



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte

PRESENTADO POR
Arroyo Pablo, Delia Yessenia

ASESOR
Matta Solis, Hernán Hugo

Los Olivos, 2022

Agradecimiento

A la Universidad de Ciencias y Humanidades, por ser mí casa de estudios. Al Dr. Matta Solis, por sus enseñanzas y aportaciones que hicieron posible concluir esta investigación, mi mayor admiración por sus enseñanzas. A todos mis docentes, por la motivación para salir siempre adelante a pesar de los obstáculos

Dedicatoria

A Dios, por su compañía e infinito amor. A mis padres, por darme la vida; a mis padrinos, por haberme guiado en este camino de vida, por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles y un ejemplo a seguir y sobre todo por creer en mí; muchos de mis logros se los debo a ellos entre los que se incluye este. Me enseñaron la importancia de la familia, de la educación, del amor Dios pero sobre todo a ser un buen ser humano.

Índice General

Agradecimiento	1
Dedicatoria	2
Índice General	3
Índice de Tablas	4
Índice de Anexos	6
Resumen	7
Abstract	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MATERIALES Y MÉTODOS	16
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	16
2.2 POBLACIÓN.....	16
2.3 VARIABLE DE ESTUDIO	17
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	18
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	19
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	19
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos	19
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	19
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	20
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	34
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA.....	34
4.2 CONCLUSIONES	39
4.3 RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	50

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N=124).	22
Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	24
Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión funcionamiento físico en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	25
Tabla 4. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión rol físico en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	26
Tabla 5. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión dolor en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	27
Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión salud general en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	28
Tabla 7. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión energía/fatiga en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124)...	29
Tabla 8. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión función social en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	30

Tabla 9. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión función emocional en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	31
Tabla 10. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión bienestar emocional en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	32
Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión cambio de salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).	33

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de las variables	51
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	52
Anexo C. Consentimiento informado.....	56
Anexo D. Validez de contenido del instrumento	58
Anexo E. Validez estadística del instrumento	59
Anexo F. Confiabilidad del instrumento	60

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte.

Materiales y métodos: La presente investigación se desarrolló desde el enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue descriptivo y transversal. Se contó con una muestra de 124 pacientes hipertensos. Para la recolección de datos se tomó en cuenta la técnica de la encuesta y el instrumento de medición aplicado fue el cuestionario SF-36.

Resultados: En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, el 43,5% (n=54) presentaron un nivel alto, seguido del 26,6% (n=33) con un nivel bajo, el 13,7% (n=17) con un nivel muy bajo, el 9,7% (n=12) con un nivel promedio y finalmente, el 6,5% (n=8) con un nivel muy alto. Según sus dimensiones, en funcionamiento físico predominó el 30,6% (n=38) con un nivel muy alto, en rol físico el 41,9% (n=52) con un nivel muy alto, en dolor el 50,8% (n=63) con un nivel muy alto, en energía/fatiga el 48,4% (n=60) con un nivel promedio, en función social el 35,5% (n=44) con un nivel alto, en función emocional el 43,5% (n=54) con un nivel muy alto, en bienestar emocional el 40,3% (n=50) con un nivel alto; finalmente, en cambio de salud el 43,5% (n=54) con un nivel alto.

Conclusiones: En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud predominó el nivel alto, seguido de bajo, muy bajo, promedio y finalmente y muy alto.

Palabras clave: Calidad de vida; Pacientes, Hipertensión; Cardiología (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the quality of life related to health in hypertensive patients who attend medical consultation in a cardiology office in Northern Lima.

Materials and methods: This research was developed from the quantitative approach with a cross-sectional and descriptive methodological design. There was a sample of 124 hypertensive patients. The survey technique was used for data collection and the measurement instrument was the SF-36 questionnaire.

Results: Regarding the quality of life related to health, 43.5% (n=54) showed a high level, followed by 26.6% (n=33) with a low level, 13.7% (n=17) with a very low level, 9.7% (n=12) with an average level and finally, 6.5% (n=8) with a very high level. With reference to dimensions, in physical functioning predominated a very high level with 30.6% (n=38); in physical role predominated a very high level with 41.9% (n=52); in pain predominated a very high level with 50.8% (n=63); in energy/fatigue predominated an average level with 48.4% (n=60); in social function predominated a high level with 35.5% (n=44); in function emotional predominated a very high level with 43.5% (n=54); in emotional well-being predominated a high level with 40.3% (n=50); finally, in change of health predominated a high level with 43.5% (n=54).

Conclusions: Regarding the quality of life related to health, the high level predominated, followed by the low, very low, average and very high level.

Keywords: quality of life, patients, hypertension; cardiology (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (OMS) informó que las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas generan 41 000 000 de fallecidos anualmente, lo que equivale al 71% de todos los fallecimientos en todo el planeta. Asimismo, por año se reportan más de 15 millones de individuos que fallecen por ENT (en su mayoría de 30 a 69 años de edad), siendo estas muertes en su mayoría prematuras, las cuales podrían evitarse; este fenómeno se da principalmente en países con economías de bajas a medianas. La alimentación inadecuada, la ingesta de sustancias nocivas y el sedentarismo condicionan a las personas a padecer de más ENT (1).

La hipertensión (HTA) es el factor de riesgo clave de la discapacidad cardiovascular y muerte que impacta a un alto número de individuos a nivel global. Particularmente en países de economía baja y mediana como en China, Brasil, India y México, en que la carga económica de las ECV y la HTA contribuyen juntas al 50% del número total de estimaciones económicas identificadas (2). En los países de América Latina, las prevalencias de hipertensión arterial son elevadas, siendo los países con mayor prevalencia Brasil con 25-35%, Paraguay con 34%, Chile con 33,7%, Uruguay y Venezuela con 33%; asimismo, en Colombia en un 25% (3).

Sin embargo, la OMS menciona que los casos de HTA se estiman entre el 30% y el 45% en el planeta tierra, la cual es común en edad avanzada con una prevalencia hasta el 60% en personas > 60 de años (2). Se calcula que, para el año 2025, la cifra podría aumentar al 60% alcanzando una cifra de 1 560 000 000 de individuos a escala global (4).

Esta patología se ha transformado en un gran problema sanitario estrechamente relacionado con la pobreza que representa (45%) de las defunciones por ECV y (51%) de los fallecimientos por accidente cerebro vascular (ACV). En China, a unos 226 millones de adultos se les diagnosticó HTA, lo que se atribuye al 24,6% de las muertes y al 12% con años vividos por discapacidad. La baja tasa de control podría estar asociada con síntomas complejos de HTA y disminución de la calidad de vida (CV) (5).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto comúnmente usado en la valoración subjetiva de la salud de un paciente que refleja el bienestar físico, psicológico, social y emocional del paciente ya que está estrechamente relacionado con la CV y puede causar un impacto en su estado de salud (6).

