiene un riesgo bajo y no hay daño de órgano blanco. Durante este período de evaluación de la TA, generalmente se realizan evaluaciones de riesgo de enfermedad CV y pruebas de detección de rutina (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019)

4.1.8. Complicaciones de la hipertensión arterial. La hipertensión no tratada conduce al daño progresivo de los órganos diana. En cada uno de los órganos afectados, hay un continuo desde cambios tempranos como hipertrofia ventricular izquierda y daño renal que se manifiestan como albuminuria hasta complicaciones clínicamente evidentes como insuficiencia cardíaca y renal. La detección de las complicaciones de la hipertensión es importante para evaluar el daño causado por la presión arterial elevada en el momento de la presentación, para monitorear el progreso de la enfermedad y para informar la estimación del riesgo cardiovascular individual (Nadella & Howell, 2019).

Cuadro 3

Daño orgánico y complicaciones asociadas a la hipertensión

Órgano diana	Complicaciones asociadas
Corazón	Hipertrofia Ventricular izquierda Disfunción diastólica Insuficiencia cardíaca Enfermedad microvascular Enfermedad arterial Enfermedad coronaria aterosclerótica
Vascular	Enfermedad vascular periférica
Cerebro	Accidente cerebrovascular Infartos lacunares Deterioro cognitivo Encefalopatía hipertensiva
Ojos	Retinopatía hipertensiva
Riñones	Lesión glomerular Glomeruloesclerosis Isquemia tubular renal Insuficiencia renal en etapa terminal

Nota. adaptado de Organ damage and complications associated with hypertension by the organ affected de V Nadella, 2019. Elaborado por el autor

4.1.9. Tratamiento de la hipertensión arterial.

4.1.9.1. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. El tratamiento no farmacológico consiste principalmente en cambios del estilo de vida por parte del paciente, en los cuales se incluyen una actividad física regular, reducción de peso, disminución del consumo de alcohol y adopción de una dieta saludable que incluya restricción de sodio y suplementación de potasio (Ramón Soto, 2018).

Cuadro 4

Recomendaciones para el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.

Cambio	Recomendación
Reducción del peso	Mantener el peso ideal (IMC 20 – 25 kg/m ²)
Reducción de la ingesta de sodio	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 6g de sal por día
Suplementación de potasio	Aumentar el consumo de potasio en 1600mg/día.
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 200 ml de vino o 45 ml de licor destilado en el caso de las mujeres. Para los varones pueden ser el doble de las cantidades recomendadas para el sexo femenino.
Adopción de la dieta DASH	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada.
Ejercicio físico	Práctica de 30 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana, idealmente todos.

Nota. adaptado de tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial de Ramón Soto, 2018. Elaborado por el autor

4.1.9.2. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Es importante considerar la situación integral del paciente y que el objetivo del tratamiento es reducir el riesgo de sufrir episodios cardiovasculares. En prevención secundaria se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con cifras de PAS \geq 130 o PAD \geq 80 mmHg. Este umbral también se recomienda en prevención primaria si el RCV es \geq 10% en 10 años. En caso de cifras de PAS \geq 140 o PAD \geq 90 mmHg también se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en todos los casos. En cuanto a los objetivos de PA, la guía establece $<$ 130/80 para pacientes ECVo con RCV \geq 10% en 10 años mientras que en paciente con ECV y con RCV $<$ 10% en 10 años el objetivo es $<$ 130/80 mm Hg.

Se recomienda el uso de medicación antihipertensiva en prevención primaria de ECV en adultos sin historia de ECV y con un riesgo de (ECVA) $<$ 10% con PAS \geq 140 mmHg o PAD \geq 90mmHg (Gijón Conde y otros, 2018).

- Los adultos con PA elevada o HTA grado 1 con riesgo de ECVA a 10 años $<$ del 10% deberían manejarse con terapia no farmacológica y repetir la evaluación en 3 a 6 meses.

- Los adultos con HTA grado 1 que tienen un riesgo estimado de ECV $\geq 10\%$ deberían inicialmente manejarse con tratamiento no farmacológico y farmacológico y reevaluarlos al mes.

- Los adultos con HTA grado 2 deben ser evaluados por el médico de AP antes de un mes para combinar tratamiento no farmacológico e iniciar tratamiento farmacológico con 2 fármacos de diferentes clases, así como reevaluar la PA al mes.

- Los adultos con unas cifras de PA muy altas (PAS ≥ 180 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg) se recomienda iniciar tratamiento con fármacos antihipertensivos inmediatamente tras la evaluación inicial.

- En adultos con cifras normales de PA es razonable reevaluar cada año (Guija Villa, 2017).

4.1.9.2.1. Fármacos antihipertensivos orales.

Cuadro 5

Contraindicaciones absolutas, relativas y efectos adversos más comunes de los medicamentos utilizados para la HTA

Fármaco	Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas	Efectos adversos
Diuréticos Tiazídicos	Gota	Síndrome metabólico Intolerancia a la glucosa Hipercalcemia Hipopotasemia	Trastornos gastrointestinales, metabólicos, exacerbación de la diabetes
IECA	Embarazo Angioedema previo Hipertensión $> 5,5$ Estenosis de la AR bilateral	Mujeres en edad fértil sin anticonceptivos confiables	Hipotensión, falla renal, tos seca persistente, rash, trastornos gastrointestinales, alteración en las pruebas de función hepática, angioedema
ARA II	Embarazo Hipertensión $> 5,5$	Mujeres en edad fértil sin anticonceptivos confiables	Mareo, hiperpotasemia, angioedema

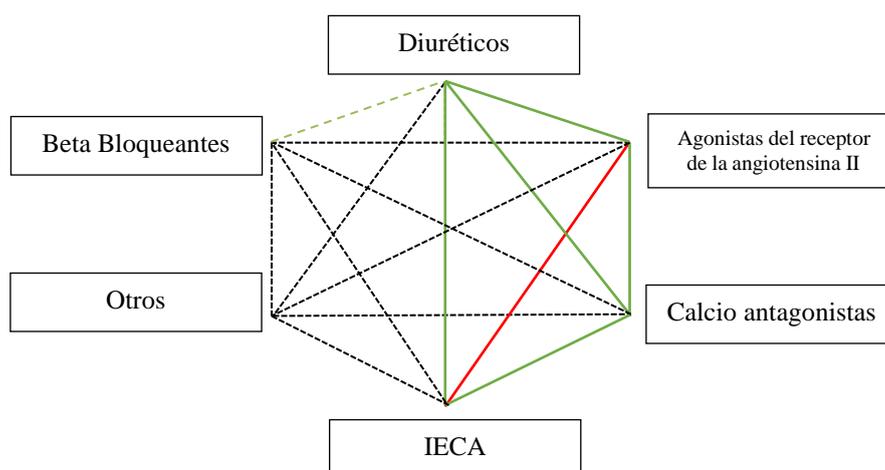
Estenosis de la AR bilateral			
Calcio antagonistas		Taquiarritmia Antecedente de edema severo en extremidades inferiores Falla Cardíaca Grado III – IV Estreñimiento	Trastornos gastrointestinales, palpitaciones, rash, edema, cefalea, fatiga, alteraciones del sueño
Beta bloqueantes	Asma Bloqueo AV FC <60	Síndrome metabólico Intolerancia a la glucosa Paciente activo	Trastornos gastrointestinales, bradicardia, hipotensión, broncoespasmo, cefalea, fatiga, disfunción sexual.