En relación con la CVRS, diversos estudios han abordado su relación con la hipertensión. Según un metaanálisis de 20 estudios observacionales, los sujetos hipertensos tienen peores niveles de CVRS que los no hipertensos (7). Sin embargo, la HTA afecta negativamente a la CV del paciente sobre todo a las personas con edad avanzada, quienes tienen más necesidades de atención médica y es más probable que tengan una peor CVRS que las personas sanas (8).

En China, elaboraron un estudio donde los pacientes mayores hipertensos en este estudio tenían una CVRS pobre y los participantes rurales tenían una CVRS física y mental más pobre que aquellos que residían en entornos urbanos (9). En China, los encuestados con HTA informaron CV bajo, mientras que las mujeres con educación superior, empleo completo y tenían familia, tuvieron una mejor CVRS (10). Recientemente indicaron que los buenos hábitos en pacientes hipertensos estaban estrechamente relacionados con la CVRS para la mejoría de su enfermedad (11).

En Irán, realizaron un estudio donde 137 participantes entre de los diez centros de salud mostraron que la CV de los usuarios con HTA es moderada e indeseable (12). En Polonia estaba formado por sujetos de entre 30 y 89 años, la mayoría eran varones; asimismo, su CV era de un nivel bueno o medio en el ámbito físico, psicológico, social y ambiental, debido a las conductas saludables y medición de la presión arterial (PA) (13). En cambio, en Pakistán 384 pacientes hipertensos asistían a un hospital del sector público, de los cuales 215 (56%) eran varones y la mayoría (n = 138, 35,9%) se categorizó entre 41 a 50 años, que tuvo una mala CVRS (14).

En Estados Unidos, investigaciones encontraron que la presencia de HTA se asoció con una menor CVRS en la población hispana; con base a estos hallazgos

sugieren que los proveedores de atención médica deben monitorear frecuentemente la PA a este tipo de personas (15).

No obstante, la prevalencia de prehipertensión e hipertensión fue de 33,68% y 19,77%, la cual es frecuente entre la población peruana. Mientras que el envejecimiento, el sexo masculino y el área urbana aumentaron en la prevalencia de HTA, la educación y el vivir en otras regiones disminuyó. El territorio peruano necesita más políticas de salud enfocadas a grupos de riesgo cardiovascular. Asimismo, los sistemas de salud deben comenzar a sentar las bases de un plan preventivo, considerando las diferentes características socioeconómicas de la población enfocadas en una mejor calidad y estilo de vida (16).

La HTA se ha identificado como una de las comorbilidades y factores de riesgo más comunes de gravedad y resultado adverso en pacientes con enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19), generándoles mayor vulnerabilidad en el estado corporal, emocional y clínico con efecto negativo en su CV durante la pandemia por COVID-19. La hipertensión como la comorbilidad más frecuente en usuarios con COVID-19, ha dado lugar a casos con síntomas más graves y mayor mortalidad. Además, se estima que pacientes con HTA tienen mayor predisposición de tener COVID-19 (17). Según el Ministerio de Salud (MINS) la cifra de pacientes hipertensas aumentará en un 20% durante la pandemia del coronavirus (18).

La CV es un indicador que establece el nivel de agrado y comodidad de la persona sobre su salud y su condición económica, social y cultural (8). La CVRS es el grado de conformidad y confort del paciente referente a su enfermedad (19).

La hipertensión arterial es el incremento de la presión diastólica y sistólica a causa del aumento de la fuerza de la sangre en las paredes de las arterias, esta es considerada una enfermedad crónica (20).

Los factores de riesgo en pacientes hipertensos son de dos tipos, los no modificables que son la edad, el sexo y la genética, los cuales son aspectos que ya están establecidos en ser humano; por otro lado, están los modificables relacionados con los hábitos y las conductas adoptadas en el estilo de vida, los

cuales son la alimentación, el consumo de sustancias nocivas y el sedentarismo (21).

En cuanto a las dimensiones de CVRS según el instrumento SF-36 son: función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, bienestar emocional y cambio de salud (22). En primer lugar, encontramos a la función física como un área que hace referencia a una limitación física o enfermedad, el cual va generar problemas en desempeño de actividades rutinarias (23). El rol físico se refiere a la dificultad o patología de la persona, el cual va afectar significativamente sus actividades diarias y su ambiente de trabajo (24). El dolor es un sentimiento incómodo, intenso y muy desagradable generado por alguna molestia o alteración, el cual va afectar el desarrollo de las actividades (25). La salud general se refiere a la valoración propia de la persona sobre su estado de salud integral (26). La energía/fatiga se refiere al grado de energía de una persona, debido a la presencia de una enfermedad este experimentará sentimientos de cansancio físico y emocional (27). La función social es la presencia de dificultades en las relaciones interpersonales con los familiares y amistades producto a la limitación física (28). El rol emocional se refiere a las emociones, sentimientos y estados de ánimos negativos que surgen debido a su enfermedad (29). El bienestar emocional se refiere a los pensamientos y sentimientos de tristeza y angustia consecuente a la presencia de su enfermedad (30). Por último, el cambio de salud, se refiere a la opinión o valoración de la persona sobre su estado de salud después de un largo plazo de tiempo de aproximadamente un año (22). La teoría de promoción de la salud de Nola Pender, es un respaldo científico para el fomento de actividades preventivas-promocionales con la finalidad de educar a estos pacientes sobre su salud para reducir o prevenir complicaciones de su enfermedad y mejorar su CVRS (31).

Los cuidados de enfermería en pacientes hipertensos son un aspecto fundamental en el campo de la enfermería, ya que por medio de las intervenciones del enfermero(a) el paciente va lograr controlar su presión arterial y mejorar su CV, siendo fundamental mencionar los cuidados primordiales por el personal de salud, los cuales son control de signos vitales, administración de medicamentos, fomento de dieta saludable y reduciendo el consumo de sal,

promover actividad física moderada, eliminar conducta y hábitos nocivos y por ultimo educación al paciente y a la familia (32).

Martínez y colaboradores (33), en Lima-Perú, en el 2018, elaboraron un estudio titulado “CVRS en ancianos con diagnóstico de hipertensión”. El trabajo fue cuantitativo, descriptivo-transversal, participaron 186 personas y el instrumento que emplearon fue el SF-36. Los hallazgos indicaron que predominó el nivel muy alto (62,40%), promedio (26,30%), bajo (10,20%) y alto (1,10%), según su dimensión función física prevaleció el nivel muy alto (38,7%), rol físico prevaleció el nivel muy alto (60,8%), dolor prevaleció el nivel muy alto (63%), salud general predominó el nivel promedio (55,9%), vitalidad predominó el nivel muy alto (62,9%), función social predominó el nivel muy alto (42,5%), rol emocional prevaleció el nivel muy alto (58,6%), salud mental predominó el nivel muy alto (63,4%) y transición de salud predominó el nivel promedio (74,2%). Concluyeron que la CVRS fue muy alta.

Carrera y Quijia (34), en el 2017, en Quito-Ecuador, ejecutaron una investigación sobre “Evaluación de la CVRS del adulto mayor con hipertensión arterial”. El estudio fue descriptivo-observacional- transversal, participaron 25 personas y el instrumento que emplearon fue el SF-36. Los hallazgos indicaron, en relación con la dimensión función física predominó el nivel no limita (40%), rol físico predominó el nivel no limita (72%), dolor predominó el nivel muy poco (64%), salud general predominó el nivel bueno (44%), vitalidad prevaleció el nivel siempre (40%), función social predominó el nivel ninguno (40%), rol emocional predominó el nivel no limita (60%), transición de salud predominó el nivel un poco más de un mes (64%). Concluyeron que la edad es un factor de riesgo porque cuanto más sea esta, menor será la CVRS.

Elmosalami y colaboradores (35), en el 2020, en Egipto, efectuaron un trabajo titulado “Hipertensión y CVRS”. El estudio fue transversal, participaron 1100 personas y el instrumento que usaron fue el SF-36. Los hallazgos señalaron con relación a sus dimensiones salud general predominó [DE=79,5], dolor corporal [DE=79,8], funcionamiento físico [DE=78,3], limitación de funciones física [DE=81,2], funcionamiento social [DE=79,4], limitación de roles emocional (DE=77,3), vitalidad [DE= 75] y salud mental [DE= 77,1], cada uno de ellos

predominaron un puntaje [$P=0.001^*$]. Concluyeron que la educación de la salud tiene un impacto positivo significativo entre el conocimiento, los comportamientos y la CVRS.

Lichardo (36), en Lima-Perú, en el 2019, elaboraron una investigación sobre “CVRS en pacientes hipertensos”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 125 individuos y el instrumento que emplearon fue el SF-36. Los hallazgos indicaron que predominó el nivel (55,2%), promedio (12%), alto (11,2%), muy bajo (11,2%) y bajo (10,4%), según su dimensión rol físico prevaleció el muy bajo (46,4%), dolor prevaleció el nivel muy alto (31,2%), salud general prevaleció el nivel alto (33,6%), vitalidad prevaleció el nivel alto (43,2%), función social predominó el nivel promedio (36%), rol emocional predominó el nivel muy alto (46,4%), salud mental prevaleció el nivel alto (47,2%) y transición de la salud predominó el nivel promedio (38,4%). Concluyó que la CVRS fue muy alto.

Serrano y colaboradores, en el 2017, en Guadalajara-México, elaboraron un trabajo sobre “CVRS en pacientes con hipertensión arterial”. El estudio fue transversal, participaron 321 personas y el instrumento que utilizaron fue el SF-36. Los hallazgos indicaron que según su dominio transición de salud predominó (69,8%), salud general (52,6%), función física (88,5%), rol físico (64,5%), rol emocional (66%), función social (77,3%), dolor (77,9%), salud mental (71,7%) y vitalidad (76,9%). Concluyeron que la CVRS buena (37).

Burbano D, en el 2017, en Bogotá-Colombia, llevó a cabo un trabajo titulado “Estilos y CVRS del paciente hipertenso”. El trabajo fue cuantitativo-descriptivo-transversal, participaron 151 individuos y uno de los instrumentos que utilizaron fue el SF-36. Los resultados señalaron que según su dimensión dolor predominó el nivel nada en absoluto 75,4%, vitalidad prevaleció el nivel siempre 40,3%, salud general prevaleció el nivel bueno 52%, función física prevaleció el nivel nunca 57%, función emocional predominó el nivel nunca 65% y funcionamiento social predominó el nivel nada en absoluto 71,5%. Concluyó que la CVRS fue buena (38).

La HTA es una ENT, de evolución inicial silenciosa, que de no controlarse desencadena con el tiempo secuelas negativas e irreversibles en la vida de los individuos que lo sufren. La CVRS es un indicador útil para conocer la condición de salud de las personas hipertensas en varias dimensiones de la vida, gracias a ello se podrán realizar acciones correctivas que conduzcan a mejorar el cuidado en salud. De ahí resaltar la realización de esta investigación aborda la HTA desde una perspectiva de CVRS y promoción de la salud, situación que contribuye a que los pacientes tomen en cuenta su cuidado y autocuidado de su salud.

Los estudios sobre hipertensos suelen enfocarse principalmente en la enfermedad como tal, el tratamiento y las complicaciones, pero pocos de ellos ven aspectos vinculados a la CV o CVRS. Una revisión hecha en nuestro país revela un escaso número de trabajos sobre el tema y en el lugar donde se hizo el trabajo de campo no se ha realizado estudios antecedentes. Lo reportado justifica el desarrollo de esta investigación que tiene por intención contribuir con conocimientos actualizados sobre el tema de CVRS.

En relación a lo práctico, el trabajo busca que los profesionales sanitarios, responsables de la salud de la población que es objeto de investigación, optimicen su labor de atención, lo cual debe repercutir en un mayor bienestar para los pacientes.

En relación a la importancia social, los directos beneficiados con los hallazgos a los que se lleguen serán los pacientes con HTA quienes requieren de un cuidado integral y controles periódicos.

La investigación es desarrollada tomando como referencia el proceso de investigación que se desprende del método científico, ello se hace para poder garantizar la obtención de resultados coherentes y sólidos que sean una verdadera contribución a la línea de investigación de ENT y CVRS en HTA.

El objetivo de la investigación fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo actual se caracterizó por realizar una serie de mediciones al problema tratado en la investigación; además, se analizó la información recolectada con herramientas estadísticas, por ello el enfoque asumido fue el cuantitativo. En relación a la forma como se condujo el estudio para obtener los resultados, es decir el diseño metodológico, fue descriptivo-transversal (39).

2.2 POBLACIÓN

La investigación se realizó en base a una lista facilitada por el personal de salud del consultorio de cardiología donde se hizo el estudio (fue elaborado en base a los pacientes continuadores que asisten a dicho consultorio), donde se consignaron 192 pacientes (población finita) con HTA que acuden a la consulta médica. Previamente se aplicaron los criterios de inclusión/exclusión, los cuales permitieron tener una cantidad de participantes de forma más precisa. Los criterios fueron:

Criterios de inclusión

- Pacientes hipertensos de 18 años a más.
- Pacientes hipertensos que cuenten con historia clínica y sean continuadores (vayan a la consulta más de una vez).
- Pacientes hipertensos de la jurisdicción del establecimiento de salud donde se encuentra el consultorio de cardiología.
- Pacientes que participen de forma voluntaria y den su consentimiento informado cuando se le requiera.

Criterios de exclusión

- Pacientes hipertensos menores de edad.
- Pacientes hipertensos que no residan en la jurisdicción del establecimiento de salud donde está el consultorio de cardiología.
- Pacientes que no deseen ser parte del estudio.