Nota. Adaptado de *Contraindicaciones absolutas, relativas y efectos adversos más comunes de los medicamentos utilizados para la HTA*, por Ministerio de Salud Pública, 2019. Elaborado por el autor.

4.1.9.2.2. *Medicamentos combinados.* Se pueden combinar los medicamentos para el tratamiento de la HTA de la siguiente manera:

Figura 1.

Medicamentos combinados para el tratamiento de la HTA



Nota. Adaptado de *Posibles medicamentos combinados para el tratamiento de la HTA*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019. Elaborado por el autor.

- **Las líneas verdes continuas:** combinaciones preferidas
- **Línea verde discontinua:** combinación útil (con algunas limitaciones)

- **Líneas negras discontinuas:** combinaciones posibles, pero menos probadas
- **Línea roja continua:** combinación no recomendada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.2. Calidad de vida

4.2.1. Definición de calidad de vida. El concepto de calidad de vida se remonta al siglo XX, tras la segunda guerra mundial, identificando la calidad de vida con la capacidad de acceso a bienes materiales. En 1954 la Organización de las Naciones Unidas publicó un informe sobre la definición y medición de los niveles de vida, que incluyó indicadores sobre salud, nutrición, condiciones de trabajo, vivienda, ocio, seguridad, medio ambiente y educación. En las décadas de 1950 y 1960, el interés por el bienestar social y su medición creció y se conoció como el movimiento de indicadores sociales, caracterizado por ser una medida objetiva y normativa de una determinada población o grupo. A fines de la década de 1960 y 1970, el concepto de calidad de vida se asoció con conceptos que involucraban medidas subjetivas como la felicidad y la satisfacción individuales. La calidad de vida es un concepto complejo que refleja múltiples dominios como aspectos sociales, personales, objetivos y subjetivos, así como aspectos físicos, emocionales, educativos y profesionales. En medicina, el último siglo ha tenido importantes implicaciones por el aumento de las enfermedades crónicas y la posibilidad de su detección precoz y posterior tratamiento. Esto significaba extender la vida de pacientes que antes eran difíciles de vivir (Bautista Rodríguez, 2017).

Cuadro 6

Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida

Referencia	Definición propuesta
Ferrans (1990)	Calidad de vida general definida como bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL = NE \times (H + S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su

	hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultura y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin y Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, Mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida

Nota. Adaptado de calidad de vida: una revisión teórica del concepto de Urzúa & Caqueo Urizar, 2012. Elaborado por el autor.

La OMS define la calidad de vida como: “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.” (Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, 1994).

Mazo González y Muñoz Palacio (2019), definen a la calidad de vida como un estado de satisfacción general derivado de las potencialidades de una persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Los aspectos subjetivos incluyen intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. Como aspectos objetivos, el bienestar material, la

relación armoniosa con el entorno físico, social y comunitario, y la salud objetivamente percibida.

4.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) puede definirse como la percepción subjetiva de la influencia del estado de salud, 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 llevar a cabo aquellas actividades que afectan a su estado general de bienestar (Gálvez y otros, 2021).

Los modelos teórico conceptuales de la CVRS la definen como un continuum, donde se encuentran, por un lado, los factores biológicos y fisiológicos que se pueden evaluar de manera más objetiva, y por otro lado la calidad de vida está más directamente relacionada con las percepciones individuales. Salud y apoyo psicológico y social. Los factores biológicos y fisiológicos están asociados con los síntomas y son determinantes fundamentales del estado de salud. Cada paciente es único, haciendo realidad el viejo adagio: "No existe la enfermedad, solo el enfermo". Los pacientes son personas que realmente existen como sujetos personales y tangibles, personas que diagnosticamos, a veces tratamos y siempre tenemos que cuidar. La enfermedad, en cambio, es una categoría mental derivada del conocimiento de los enfermos e identificada por características comunes, observados en su etiología y fisiopatología (Riaño Galán, 2017).

La CVRS es un concepto abstracto, multidimensional, en gran parte subjetivo y estrechamente relacionado con la cultura, que considera la calidad de vida en términos del estado de salud. Los aspectos más fuertemente asociados con la CVRS son el funcionamiento físico, el funcionamiento emocional, el funcionamiento social, los roles funcionales, el funcionamiento cognitivo y las percepciones generales de salud y bienestar. La CVRS se asoció originalmente con la función física, pero en las últimas décadas los componentes subjetivos y emocionales han cobrado mayor importancia, y en ocasiones se utiliza como sinónimo de salud percibida. (Garzón Maldonado y otros, 2017).

Las dimensiones utilizadas más frecuentemente cuando se estudia la CVRS son las siguientes:

Funcionamiento físico: incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye preguntas típicas sobre la fuerza muscular, y la capacidad de realizar las actividades diarias habituales.

Bienestar psicológico: recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. También recoge la vitalidad y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

Estado emocional: suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico.

Dolor: evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana.

Funcionamiento social: evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.

Percepción general de la salud: valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar (Rivera Rojas y otros, 2017).

Incorporar la medición de la CVRS a nivel individual permite mejorar la valoración global de la salud de las personas, evaluar la eficacia de algunas intervenciones, orientar el desarrollo de nuevos tratamientos o cambiar el enfoque de la atención en salud. Por otro lado, el conocimiento de la CVRS en la comunidad en general proporciona una visión más amplia de la percepción de los pobladores sobre la calidad de vida que puede orientar la política pública de promoción de la salud y prevención de enfermedades en esa comunidad (Cáceres Manrique y otros, 2018).

Existen instrumentos genéricos y específicos de enfermedad para valorar y monitorizar el estado de salud auto percibido por los pacientes. Los instrumentos específicos son desarrollados para evaluar el impacto de una enfermedad sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) auto percibida y muestran una mayor sensibilidad y capacidad discriminante en esa enfermedad en particular. Los instrumentos genéricos como el SF-36 pueden ser utilizados tanto en población general como en pacientes con cualquier tipo de enfermedad. La menor sensibilidad al cambio de los instrumentos genéricos en una enfermedad concreta se ve compensada al permitir comparaciones entre sujetos afectados por diferentes enfermedades o con la población general, siendo de especial interés en las encuestas de salud y en planificación sanitaria (Sánchez López y otros, 2017).