Tomando en consideración los criterios para la selección de participantes, se contó con 182 participantes que fue la población final, luego de aplicar la fórmula de población finita se contó con una muestra de 124 pacientes hipertensos participantes.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

*n	Tamaño de la muestra.	123.71
*N	Tamaño de la población.	182
*Z	Nivel de confianza (al 95%).	1.96
*e	Error de estimación máximo (5%).	5%
*p	Probabilidad de éxito.	50%
*q	(1-p) Probabilidad de fracaso.	50%

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El trabajo cuenta como variable principal que es CVRS, esta es cualitativa y su escala para medirla es la ordinal.

Definición conceptual: Es la percepción de un individuo sobre diversos aspectos vinculados a su vida, considerando cómo estos van a influir de forma positiva o negativa en su condición de salud-bienestar (40).

Definición operacional: Es la percepción de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte, sobre diversos aspectos vinculados a su vida, considerando cómo estos van a influir de forma positiva o negativa en su condición de salud-bienestar, ello se va expresar en el funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, energía/fatiga, función social, función emocional, bienestar emocional y cambio de salud, el cual será evaluado con el cuestionario SF-36.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

Para este trabajo, se usó la técnica de la encuesta para recolectar la información requerida por la investigación. La encuesta es una técnica estandarizada en su diseño y aplicación, lo cual permitió recolectar muchos datos en tiempos breves. Pero, además es una técnica que se adapta fácilmente al tipo de población que tengamos al frente. Gracias a esta técnica los profesionales de salud e investigadores pueden informarse de cómo piensan o perciben un grupo de informantes sobre un determinado tema de interés (41).

Instrumentos de recolección de datos:

En el actual trabajo se aplicó el instrumento SF-36, este se denomina por sus siglas en inglés Quality of life related to health o calidad de vida relacionada a la salud. El cuestionario SF-36 tiene la finalidad de valorar el nivel de CV en individuos sanos y en aquellos que presentan alguna enfermedad o limitación. El SF-36 fue diseñado como un proyecto Medical Outcomes Study (MOS) por la corporación RAND (42). El actual instrumento tiene como respaldo un excelente resultado de validez y confiabilidad y por lo mismo este fue traducido a diversos idiomas por los investigadores del mundo. El SF-36 cuenta con 36 ítems y 9 dimensiones, estos son los siguientes: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, energía/fatiga, funcionamiento social, función emocional, bienestar emocional y cambio de salud. Cada ítem del instrumento presenta cinco opciones de respuesta que va desde excelente hasta malo y su diseño es el de una escala Likert. El puntaje total inicial del instrumento es pasado luego a una escala de 0 a 100 puntos. De acuerdo a los puntajes finales este se va a clasificar en CV muy baja, CV baja, CV promedio, CV alta y CV muy alta (43).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

Para la aplicación del cuestionario SF-36 se realizaron tanto la validez como la confiabilidad de este. Inicialmente se evaluó mediante un juicio de expertos la validez de contenido, la cual arrojó un valor de 90% (Ver: Anexo D). Las pruebas de validez estadísticas realizadas fueron la KMO que obtuvo un valor de 0,901 y la prueba de Bartlett con un valor de Sig. 0,000; gl 630; χ^2 6010,317. Ambas

pruebas determinan que el instrumento es válido para ser aplicado (Ver: Anexo E). El valor arrojado a través de la prueba estadística alfa de Cronbach fue de 0,827, lo que determina que el cuestionario SF-36 es confiable (Ver: Anexo F).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

La recopilación de información es una etapa fundamental en todo estudio, para su desarrollo y obtención de metas según lo planificado se debe de anticipar la realización de las gestiones administrativas que conduzcan a obtener el acceso a el establecimiento sanitario y abordar a los usuarios. La carta de visita emitida por la universidad fue el punto de partida para cumplir con las actividades señaladas en esta sección.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recolección de la información del presente estudio fue aplicada en el mes de diciembre del 2021. Se aplicó el instrumento en una versión digital, específicamente en formulario Google, cuyo enlace generado permitió visualizarlo en un Smartphone. El tiempo empleado por cada participante fue de 25 minutos aproximadamente.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El presente estudio se caracteriza por ser cuantitativo y descriptivo. Ante ello se empleó para el análisis de la información recolectada, la estadística descriptiva, la cual fue aplicada por medio del software estadístico SPSS 26. Los procesos específicos que se aplicarán serán la distribución de frecuencias para mostrar datos sociodemográficos y los hallazgos de la variable principal y dimensiones, las medidas de tendencia central para mostrar algunos datos sociodemográficos y el cálculo de variable que permitirá valorar la variable principal y cada una de las 9 dimensiones que la conforman. Los hallazgos más relevantes fueron mostrados en tablas o figuras, las cuales fueron descritas para ser más entendibles. Finalmente, se redactó la discusión de resultados y conclusiones más importantes que se desprendieron de los hallazgos.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todo estudio de salud debe contar con un marco bioético el cual es esencial para el desarrollo de un trabajo científico del área de la salud, este brinda la transparencia y garantiza el respeto de derechos y vida de los participantes, que en este caso fueron los pacientes hipertensos. En el estudio ya concluido, este marco necesario estuvo de acuerdo a la Declaración de Helsinki de 1964 (44), el cual hace referencia a la libre decisión y el consentimiento informado del participante. También se considera los principios éticos indicados en el Reporte Belmont (45). Los principios bioéticos son tres: autonomía, beneficencia y justicia. Beauchamp y Childress (46) añadieron un cuarto principio, el de no maleficencia.

Principio de autonomía

Este busca el cumplimiento del consentimiento informado y el reconocimiento de los derechos humanos del participante (47).

A cada paciente hipertenso participante se le informó mediante una explicación breve y clara sobre los aspectos principales del estudio, posterior a ello se le entregó el consentimiento informado.

Principio de beneficencia

Busca permanentemente el bienestar del participante, se debe buscar obtener el máximo beneficio posible para este (48).

Se informó a los pacientes hipertensos sobre las mejoras que pueden conseguirse a través de una investigación desarrollada.

Principio de no maleficencia

Busca evitar propiciar algún tipo de daño o afección al participante durante el desarrollo de la investigación (49).

Se les expuso a los pacientes hipertensos que el trabajo no tiene algún tipo de riesgo ya que no es experimental. Solo se les solicitó sus datos en base al cuestionario que se les hizo llegar.

Principio de justicia

Enfatiza en la búsqueda de trato y distribución homogénea y equitativo de los participantes (50).

A los pacientes hipertensos se les dio un trato igualitario sin preferencia alguna.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N=124).