4.2.3. Cuestionario CHAL. El interés actual que existe sobre la medición de la calidad de vida en el área de la Salud (CVRS) tiene como origen la preocupación en el proceso de atención sanitaria y la calidad de los resultados que este servicio puede brindar. Esta preocupación se ha hecho mucho más grande en los grupos de pacientes con enfermedades de tipo crónico como es el caso de la hipertensión. Por ejemplo, este fenómeno de preocupación,

puede llegar a repercutir en la minimización de los efectos secundarios asociados al tratamiento y la mejora global de la calidad de vida del paciente hipertenso, propósitos que día a día se han venido buscando en este tipo de pacientes.

Los cuestionarios son los instrumentos habitualmente utilizados para la medición de la CVRS. Existen instrumentos genéricos que han mostrado tener unas buenas propiedades de medición. Sin embargo, para evaluar la CVRS en el paciente hipertenso, es necesaria la utilización de instrumentos específicos para la HTA, y cuyas propiedades de medición (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio) sean robustas.

El Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) es un instrumento validado con la finalidad de evaluar la CVRS en este grupo de pacientes que permita, además, determinar la relación existente entre la CVRS y las variables clínicas (Roca-Cusachs y otros, 2001).

5.2.3.1. Descripción del cuestionario. El desarrollo final del cuestionario de salud para la HTA (Anexo 10) consistió en una versión de 55 ítems agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems. Además, se mejoraron las instrucciones de administración del cuestionario y el formato de respuesta con el fin de facilitar la comprensión y la realización del mismo por parte del paciente. La respuesta a los ítems se obtiene mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y permiten obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones (Dalfó i Baqué y otros, 2002).

5. Metodología

5.1. Área de estudio

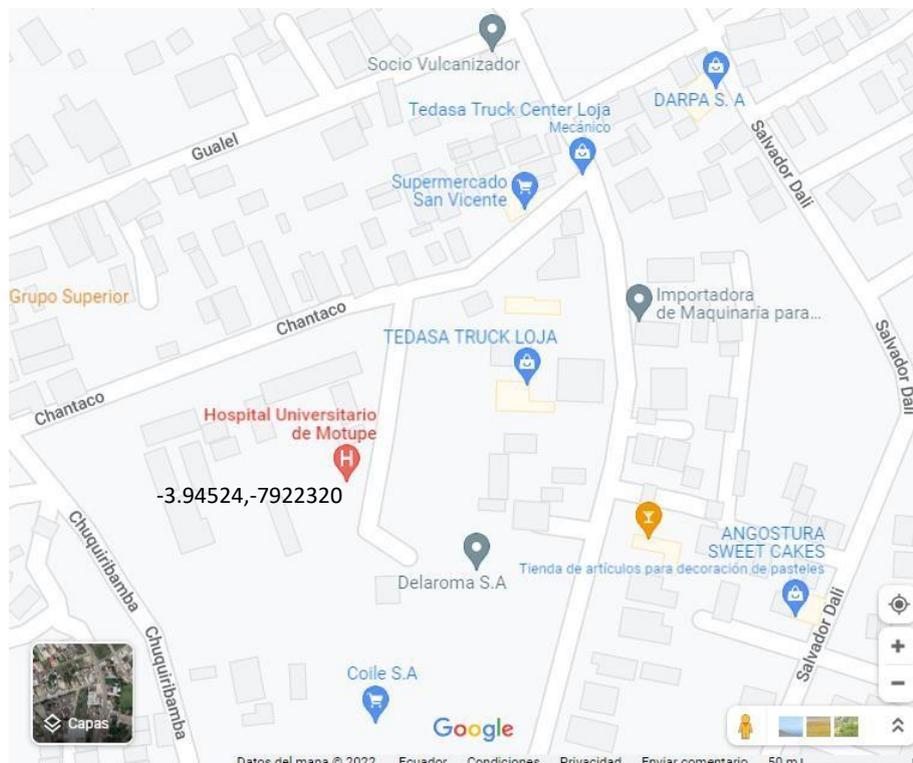


Figura 2. Mapa del área de estudio. Adaptado de Google Maps, 2022. Elaborado por el autor.

Centro de salud universitario de Motupe de la ciudad de Loja (coordenadas: -3.9448444945388395, -79.22316404870823), ubicado en el cantón Loja y parroquia urbana Carigán, calle principal Chantaco y secundaria avenida Chuquiribamba.

5.2. Tipo de estudio

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, de cohorte transversal prospectivo.

5.3. Período

Septiembre 2020 a junio 2022

5.4. Universo

Constituido por los pacientes hipertensos que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja. En este servicio se atiende un promedio de 133 pacientes mensuales.

5.5. Muestra Se obtuvo el tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95%, una desviación estándar del 0,5%, puntuación Z de 1.96 y un margen de error de +/- 5%, obteniéndose:

$$Tamaño\ de\ muestra = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{e^2}{e^2 N}\right)}$$

$$Tamaño\ de\ muestra = \frac{\frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}{0,05^2}}{1 + \left(\frac{0,05^2}{0,05^2 133}\right)}$$

$$Tamaño\ de\ muestra = 99$$

- **Tamaño de la muestra:** 99 pacientes.
- **Muestreo:** Aleatorio simple.

5.6. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años que padecen de hipertensión arterial y que son atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de Loja.
- Pacientes que no presenten comorbilidades.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

5.7. Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que no pertenecen al Centro de Salud Universitario de Motupe de Loja.

5.8. Técnicas

Para la recolección de datos, en primera instancia se explicó a los pacientes acerca del estudio y se despejó cualquier duda respecto a este. A continuación, se solicitó a los pacientes su autorización a participar en el estudio y la firma del consentimiento informado elaborado por la Organización mundial de la Salud, una vez firmado por los participantes que accedieron a formar parte del estudio se procedió a recoger las variables sociodemográficas a través de una hoja de recolección de datos, la cual fue completada por el investigador inmediatamente después de interrogar en cada uno de los apartados de la misma. Una vez finalizada la

recolección de los datos sociodemográficos, se explicó a los pacientes el cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial y su respectiva escala para luego proceder a completar el test por parte del investigador inmediatamente después de cuestionar en cada uno de sus apartados y marcando en la casilla correspondiente con las experiencias de los pacientes.

5.9. Instrumentos

- **Consentimiento informado (Anexo 8).** Elaborado por el comité de ética de la Organización Mundial de la Salud, el cual redacta y explica que el presente proyecto tiene como finalidad abordar una problemática vinculada a la salud de los pacientes hipertensos y busca determinar la calidad de vida en los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja. Una vez explicado y entendido, el paciente que desee formar parte del estudio deberá firmar el consentimiento informado, autorizando su participación en el mismo.
- **Hoja de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 9).** Autoría del investigador, este instrumento permitió reunir y clasificar la información básica y útil del participante, constó de 5 apartados con diferentes opciones en los que se incluyeron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación.
- **Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial CHAL (Anexo 10).** Instrumento desarrollado y validado por Roca-Cusachs para la evaluar la calidad de vida relacionada con la hipertensión. Constó de 55 ítems agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems. La respuesta a los ítems se obtuvo mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntuaron de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y permitieron obtener una puntuación global de 0 a 165. Las puntuaciones más bajas indican mejor nivel de calidad de vida, considerando una puntuación de 0-41= muy buena, 42-82= buena, 83-123= regular y 124 – 165 mala calidad de vida.

5.10. Plan de tabulación y análisis de datos

Se realizó una base a partir de las respuestas obtenidas de los cuestionarios aplicados a los participantes, la misma que fue analizada en el programa Excel. Para el análisis univariado se utilizaron promedios y desviaciones estándar para las variables cualitativas y porcentajes para las variables cuantitativas. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba Chi cuadrado con un valor alfa de 0,05 y Odds ratio con intervalo de confianza del 95% .

5.11. Procedimientos:

1. Revisión bibliográfica.
2. Elaboración del proyecto de investigación.
3. Se solicitó aprobación del proyecto de investigación a la gestora de la carrera de Medicina (Anexo 1).
4. Se solicitó pertinencia y director de trabajo de titulación a la gestora de carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja (Anexo 2 y 3).
5. Se solicitó de autorización para realizar la investigación por parte del gestor de la carrera al Centro de Salud Universitario de Motupe (Anexo 6).
6. Socialización de la investigación a las autoridades de la institución donde se realizó la investigación.
7. Se identificó a los pacientes, se les socializó el proyecto y a la vez se pidió su colaboración para la recolección de la información.
8. Se socializó el consentimiento informado (Anexo 8), la hoja de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 9) y el CHAL (Anexo 10) que serán aplicados
9. Recolección de datos y aplicación del CHAL a la población de estudio.
10. Tabulación de la información.
11. Análisis estadístico.
12. Redacción del informe final.
13. Solicitar tribunal para la disertación privada y pública del trabajo de investigación

6. Resultados

8.1. Resultados para el primer objetivo

Caracterizar socio-demográficamente a pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe

En la tabla 1 se presenta los resultados de la caracterización sociodemográfica de los de los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario Motupe.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los de los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario Motupe.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	
Edad	20 - 29	1	1,0%
	30 - 39	6	6,1%
	40 - 49	16	16,2%
	50 - 59	18	18,2%
	60 - 69	27	27,3%
	70 - 79	21	21,2%
	>80	10	10,1%
Sexo	Femenino	63	63,6 %
	Masculino	36	36,4%
Estado Civil	Soltero	13	13,1%
	Casado	54	54,5%
	Viudo	23	23,2%
	Divorciado	6	6,1%
	Unión libre	3	3,0%
Escolaridad	Sin estudios	15	15,2%
	Primaria	33	33,3%
	Secundaria	29	29,3%
	Superior	22	22,2%
Ocupación	Fuera de casa	38	38,4%
	Dentro de casa	61	61,6%

Fuente: hoja de recolección de datos. Elaborada por el autor.

El grupo con mayor frecuencia lo integran los pacientes de edades entre 60 y 69 años con el 27,3% (27/99), mientras que la menor frecuencia lo agrupan pacientes de edades entre 20 y 29

años con el 1% (1/99); el 63,6% (63/99) de los pacientes fueron de sexo femenino y el 36,4 (36/99) de sexo masculino; los casados representan un 54,5% (54/99) de la población, donde la población en unión libre es mínima representando un 3% (3/99); la mayoría de la población tiene una instrucción primaria completa en un 33,3% (33/99), siendo la población sin estudios la más baja con un 15,2% (15/99); En referencia a la ocupación, un 38,4% (38/99) trabaja fuera de casa y un 61,6% (61/99) lo hace dentro de casa.

8.2. Resultados para el segundo objetivo

Identificar el tipo de calidad de vida en los pacientes hipertensos.

En la tabla 2 se presenta los resultados de la clasificación de la calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe

Tabla 2. Clasificación de la calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	48	48,48%
Buena	26	26,26%
Regular	24	24,24%
Mala	1	1,01%
Total	99	100,0%

Fuente: hoja de recolección de datos. Elaborada por el autor.

La encuesta presenta 4 parámetros de calificación, que se dividen en: muy buena, buena, regular y mala, de las cuales el 48,48% (48/99) de los pacientes presentan una muy buena calidad de vida, seguido de un 26,6% (26/99) que presentan una buena calidad de vida, a la cual le sucede un 24,24% (24/99) correspondiente a regular calidad de vida, ulteriormente se encuentra un 1,01% (1/99) que presenta una mala calidad de vida. Llama la atención que la mayoría de la población de estudio presenta una buena calidad de vida, demostrando que estos pacientes llevan un correcto control de su enfermedad.

Se realizó un agrupamiento entre las respuestas para obtener únicamente 2 variables y determinar si el paciente tiene buena o mala calidad de vida, para determinar si el paciente presenta buena calidad de vida se unió las respuestas excelente y buena, mientras que para determinar si el paciente presenta mala calidad de vida se agrupó a las respuestas regular y mala. Los resultados posteriores a la agrupación fueron los siguientes: el 74,7% (74/99) de los pacientes tuvieron una buena calidad de vida, mientras que el 25,3% (25/99) de los pacientes tuvieron una mala

calidad de vida.

En el análisis de las estadísticas descriptivas de las variables de estudio, se evidencia que en la variable estado de ánimo la media es de 35,11 con un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 84; mientras que en la variable manifestaciones somáticas la media es de 17,14 con un valor mínimo de 0 y máximo de 49.

8.2. Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre las características sociodemográficas y la calidad de vida en los pacientes hipertensos.

En la tabla 3 se presenta los resultados correspondientes a la relación entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida de los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe

Tabla 3. Relación entre las variables sociodemográficas y calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe.

Variables sociodemográficas		Calidad de vida			
		Mala		Buena	
		Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Sexo	Masculino	12	12,1%	24	24,3%
	Femenino	13	13,1%	50	50,5%
Edad	20-29 años	0	0,0%	1	1,0%
	30-39 años	1	1,0%	5	5,1%
	40-49 años	5	5,1%	11	11,1%
	50-59 años	6	6,1%	12	12,1%
	60-69 años	7	7,1%	20	20,2%
	70-79 años	5	5,0%	16	16,2%
	Mayor 80 años	1	1,0%	9	9,1%
Estado civil	Soltero	0	0,0%	13	13,1%
	Casado	13	13,1%	41	41,3%
	Viudo	8	8,1%	15	15,2%
	Divorciado	3	3,0%	3	3,0%
	Unión Libre	2	2,1%	1	1,0%

	Sin estudios	6	6,1%	9	9,1%
Escolaridad	Primaria	5	5,0%	28	28,3%
	Secundaria	8	8,1%	21	21,1%
	Superior	6	6,1%	16	16,2%
Ocupación	Fuera de casa	13	13,1%	25	25,3%
	Dentro de casa	12	12,1%	49	49,5%

Fuente: hoja de recolección de datos. Elaborada por el autor.