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	124	100
Edad	Min: 31 Media:44,82 Max: 76	
Sexo del participante		
Femenino	89	71,8%
Masculino	35	28,2%
Estado civil		
Soltero	14	11,3%
Casado	56	45,2%
Conviviente	48	38,7%
Divorciado(a)	4	3,2%
Viudo(a)	2	1,6%
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	1	0,8%
Primaria completa	0	0,0%
Primaria	7	5,6%
Secundaria	73	58,9%
Estudios técnicos	23	18,5%
Estudio universitario	20	16,1%
Ocupación		
Estable	44	35,5%
Eventual	49	39,5%
Sin Ocupación	31	25,0%
Jubilada/o	0	0,0%
Estudiante	0	0,0%
No aplica	0	0,0%
Tipo de familia		
Nuclear	65	52,4%
Monoparental	10	8,1%
Extendida	32	25,8%
Ampliada	13	10,5%
Reconstituida	4	3,2%
Equivalente Familiar	0	0,0%
Persona sola	0	0,0%

Elaboración propia

En la tabla 1, según los datos sociodemográficos de los pacientes hipertensos, la edad mínima fue 31 años, la media 44,82 y la máxima 76 años. Según el sexo, 89 participantes que representan el 71,8% fue de sexo femenino, 35

participantes que representan el 28,2% sexo masculino. En cuanto al estado civil, 56 participantes que representan el 45,2% era casado, 48 participantes que representan el 38,7% conviviente, 14 participantes que representan el 11,3% casado(a), 4 participantes que representan el 3,2% es divorciado(a) y finalmente, 2 participantes que representan el 1,6% es viudo(a). Según el nivel de instrucción 73 participantes que representan el 58,9% tiene secundaria, 23 participantes que representa el 18,5% estudios técnicos, 20 participantes que representan el 16,1% estudio universitario, 7 participantes que representan el 5,6% primaria y finalmente, 1 participante que representa el 0,8% sin instrucción. En cuanto a la ocupación 49 participantes que representan el 39,5% señalo tener trabajo eventual, 44 participantes que representan el 35,5% señalo tener trabajo estable y 31 participantes que representa el 25% sin ocupación. En cuanto al tipo de familia, 65 participantes que representan el 52,4% tiene familia nuclear, 32 participantes que representan el 25,8% extendida, 13 participantes que representan el 10,5% ampliada, 10 participantes que representan el 8,1% monoparental y finalmente, 4 participantes que representan el 3,2% reconstituida.

Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	17	13,7
Bajo	33	26,6
Promedio	12	9,7
Alto	54	43,5
Muy alto	8	6,5
Total	124	100,0

En la tabla 2, se observa que 54 participantes que representan el 43,5% presentaron un nivel alto, seguido de 33 participantes que representan el 26,6% con un nivel bajo, 17 participantes que representan el 13,7% con un nivel muy bajo, 12 participantes que representan el 9,7% con un nivel promedio y finalmente, 8 participantes que representan el 6,5% con un nivel alto.

Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión funcionamiento físico en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	32	25,8
Bajo	4	3,2
Promedio	24	19,4
Alto	26	21,0
Muy alto	38	30,6
Total	124	100,0

En la tabla 3; se observa que 38 participantes que representan el 30,6% tienen un nivel muy alto, seguido de 32 participantes que representan el 25,8% con un nivel muy bajo, 26 participantes que representan el 21,0% con un nivel alto, 24 participantes que representan el 19,4% con nivel promedio, 4 participantes que representan el 3,2% con nivel bajo.

Tabla 4. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión rol físico en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	50	40,3
Bajo	0	0,0
Promedio	4	3,2
Alto	18	14,5
Muy alto	52	41,9
Total	124	100,0

En la tabla 4; se observa que 52 participantes que representan el 41,9% tienen un nivel muy alto, seguido de 50 participantes que representan el 40,3% con un nivel muy bajo, 18 participantes que representan el 14,5% un nivel alto y finalmente, 4 participantes que representan el 3,2% un nivel promedio.

Tabla 5. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión dolor en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	24	19,4
Bajo	0	0,0
Promedio	26	21,0
Alto	11	8,9
Muy alto	63	50,8
Total	124	100,0

En la tabla 5; se observa que 63 participantes que representan el 50,8% tienen un nivel muy alto, seguido de 26 participantes que representan el 21,0% con nivel promedio, 24 participantes que representan el 19,4% con nivel muy bajo, 11 participantes que representan el 8,9% con un nivel alto.

Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión salud general en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	12	9,7
Bajo	52	41,9
Promedio	57	46,0
Alto	3	2,4
Muy alto	0	0,0
Total	124	100,0

En la tabla 6; se observa que 57 participantes que representan el 46,0% tienen un nivel promedio, 52 participantes que representan el 41,9% con un nivel bajo, 12 participantes que representan el 9,7% con un nivel muy bajo, 3 participantes que representan el 2,4% con un nivel muy alto.

Tabla 7. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión energía/fatiga en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	4	3,2
Bajo	34	27,4
Promedio	60	48,4
Alto	12	9,7
Muy alto	14	11,3
Total	124	100,0

En la tabla 7; se observa que 60 participantes que representan el 48,4% tienen un nivel promedio, seguido de 34 participantes que representan el 27,4% con un nivel bajo, 14 participantes que representan el 11,3% con un nivel muy alto, 12 participantes que representan el 9,7% con un nivel alto y finalmente, 4 participantes que representan el 3,2% con un nivel muy bajo.

Tabla 8. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión función social en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	21	16,9
Bajo	30	24,2
Promedio	17	13,7
Alto	44	35,5
Muy alto	12	9,7
Total	102	100%

En la tabla 8; se observa que 44 participantes que representan el 35,5% tienen un nivel alto, seguido de 30 participantes que representan el 24,2% con un nivel bajo. 17 participantes que representan el 13,7% con un nivel promedio, 12 participantes que representan el 9,7% con un nivel muy alto.

Tabla 9. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión función emocional en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	50	40,3
Bajo	5	4,0
Promedio	0	0,0
Alto	15	12,1
Muy alto	54	43,5
Total	124	100.0

En la tabla 9; se observa que 54 participantes que representan el 43,5% tienen un nivel muy alto, seguido de 50 participantes que representan el 40,3% con un nivel muy bajo, 15 participantes que representan el 12,1% con un nivel alto y finalmente, 5 participantes que representan el 4,0% con un nivel bajo.

Tabla 10. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión bienestar emocional en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	1	0,8
Bajo	43	34,7
Promedio	30	24,2
Alto	50	40,3
Muy alto	0	0,0
Total	124	100,0

En la tabla 10; se observa que 50 participantes que representan el 40,3% tienen un nivel alto, seguido de 43 participantes que representan el 34,7% con un nivel bajo, 30 participantes que representan el 24,2% con un nivel promedio, 1 participante que representa el 0,8% con un nivel muy bajo.

Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión cambio de salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte (N= 124).