El grupo mayoritario lo integran los pacientes con buena calidad de vida de sexo femenino con el 50,5% (50/99), de edades entre los 60-69 años con el 20,2% (20/99), casados en un 41,3% (41/99), con estudios primarios en un 28,3% (28/99) y con ocupación dentro de casa con el 49,5% (49/99).

Se realizó el análisis bivariado mediante la utilización de la prueba chi cuadrado con un valor alfa de 0,05. Los resultados obtenidos revelan que no existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y las variables de sexo ($P=0,161$), edad ($P=0,83$), escolaridad ($P=0,302$) y ocupación ($P=0,105$). Por otro lado, se observa una relación estadísticamente significativa entre las variables calidad de vida y estado civil ($P=0,042$).

Para el cálculo del Odds Ratio (OR) se agrupó a las variables pertenecientes al sexo de los pacientes, siendo estas masculino y femenino. Según los resultados analizados los pacientes masculinos presentan un riesgo del 1,923 veces mayor de tener mala calidad de vida en relación a las pacientes femeninas.

Para calcular la fuerza de asociación entre las variables edad y calidad de vida, se decidió obtener la media de edad, cuyo valor es de 61,92 años que redondeando la cifra se obtiene la edad de 62 años. Posteriormente se agrupó a los pacientes en dos categorías: “ ≥ 62 años” y “ < 62 años”. Según los resultados del cálculo del OR, se obtiene que los pacientes menores de 62 años tienen 2,33 veces más de riesgo de tener una mala calidad de vida en comparación a los pacientes de 62 años o más.

Para calcular el OR entre estado civil y calidad de vida, se decidió agrupar a los pacientes en las categorías “con pareja” que incluyen a pacientes casados y en unión libre y “sin pareja” que incluyen a pacientes solteros, divorciados y viudos. Los resultados del cálculo del OR (1,00) revelan que tener o no tener pareja es un factor indiferente para presentar una buena o mala calidad de vida.

Para calcular el OR entre grado de instrucción y calidad de vida se decidió agrupar a los

pacientes en dos categorías, la primera es la escolaridad en la cual se incluyen a pacientes que tengan cualquier nivel de escolaridad ya sea primaria, secundaria o superior. La segunda categoría corresponde a sin escolaridad, que incluye a pacientes sin estudios. Según los

resultados del cálculo del OR (0,438), se indica que los pacientes que tienen cualquier nivel de estudios tienen menor riesgo de presentar una mala calidad de vida a diferencia de los pacientes que no tienen escolaridad alguna. Por lo tanto, tener algún nivel de escolaridad es un factor protector frente a una mala calidad de vida.

De los resultados del OR entre ocupación y calidad de vida (0,438) revelaron que los pacientes que trabajan fuera de casa tienen menor riesgo de presentar una mala calidad de vida a diferencia de los pacientes que trabajan dentro de casa.

7. Discusión

La salud es uno de los factores más influyentes dentro de la calidad de vida y de cómo los pacientes perciben esta, además de ser una herramienta para el personal de salud en el ámbito de prevención, así como de evaluar el curso de una enfermedad en la vida de los pacientes crónicos. Los cambios en hábitos alimenticios, ejercicio, sedentarismo, tabaquismo y consumo de alcohol son factores importantes en tema de prevención de la hipertensión arterial, así como para un óptimo control en pacientes con un diagnóstico ya establecido. Por esta razón es importante ahondar en el comportamiento, apoyo emocional, manifestaciones somáticas y la capacidad del paciente para iniciar y mantener cambios en su estilo de vida que influyen en el control de su enfermedad para de esta manera poder tener una adecuada calidad de vida

Esta sección está destinada a comparar los resultados del presente estudio con investigaciones similares anteriores, esto con la finalidad de analizar los aspectos más relevantes, estableciendo similitudes y diferencias. Este estudio provee información acerca de la calidad de vida de los pacientes que presentan hipertensión arterial atendidos en el centro de salud universitario de Motupe y la relación existente con sus factores sociodemográficos, así como la influencia de estos sobre su estado de ánimo y sus manifestaciones somáticas.

Según el informe de Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) señala que a nivel mundial uno de cada diez adultos sufre de diabetes y uno de cada tres padece de hipertensión arterial, condición responsable de la mitad de las muertes por infartos y enfermedades del corazón, esto ha sido considerado un factor de riesgo significativo para el desarrollo de otras enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Cabe destacar que los hombres tienen mayor predisposición a desarrollar esta enfermedad, situación que se modifica cuando las mujeres llegan a la etapa de la menopausia, porque la frecuencia se iguala entre ambos sexos.

Un estudio realizado en La Habana Cuba, a un grupo de 193 pacientes hipertensos, obtuvo que la mayoría de los pacientes presentaron edad entre 40 y 59 años con un 48,7% y de sexo femenino con el 58,3% (Rivera Ledesma y otros, 2018). En otro estudio Vitón y otros (2018), en concordancia con el estudio mencionado anteriormente, encontraron que la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino con un 57,25% y de edades entre los 50 y 59 años con el 40%.

Una investigación realizada en la provincia de Azuay (Carrión Contreras y otros, 2021) según la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida (CHAL) encontró que el 56% son mujeres, mientras que el 44% son hombres, encontrándose una concordancia con los estudios

anteriormente mencionados. Además, el grupo de edad afectado con mayor frecuencia es el de 64 a 74 años con el 29%. Adicionalmente se encontró una mala calidad de vida de estos pacientes, con una media de 51 y para la dimensión de estado de ánimo y para las manifestaciones somáticas una media de 27.

En comparación a la investigación anterior, existe una similitud de acuerdo al grupo predominante del sexo femenino en 63,6% y en menor porcentaje el sexo masculino con el 36,4%, siendo el grupo mayormente afectado el de los adultos mayores con cifras que ascienden al 58,6%, aspecto en el que difiere con los estudios realizados en Cuba. Esto demuestra que a mayores rangos de edad mayor es el riesgo de padecer HTA. Además, en el presente estudio se ha encontrado una buena calidad de vida en el 74,7% de los pacientes, con medias inferiores en las dimensiones de Estado de ánimo (35,11) y manifestaciones somáticas (17,14) en comparación a los pacientes Azuayos, lo que refleja una mejor calidad de vida en los pacientes del presente estudio.

Diversos autores señalan factores específicos que contribuyen a la disminución de la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Estudios internacionales realizados por Kaliyaperumal (2017) y Katsi (2017) muestran un impacto significativo en la edad, el sexo femenino, grado de instrucción, la duración de la enfermedad, el número de medicamentos tomados y la presión sistólica como factores influyentes en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión. Además, un estudio realizado por Sawicka y otros (2016) también demostró una relación significativa entre el deterioro de la calidad de vida en personas mayores de 60 años y el sexo masculino.