Valores finales	N	%
Muy bajo	27	21,8
Bajo	0	0,0
Promedio	37	29,8
Alto	54	43,5
Muy alto	6	4,8
Total	124	100,0

En la tabla 11; se observa que 54 participantes que representan el 43,5% tienen un nivel alto, seguido de 37 participantes que representan el 29,8% con un nivel promedio, 27 participantes que representan el 21,8% con un nivel muy bajo y finalmente, 6 participantes que representan el 4,8% con un nivel muy alto.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

Las ENT y la HTA son problemas de salud que se hacen cada vez más frecuentes a nivel global y en nuestro país; las nuevas formas de vida, la industria publicitaria y el poco impacto obtenido en la educación y promoción de la salud, condicionan la salud de los individuos de hoy. La magnitud del problema debe llamarnos a la reflexión para así poder enmendar el trabajo en la salud pública. Otro factor importante por resaltar es la pandemia, que ha dejado en segundo plano el trabajo en pacientes con hipertensión y ENT. Una forma de conocer el estado de salud es valorar el perfil de CVRS para personas con hipertensión, esta puede estar asociada a muchos factores como los efectos de la edad, la comorbilidad, el nivel socioeconómico (que incluye educación, ingresos, empleo y estado civil) y el estilo de vida (alimentación y hacer ejercicio). Asimismo, esta patología es una de las principales causas de discapacidad y el principal factor de riesgo de muerte en todo el mundo. Por ello, la presente investigación busca determinar la CVRS en usuarios HTA que asisten a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte.

En cuanto a la CVRS, el 43,5% (54 participantes) presentó un nivel alto, seguido del 26,6% (33 participantes) con un nivel bajo, el 13,7% (17 participantes) con un nivel muy bajo, el 9,7% (12 participantes) con un nivel promedio y finalmente, el 6,5% (8 participantes) con un nivel alto; un 40,3% presenta un nivel entre muy bajo y bajo. La CVRS es la evaluación subjetiva del estado de salud de un paciente reflejando el bienestar físico, psicológico, social y emocional del paciente. Esta va a depender del estado de la enfermedad y las complicaciones a las que se ha llegado. Similar a nuestro estudio es el realizado por Martínez y colaboradores (33), que señala que predominó el nivel muy alto (62,40%), promedio (26,30%), bajo (10,20%) y alto (1,10%). Igualmente la investigación desarrollada por Lichardo (36), indica que predominó el nivel muy alto (55,2%), promedio (12%), alto (11,2%), muy bajo (11,2%) y bajo (10,4%). La condición de salud dependerá de los controles de salud, control de la PA sistólica, el peso y la práctica de estilos de vida como el ejercicio y alimentación. Considerar que un porcentaje de los participantes de nuestro estudio fueron adultos mayores y

que la edad puede actuar como factor de riesgo no modificable (51). El estudio de Elmosalami y colaboradores (35), señala que la educación de la salud tiene un impacto positivo-significativo en el conocimiento, los comportamientos y la CVRS de las personas hipertensas.

En cuanto a la CVRS según su dimensión funcionamiento físico, se observa que el 30,6% (38 participantes) tienen un nivel muy alto, seguido del 25,8% (32 participantes) con un nivel muy bajo, el 21,0% (26 participantes) con un nivel alto, el 19,4% (24 participantes) con nivel promedio, el 3,2% (4 participantes) con nivel bajo. Según su dimensión rol físico, se observa que el 41,9% (52 participantes) tienen un nivel muy alto, seguido del 40,3% (50 participantes) con un nivel muy bajo, el 14,5% (18 participantes) un nivel alto y finalmente, el 3,2% (4 participantes) un nivel promedio. Ambas dimensiones se vinculan estrechamente y pueden afectarse o no dependiendo de la condición de salud, que a su vez depende de los controles que el paciente lleva y los factores de riesgo presentes. Martínez y colaboradores (33), según su dimensión función física señalaron que prevaleció el nivel muy alto (38,7%) y según el rol físico predominó el nivel muy alto (60,8%). Sin embargo, Lichardo (36), señaló que según su dimensión rol físico en sus participantes prevaleció el muy bajo (46,4%). Serrano y colaboradores (37), indicaron que según su dominio función física (88,5%) y rol físico (64,5%), obtuvieron una CVRS alta. A mayor edad existe mayor probabilidad de comorbilidades; asimismo, si no se controlan los niveles de PA sistólica pueden aparecer secuelas negativas que pueden afectar severamente el desarrollo de actividades del hogar y de trabajo. La edad más avanzada y ciertas comorbilidades afectan el sistema locomotor, lo cual limita la actividad física relacionada con los quehaceres domésticos y laborales (52)(53).

En cuanto a la CVRS según su dimensión dolor, se observa que el 50,8% (63 participantes) tienen un nivel muy alto, seguido del 21,0% (26 participantes) con nivel promedio, el 19,4% (24 participantes) con nivel muy bajo, el 8,9% (11 participantes) con un nivel alto. La edad y comorbilidades presentes pueden generar en las personas problemas físicos y dolor. Similar resultado obtuvo Martínez y colaboradores (33), quienes señalan que en cuanto al dolor predominó el nivel muy alto (63%). Sin embargo, Burbano D (38), señala que según su dimensión dolor predominó el nivel nada en absoluto 75,4%. Según su

dimensión salud general, se observa que el 46% (57 participantes) tienen un nivel promedio, el 41,9% (52 participantes) con un nivel bajo, el 9,7% (12 participantes) con un nivel muy bajo, el 2,4% con un nivel muy alto (3 participantes). Un conocimiento insuficiente sobre la hipertensión y sus cuidados podría conducir a un control de la PA sistólica menos óptimo, lo cual puede reflejarse en tasas más bajas de adherencia a los medicamentos antihipertensivos prescritos y al compromiso con prácticas de estilo de vida saludables. El manejo de la patología determina la condición y percepción que uno tendrá de su salud que ha demostrado promover un control idóneo de la PA y evitar las complicaciones resultantes de la PA alta (54). El estudio de Carrera y Quijia (34), señala que en cuanto a su faceta dolor predominó el nivel muy poco (64%) y según la salud general predominó el nivel bueno (44%). Martínez y colaboradores (33), señalan que según la salud general prevaleció el nivel promedio (55,9%). Es importante señalar que la adherencia a los medicamentos antihipertensivos recomendados es fundamental para el control adecuado de la enfermedad además de la práctica de estilos de vida sanos, lo que resulta en una reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y menores costos de atención médica.

En cuanto a la CVRS en su faceta energía/fatiga, se observa que el 48,4% (60 participantes) tienen un nivel promedio, seguido del 27,4% (34 participantes) con un nivel bajo, seguido de, el 11,3% (14 participantes) con un nivel muy alto, el 9,7% (12 participantes) con un nivel alto y el 3,2% (4 participantes) con un nivel muy bajo. La salud física cuando es adecuada se acompaña de vitalidad, siendo este aspecto importante para la ejecución de las actividades diarias. La vitalidad de los pacientes hipertensos depende de su condición de salud. Un manejo inadecuado de la enfermedad puede generar cansancio físico y emocional (28). Carrera y Quijia (34), señalan que según vitalidad prevaleció el nivel siempre (40%). Martínez y colaboradores (33), señalan que en vitalidad predominó el nivel muy alto (62,9%).