Un estudio realizado en la ciudad de Quito se contrapone con la investigación mencionada anteriormente ya que no se encontró relación entre las variables de edad, sexo y escolaridad con la calidad de vida, sin embargo, se encontró que el estado civil influye sobre la calidad de vida de un paciente. (Galárraga Sánchez y otros, 2014). Este estudio confirma los resultados encontrados replicando la independencia de las variables sexo y edad con la calidad de vida, asimismo existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la calidad de vida, sin embargo, el hecho de tener o no pareja no influye sobre la calidad de vida en los pacientes hipertensos de este estudio. Por otro lado, se evidenció que los pacientes masculinos y los pacientes menores de 62 años presentan mayor riesgo de presentar una mala calidad de vida.

La muestra se limitó al centro de salud universitario Motupe, por lo que, los resultados del estudio no se pueden generalizar a toda la población de pacientes con hipertensión arterial. Además, estos son pacientes que acuden regularmente a control por lo que es probable que por esta razón se encuentre una calidad de vida en general favorable.

Otra probable limitación para el estudio es la información proporcionada por los pacientes, esta puede tener cierto sesgo debido a que muchos de los pacientes les es incómodo manifestar que experimentan algún problema.

8. Conclusiones

La mayor parte de la población en la investigación la integraron personas del sexo femenino, adultos mayores, casados, con estudios primarios y ocupación dentro de casa.

Se identificó que la mayor parte de la población del estudio presentó una buena calidad de vida con un 74,7%, siendo la media de las variables de estudio del CHAL de 35,11 para estado de ánimo (EA) y 17,14 en caso de las manifestaciones somáticas (MS).

Se estableció que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas de sexo, edad, escolaridad y ocupación sobre la calidad de vida que presenten los pacientes de la población de estudio, no siendo así para la variable de estado civil, la cual sí incide sobre una buena o mala calidad de vida. Además, se determinó que los grupos con mayor riesgo a presentar una mala calidad de vida fue el de los pacientes masculinos y menores a 62 años. Por otro lado, se encontró que el trabajar fuera de casa es un factor protector frente a una mala calidad de vida.

9. Recomendaciones

Tomando en cuenta los objetivos y conclusiones de esta investigación, se recomienda al personal sanitario:

Continuar estudios acerca de la calidad de vida en pacientes hipertensos en distintas poblaciones con el fin de comparar y generalizar los resultados obtenidos.

Insistir en cada consulta médica sobre los beneficios a corto y largo plazo de la adherencia a las recomendaciones de dieta, ejercicio y cambios en el estilo de vida sin dejar de lado la terapia farmacológica, a fin de obtener una mejoría sustancial en la calidad de vida.

Asegurar, en medida de lo posible, que las personas con hipertensión arterial tengan sus propias estructuras de apoyo, tales como miembros de familia, cónyuge, amigos y compañeros de trabajo. Se debe asegurar que la persona que sirva de apoyo para el paciente también tenga claros los conocimientos y percepciones sobre esta patología y su tratamiento, para contribuir en la mejoría de su calidad de vida.

10. Bibliografía

ACC/AHA. (Junio de 2018). 2017

ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. *Hypertension*, e13-e115.

<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>

Bakris, G. L. (12 de marzo de 2021). *Hipertensión*. Manual MSD versión para profesionales:

https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n#v932218_es

Bautista Rodríguez, L. M. (2017). La calidad de vida como concepto. *Revista ciencia y cuidado*, 14(1), 5-8.

Cáceres Manrique, F., Parra Prada, L. M., & Pico Espinosa, O. J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 147-154.

<https://doi.org/https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.43391>

Carrión Contreras, M. P., Mesa Cano, I. C., Ramírez Coronel, A. A., & Jaya Vásquez, L. C. (2021). Adherence to antihypertensive treatment and quality of life in adults Nabón. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 298-307.

<https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.5039502>

Castells Bescós, E., Boscá Crespo, A., García Arias, C., & Sánchez Chaparro, M. Á. (19 de Abril de 2020). *Hipertensión arterial*. El médico interactivo: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.medynet.com/usuarios/jraguilard/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf

Dalfó i Baqué, A., Badía i Llach, X., & Roca Cusachs, A. (2002). Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). *Cuestionarios en atención primaria*, 114-121.

De Leeuw, P., Bisognano, J., Bakris, G., Nadim, M., Haller, H., & Kroon, A. (2017).

Sustained Reduction of Blood Pressure With Baroreceptor Activation Therapy. *Hypertension*, 69(5), 782-784.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09086>

Delucchi, A. M., Majul, C. R., Vicario, A., Cerezo, G. H., & Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión

- arterial en la Argentina. *Revista argentina de cardiología*, 85(4), 354 - 360.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i4.11061>
- Díaz Martínez, J. (2020). Patogenia de la hipertensión arterial primaria. Causas de hipertensión arterial secundaria. En M. Arias Rodríguez, P. Aijama García, J. Egido de los Ríos, S. Lamas Peláez, M. Praga Terente, & D. Serón Mica, *Hernando Nefrología Clínica* (págs. 277-287). Editorial Médica Panamericana.
- Díaz, A. (2018). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde la promoción de espacios saludables. Baños: OPS/OMS.
- Galárraga Sánchez, M., Cevallos, N., & Cabezas, P. (2014). *Determinación de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial mediante la aplicación del instrumento (CHAL) en el subcentro de salud de San Juan durante el periodo mayo – junio de 2014*. Quito: PUCE.
- Gálvez, I., Cáceres León, M. C., Guerrero Martín, J., López Jurado, C. F., & Durán Gómez, N. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus en una zona básica de salud. *Enfermería clínica*, 31(5), 313-322.
- Garzón Maldonado, F. J., Gutiérrez Bedmar, M., García Casares, N., Pérez Errázquin , F., Gallardo Tur, A., & Martínez Valle, M. D. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 32(8), 508-515. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.023>
- Gijón Conde, T., Gorostidi, M., Camafort, M., Abad Cardiel , M., Martín Rioboo, E., Morales Olivas F, & Vinyoles, E. (2018). Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertensión y riesgo vascular*, 01-11.
- Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. (1994). protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life Assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Research*, 153-159.
- Guija Villa, E. (2017). *Traducción de los puntos destacados de las guías estadounidenses de hipertensión arterial 2017*. Madrid: semFYC.
- Hall, M. E., & Hall, J. E. (2018). Pathogenesis of Hypertension. En G. L. Bakris, & M. Sorrentino, *Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease* (págs. 33-51). Elsevier.