En cuanto a la CVRS en su faceta función social, se observa que el 35,5% (44 participantes) tienen un nivel alto, seguido del 24,2% (30 participantes) con un nivel bajo, el 13,7% (17 participantes) con un nivel promedio, el 9,7% (12 participantes) con un nivel muy alto. La función social es la presencia de

relaciones interpersonales con los familiares y amistades. La vida social es fundamental en las personas (28), en estos tiempos de pandemia las restricciones sociales generan un impacto negativo en la vida de los usuarios. Lichardo (36), señaló que según su dimensión función social predominó el nivel promedio (36%). La CVRS en su faceta función emocional, se observa que el 43,5% (54 participantes) tienen un nivel muy alto, seguido del 40,3% (50 participantes) con un nivel muy bajo, el 12,1% (15 participantes) con un nivel alto y finalmente, el 4,0% (5 participantes) con un nivel bajo. La salud emocional expresa sentimientos y estados de ánimos que pueden variar cuando una persona tiene una enfermedad. Similar a nuestro trabajo fueron los hallazgos de Martínez y colaboradores (33), señalaron que según la función social predominó el nivel muy alto (42,5%), rol emocional prevaleció el nivel muy alto (58,6%), salud mental predominó el nivel muy alto (63,4%). Lichardo (36), señaló que el rol emocional predominó el nivel muy alto (46,4%). El apoyo social, es un factor positivo para la salud emocional de estos usuarios.

En la CVRS según su dimensión bienestar emocional, se observa que el 40,3% (50 participantes) tienen un nivel alto, seguido del 34,7% (43 participantes) con un nivel bajo, el 24,2% (30 participantes) con un nivel promedio, el 0,8% (1 participante) con un nivel muy bajo. Los pacientes hipertensos suelen en algún momento presentar pensamientos y sentimientos de tristeza y angustia consecuente a la presencia de su enfermedad (30). Carrera y Quijia (34), señala que en cuanto a su dimensión rol emocional predominó un nivel no limita (60%). Otro estudio realizado por Lichardo (36), señaló que según su dimensión salud mental prevaleció el nivel alto (47,2%). Un mal manejo de la enfermedad afecta la salud en todos sus dominios y la salud emocional-mental no es la excepción.

En la CVRS en su faceta cambio de salud, se observa que el 43,5% (54 participantes) tienen un nivel elevado, seguido del 29,8% (37 participantes) con un nivel promedio, 21,8% (27 participantes) con un nivel muy bajo y el 4,8% (6 participantes) con un nivel muy alto. Esta refiere a la opinión o valoración que el paciente tiene sobre su salud después de un tiempo, en este caso debido a la enfermedad. Si la enfermedad se llega a controlar así como los factores de riesgo de la misma, la percepción de esta dimensión será positiva (22). La investigación realizada por Carrera y Quijia (34), muestra que en la transición de salud

predominó el nivel más o menos igual (64%). Concluyeron que la edad es un factor de riesgo porque cuanto más sea esta, menor será la CVRS. Sin embargo, el estudio de Martínez y colaboradores (33), indica que según la transición de salud predominó el nivel promedio (74,2%). Lichardo (36), también señaló que según su dimensión transición de la salud predominó el nivel promedio (38,4%). El cumplimiento del tratamiento y el compromiso del paciente para adoptar estilos de vida saludables es clave para lograr mejoras en la salud.

La educación del paciente es fundamental para tener resultados óptimos en estos pacientes hipertensos. Si son conscientes de su enfermedad podrán contribuir más a su propio cuidado y autocuidado. Se debe incidir en el control de la PA sistólica y la alimentación. El profesional de la salud debe indagar sobre los factores de riesgo que impactan la salud de estos pacientes, principalmente los modificables, un manejo eficaz de estos contribuye a una mejor evolución y resultados de CVRS.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la CVRS predominó el nivel alto, seguido de bajo, muy bajo, promedio y finalmente y alto.
- En cuanto a la CVRS según su dimensión funcionamiento físico predominó el nivel muy alto, seguido de muy bajo, alto, promedio y bajo.
- En cuanto a la CVRS según su dimensión rol en funcionamiento/físico predominó el nivel muy alto, seguido de muy bajo, alto y finalmente promedio.
- En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión dolor predominó el nivel muy alto, seguido de nivel promedio, muy bajo y alto.
- En cuanto a la CVRS según su dimensión salud general predominó el nivel promedio, seguido de bajo, muy bajo y muy alto.
- En cuanto a la CVRS según su dimensión función social predominó el nivel alto, seguido de bajo, promedio y muy alto.
- En cuanto a la CVRS según su dimensión función emocional predominó el nivel muy alto, seguido de muy bajo, alto y finalmente bajo.
- En cuanto a la CVRS según su dimensión bienestar emocional predominó el nivel alto, seguido de bajo, promedio, y finalmente, muy bajo.
- En cuanto a la CVRS según su dimensión cambio de salud predominó el nivel alto, seguido de promedio, muy bajo y finalmente muy alto.

4.3 RECOMENDACIONES

- Un sistema de atención primaria fuerte es esencial para maximizar los beneficios de las actividades sanitarias orientadas a la población; dentro de ello, el personal de salud debe estar capacitado para poder asistir y educar a la población para mejorar su CVRS. Actualmente, debido a la pandemia los establecimientos de salud públicos han dejado en segundo plano el cuidado de las personas con ENT como la HTA. Se sugiere por tanto que de forma progresiva se sigan fortaleciendo las acciones de salud que acerquen nuevamente a estos pacientes al establecimiento sanitario. Las visitas domiciliarias pueden contribuir a este propósito.
- Es importante realizar evaluaciones de salud para detectar factores de riesgo y la hipertensión en etapas tempranas. Estas medidas preventivas también ayudan a aumentar la conciencia de los pacientes sobre la importancia de un control idóneo de la presión arterial y el cuidado de su salud y bienestar.
- Estudios a ser realizados en un futuro deben analizar el problema considerando otras perspectivas de estudio como el cualitativo y mixto, así se podrá comprender más ampliamente el problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Non-communicable diseases [Internet]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [citado 7 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Zhang Q, Huang F, Zhang L, Li S, Zhang J. The effect of high blood pressure-health literacy, self-management behavior, self-efficacy and social support on the health-related quality of life of Kazakh hypertension patients in a low-income rural area of China. BMC Public Health. [Internet] 2021 [citado 7 julio 2021];21(1):11–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8194055/>
3. Barradas S, Lucumi D, Agudelo D, Mentz G. Socioeconomic position and quality of life among Colombian hypertensive patients: The mediating effect of perceived stress. Health Psychology Open [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];202:1-9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102921996934>
4. Siddique W, Haq N, Tahir M, Razaque G. The Impact of Antihypertensive Agents on Health-Related Quality of Life of Hypertensive Patients. Modern Health Science [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];4(1):7-14. Disponible en: <https://doi.org/10.30560/mhs.v4n1p7>
5. Zhang M, Zhang W, Liu Y, Wu M, Zhou J, Mao Z. Relationship between Family Function, Anxiety, and Quality of Life for Older Adults with Hypertension in Low-Income Communities. International Journal of Hypertension [Internet]. 2021 [citado 9 de noviembre de 2021];2021:1-8. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2021/5547190/>
6. Alshammari S, Alajmi A, Albarrak R, Alaqil A, Alsaeed G, Alzayed M. Quality of Life and Awareness of Hypertension Among Hypertensive Patients in Saudi Arabia. Cureus [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];13(5):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34113508/>