- Kaliyaperumal, S., Binitha Hari, S., Kumar Siddela, P., & Yadala, S. (2017). Assessment of Quality of Life in Hypertensive Patients. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 6(5), 143-147. <https://doi.org/10.7324/JAPS.2016.60522>
- Katsi, V., Kallistratos, M. S., Kontoangelos, K., Sakkas, P., Souliotis, K., Tsioufis, C., Nihoyannopoulos, P., Papadimitriou, G. N., & Tousoulis, D. (2017). Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. *Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life*, 8(1), 1-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00270>
- Khaddaj, R., John, C. M., Kendrick, D., & Braun, A. (2017). The vascular endothelium: A regulator of arterial tone and interface for the immune system. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 54(7), 458-470. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10408363.2017.1394267>
- Martínez, C., Guillen, M., Dana, Q., Cajilema, B., Carche, L., & Inga, K. (2021). Prevalencia, factores de riesgo y clínica asociada a la hipertensión arterial en adultos mayores en. *Revista científica dominio en las ciencias*, 7(4), 2190-2196. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4.2219>
- Mazo González, Y. I., & Muñoz Palacio, Y. P. (2019). Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. *Revista Poiésis*, 36(1), 98-110. <https://doi.org/https://doi.org/10.21501/16920945.3192>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Información estadística de producción de salud - Producción 2016*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Hipertensión arterial Guía de Práctica clínica*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Muñoz, M., Loch, M., & Rigo, A. (2019). Factores asociados al no diagnóstico de hipertensión o diabetes en brasileños ≥ 40 años. *Revista chilena de nutrición*, 46(3), 336-342. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300336>
- Nadella, V., & Howell, S. J. (2019). Hypertension: pathophysiology and perioperative implications. *BJA Education*, 15(6), 275 - 279. <https://doi.org/doi:10.1093/bjaceaccp/mkv001>
- National Library of medicine. (2018). *Secondary causes of Hypertension*. EBSCO information Services.
- Oparil, S., Acelajado, M. C., Bakris, G. L., Berlowitz, D. R., Cifková, R., Dominiczak, A. F., Grassi, G., Jordan, J., Poulter, N. R., Rodgers, A., & Whelton, P. K. (2018).

- Hypertension. *Nature Reviews Disease Primers*, 22(4), 1-48.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.14>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. Ginebra: WHO Document Production Services.
- Organización mundial de la salud. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Organización mundial de la salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (17 de 05 de 2017). OPS. Día Mundial de la Hipertensión: Conoce tus números:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
- Ortiz, R., Bermúdez, V., Guzmán, J., Silva, J., Torres, M., Carvajal, J., Erika, T., Cruz, T., & Espinoza, C. (2017). Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador. *Revista latinoamericana de hipertensión*, 12(5), 109-118.
- Ortiz, R., Torres, M., Sigüencia, W., Añez, R., Salazar, J., & Rojas, J. (2016). Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 248-255.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2214>
- Pilataxi, Y., & Fors, M. (2022). Asociación entre la hipertensión arterial y factores de riesgo modificables en sujetos de la población de “La bota” Quito, 2017. *Revista Bionatura*, 5(4), 1309-1313. <https://doi.org/DOI.10.21931/RB/2020.05.04.6>
- Ramón Soto, J. (2018). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Revista médica Clínica Las Condes*, 29(1), 61-68.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.001>
- Revueltas, M., Molina, E., Benítez, M., Hinojosa, M., Venero, S., & Betancourt, J. (2021). Caracterización de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial en Cuba, decenio 2009- 2018 . *Revista Habanera de Ciencias Médicas* , 2(20), 1-14.
- Riaño Galán, I. (2017). Calidad de vida en enfermedades endocrinológicas. *Revista española de endocrinología pediátrica*, 8(1), 86-93.
- Rivera Ledesma , E., Junco Arévalo, J. V., Flores Martínez, M., Fornaris Hernández, A., Ledesma Santiago, R. M., & Alfonso Pereda, Y. (2018). Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(3), 1-16.

- Rivera Rojas, F., Ceballos Vásquez, P., & Vilchez Barboza, V. (2017). Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: Conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Index de enfermería*, 26(1), 58-61.
- Roca-Cusachs, A., Dalfó, A., Badia, X., Aristegui, I., & Roset, M. (2001). Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *Journal of Hypertension*, 19(10), 1913 - 1919. <https://doi.org/10.1097/00004872-200110000-00028>
- Rukavina, N., Kouyumdzian, N., Del Mauro, J., Gironacci, M., Puyó, A., Toblli, J., FERNÁNDEZ, B., & Choi, M. (2018). La alteración de sistemas natriuréticos renales se asocia con el desarrollo de hipertensión arterial y precede en el tiempo a la aparición de daño renal en un modelo de síndrome metabólico. *Revista argentina de cardiología*, 86(1), 8-14.
- Sánchez López, C. R., Perestelo Pérez, A., Escobar, J., López Bastida, J., & Serrano Aguilar, P. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ataxias espinocerebelosas. *Neurología*, 32(3), 143-151. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.09.002>
- Sawicka, K., Wieczorek, A., Łuczyk, R., Wawryniak, A., & Prasał, M. (2016). Evaluation of selected aspects of the quality of life in patients with hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(11), 161-178. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.164945>
- Sorrentino, M., & Bakris, G. (2018). Approach to Difficult to Manage Primary Hypertension. En G. L. Bakris, *Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease* (págs. 281-287). Elsevier.
- Tagle, R. (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista médica clínica Las Condes*, 12-20.
- Tagle, R. (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista médica Clínica Las Condes*, 29(1), 12-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.12.005>
- Vitón Castillo, A. A., Germán Flores, L., & Quintana Pereda, R. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en el consultorio médico 21. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 9(1), 90-98.
- Wick, N., Matus, M., Kearney, S., Scott, O., Forslund, K., Bartolomaeus, H., & Haase, S. (2017). Salt-responsive gut commensal modulates TH17 axis and disease. *Nature*, 589(551), 585. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/nature24628>

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación del tema de titulación

		Universidad Nacional	CARRERA DE MEDICINA	Facultad de la Salud
---	---	-------------------------	---------------------	-------------------------

MEMORÁNDUM Nro.0165 CCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 21 de agosto de 2020

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS

En atención a la comunicación presentada en esta Dirección de la **Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel**, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se **aprueba el TEMA** del proyecto de tesis denominado: **"Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja"**, por consiguiente el estudiante deberá presentar el perfil de proyecto de investigación y solicitar su pertinencia.

Atentamente,


Firmado digitalmente por:
**TANIA VERÓNICA
CARRERA FARRA**

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo; Estudiante;

/Bcastillo.

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 2. Pertinencia del tema de titulación



unl

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0367 CCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de noviembre 2020

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente me permito informarle sobre proyecto de investigación: **Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud Héroes del Cenepa de Loja**, y que será desarrollado por el estudiante **Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel**, de la Carrera de Medicina Humana, de acuerdo a la comunicación suscrita por el **Dr. Ángel V. Ortega Gutiérrez**, quien manifiesta que, si cumple con los requisitos para su pertinencia siempre y cuando logre con todo lo planteado por él, y que es muy interesante y útil para la ciencia investigativa. por lo tanto, es **PERTINENTE** y puede continuar con su desarrollo, el estudiante puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA FARFA

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.

/Bcastillo.

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 3. Asignación de director de trabajo de titulación.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0399 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Ángel V. Ortega Gutiérrez.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA.

DE: Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 01 de diciembre de 2020

ASUNTO: **DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema "**Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja**", autoría del Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo; Director de tesis; estudiante.

/B.castillo.

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 - 57 1379 Ext. 102

Anexo 4. Asignación de nuevo director de trabajo de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0024-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 05 de Enero de 2022

Dr. Cristian Galarza
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 nuevo/a Director/a de tesis del tema: **“Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja”**, autoría del **Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel**, ante el sensible e inesperado fallecimiento del Dr. Vicente Ortega (anterior director).

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CARRERA PARRA

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

Anexo 5. Modificación de tema de trabajo de titulación.



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0794-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 13 de Abril de 2022

Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación denominado: **"Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Janeth Remache, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, con fecha 12 de Abril de 2022, propone la modificación del tema por el siguiente: **"Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja"**; debido a que el Centro de Salud anterior no le permito la recolección de los datos.

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede autorizar la **modificación del tema**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



MARIA ESTHER
REYES
RODRIGUEZ

Dra. María Esther Reyes
DIRECTORA (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c. - Archivo.
MERR/NOT

Anexo 6. Autorización para recolección de datos



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0973-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 11 de Mayo de 2022

Dr. Ángel Gabriel Acaro Loayza
DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO MOTUPE
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa se digne conceder su autorización al **Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para poder entrevistar a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario Motupe; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: **“Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja”**; trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Cristian Galarza**, Catedrático de nuestra Carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



firmado con Certificación por:
TANIA VERÓNICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
Contacto del Estudiante: celular: 0988420612, correo: cmmaldonadop@unl.edu.ec
C.c.- Archivo.
TVCPNOT

Anexo 7. Certificación de resumen en inglés

Loja, 05 de agosto de 2022

Mg.

Katherine Alexandra López López

MAGÍSTER EN ENSEÑANZA DE INGLÉS COMO IDIOMA EXTRANJERO

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español a inglés del resumen derivado de la tesis denominada **“Calidad de vida en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe de la ciudad de Loja”**. De autoría del señor: **CARLOS MIGUEL MALDONADO PROCEL**, portador de la cédula de identidad número: **1104351256**, estudiante de la carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección del doctor Dr. Cristian Galarza Sánchez. Mg. Sc. previo a la obtención del título de Médico general.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.

Mg. Katherine López

Docente Inglés

Anexo 8. Consentimiento informado

Consentimiento informado:



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los pacientes con diagnóstico de hipertensión atendidos en el centro de salud universitario de Motupe, a quienes invito a participar en el presente estudio cuyo tema es: Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja

Tesista: Carlos Maldonado Procel

Director de trabajo de titulación: Dr. Cristian Galarza.

Introducción:

Yo, Carlos Miguel Maldonado Procel, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, con cédula de ciudadanía n° 1104351257, me encuentro realizando un estudio que busca determinar la calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja., motivo por el cual pongo a su disposición la información pertinente y a su vez le invito a participar de este estudio.

Propósito

Determinar la calidad de vida en los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja

Tipo de intervención de la investigación:

La presente investigación incluirá datos personales y la aplicación de un cuestionario.

Selección de participantes:

La población que ha sido seleccionadas para el presente estudio son los pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud universitario de Motupe.

Confidencialidad

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho de negarse o retirarse

Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad.

A quien contactar

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla al siguiente correo electrónico cmmaldonadop@unl.edu.ec o al celular 0988420612.

He sido informado/a de manera muy clara y oportuna sobre esta investigación. Entiendo que no sufriré daño alguno a mi persona. Soy consciente de los beneficios que se obtendrá con la aportación en este proyecto. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.

¿Desea participar? SI ___ NO ___

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha (Día /Mes/Año) _____

Anexo 9. Hoja de recolección de datos sociodemográficos



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

A continuación, se presenta un segmento mismo que consta de 6 ítems, por favor marque el casillero con la respuesta que usted considere oportuna.

Nombre				
Código				
Sexo	Masculino		Femenino	
Edad				
Estado civil	Soltero			
	Casado		Divorciado	
	Viudo		Unión Libre	
Escolaridad	Sin estudios		Secundaria	
	Primaria		Superior	
Ocupación	Fuera de casa		Dentro de casa	

Anexo 10. Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Aplicación y valoración del cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial

Instrucciones: A continuación, se presentan 55 ítems, por favor lea cada uno de ellos y responda marcando con una **X** en la columna tomando en cuenta el encabezado y en base a sus experiencias. **No existen respuestas correctas o incorrectas.**

Nombre				
Código				
Preguntas	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2. ¿Ha tenido sueños que le asustan o le son desagradables?				
3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?				
4. ¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir?				
5. ¿Se despierta cansado?				
6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?				
7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?				
8. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?				
9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?				
10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
11. ¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?				

12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?				
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
15. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?				
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día?				
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?				
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?				
21. ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?				
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza?				
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?				
24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?				
25. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
26. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
27. ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?				
28. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?				
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
30. ¿Ha notado flojedad en las piernas?				

31. ¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?				
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?				
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?				
34. ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?				
35. ¿Ha sufrido visión borrosa?				
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?				
38. ¿Ha padecido sofocos?				
39. ¿Se le han hinchado los tobillos?				
40. ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?				
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?				
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?				
43. ¿Ha notado sequedad de boca?				
44. ¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?				
45. ¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?				
46. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?				
47. ¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?				
48. ¿Ha disminuido su apetito?				
49. ¿Ha aumentado de peso?				
50. ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?				

51. ¿Ha tenido dolor de cabeza?				
52. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
53. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?				
54. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
55. ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?				
TOTAL				

Ítems de Puntuación

Nada	0	Bastante	2
Poco	1	Mucho	3

Anexo 11. Certificado de Tribunal de grado

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 15 de agosto de 2022

En calidad del tribunal calificador del trabajo de Integración curricular o de titulación titulado: **Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja**, de la autoría del Sr. Carlos Miguel Maldonado Procel, portador de la cédula de identidad Nro. 1104351257 previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal o por el director trabajo de integración curricular, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de integración curricular o de titulación de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



Firmado electrónicamente por:
**RAUL ARTURO
PINEDA OCHOA**

Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa

PRESIDENTE



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

Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**CATALINA
VERONICA ARAUJO
LOPEZ**

Dra. Catalina Verónica Araujo López

MIEMBRO DEL TRIBUNAL