7. Arija V, Villalobos F, Pedret R, Vinuesa A, Jovani D, Pascual G. Physical activity, cardiovascular health, quality of life and blood pressure control in hypertensive subjects: randomized clinical trial. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2018 [citado 2 de julio de 2021];16(1):1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30217193/>
8. Zheng E, Xu J, Xu J, Zeng X, Jie W, Li J, et al. Health-Related Quality of Life and Its Influencing Factors for Elderly Patients With Hypertension: Evidence From Heilongjiang Province, China. *Front Public Health* [Internet] 2021 [citado 16 de diciembre de 2021];9:1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33796501/>
9. Hou Y, Wu Q, Zhang D, Jin X, Wu W, Wang X. The differences in self-perceptions of aging, health-related quality of life and their association between urban and rural Chinese older hypertensive patients. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2020 [citado 11 de noviembre de 2021];18(1):1–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32456638/>
10. Wong ELY, Xu RH, Cheung AWL. Health-related quality of life among patients with hypertension: Population-based survey using EQ-5D-5L in Hong Kong SAR, China. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado 1 de febrero de 2021];9(9):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31562165/>
11. Zhu Z, Yan W, Wang X, Hu D, Zhu Y, Chen J. Physical Activity, Blood Pressure Control, and Health-Related Quality of Life Among Hypertensive Individuals: A Cross-Sectional Study in Jiangsu Province, China. *Asia-Pacific Journal of Public Health* [Internet]. 2021 [acceso 2 noviembre 2021];33(5):1–2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34018402/>
12. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z. Social Support and Self - Care Behavior Study. *J Edu Health Promot* [Internet]. 2018 [citado 10 de noviembre de 2021];9:1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5903155/>

13. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka M, Ładny J. Quality of life of patients with arterial hypertension. *Medicina* [Internet]. 2020 [citado 03 de enero de 2022];56(9):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559811/pdf/medicina-56-00459.pdf>
14. Amer M, Ur-rahman N, Nazir SUR, Jabeen M, Ehsan-UI-haq M. Assessment of blood pressure and health-related quality of life among hypertensive patients: An observational study. *Alternative Therapies in Health and Medicine* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];25(3): 26-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31160543/>
15. Riley E, Chang J, Park C, Kim S, Song I. Hypertension and Health-Related Quality of Life (HRQoL): Evidence from the US Hispanic Population. *Clinical Drug Investigation* [Internet]. 2019 [citado 10 de noviembre de 2021];39(9):899-908. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40261-019-00814-4>
16. Chambergo-Michilot D, Rebatta-Acuña A, Delgado-Flores C, Toro-Huamanchumo C. Socioeconomic determinants of hypertension and prehypertension in Peru: Evidence from the peruvian demographic and health survey. *PLoS ONE* [Internet]. 2021 [citado 10 de noviembre de 2021];16(1):1-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33497389/>
17. Wang X, Zhang H, Du H, Ma R, Nan Y, Zhang T. Risk Factors for COVID-19 in Patients with Hypertension. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];2021:1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34055114/>

18. Ministerio de Salud. Minsa estima que pacientes con hipertensión arterial aumentarían en 20% durante la pandemia [Internet]. Lima-Perú: MINSA; 2021 [actualizado en mayo de 2021; citado en diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/493681-minsa-estima-que-pacientes-con-hipertension-arterial-aumentarian-en-20-durante-la-pandemia>
19. Sitlinger A, Yousuf S. Health-Related Quality of Life The Impact on Morbidity and Mortality. *Surg Oncol Clin N Am* [Internet]. 2018 [citado 9 de diciembre de 2021];27(4):675–684. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428416/>
20. Brouwers S, Sudano I, Kokubo Y, Sulaica E. Arterial hypertension. *Lancet* [Internet]. 2018 [acceso 9 de diciembre de 2021];398(10296):249-261. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34019821/>
21. Azmawati N, Zulkefley M, Kavita J, Mohamad A, Nur R, Wan I, et al. The Prevalence and Risk Factors of Hypertension among the Urban Population in Southeast Asian Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Hypertens* [Internet]. 2021 [citado 9 de diciembre de 2021];2021: 6657003. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33628485/>
22. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos Gemma. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [citado 9 de diciembre de 2021];19(2):1-14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
23. Zhang X, Li X, Sun Z, He Y, Xu W, Campbell H, et al. Physical activity and COVID-19: an observational and Mendelian randomisation study. *J Glob Health* [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];10(2):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7719276/>
24. Yeo T. Sport and exercise during and beyond the COVID-19 pandemic. *Eur J Prev Cardiol.* [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de

- 2021];27(12):1239-1241. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7717326/>
25. Shanthanna H, Strand N, Provenzano D, Lobo C, Eldabe S, Bhatia A, et al. Caring for patients with pain during the COVID-19 pandemic: consensus recommendations from an international expert panel. *Anaesthesia*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];75(7):935-944. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32259288/>
 26. World Health Organization. How does WHO define health? [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado en setiembre de 2021; citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
 27. Brenman N. Pandemic vitality: on living and being alive in lockdown. *Soc Anthropol* [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];12:1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272990/>
 28. Smith B, Lim M. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];30(2):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32601651/>
 29. Hossain M, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID- 19: a review. *F1000Res*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];9:1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093946/>
 30. Levenson R. Stress and Illness: A role for specific emotions. *Psychosom Med*. [Internet]. 2019 [citado 9 de diciembre de 2021];81(8):720–730. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6786949/>
 31. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una re?exión en torno a su comprensión. *Enfermerja Universitaria* [Internet]. 2018 [citado 9 de diciembre de 2021];8(4):3-6. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248>

32. Song C, Lii X, Ning X, Song S. Nursing case management for people with hypertension. *Medicine (Baltimore)*. 2020 [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];99(52):e23850. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7769350/>
33. Martinez J, Mendoza V, Solano J. Calidad de vida relacionada a la salud en ancianos con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Centro Médico Solidario de Comas, Lima - 2018 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2020 [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.uh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/254/Martinez_JR_Mendoza_VE_Solano_JA_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Carrera P, Quijia D. Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial, del Hogar de Anciano Santa Catalina Labouré y Proyecto 60 y piquito del barrio Parque Inglés, durante el mes de junio 2017 [Internet]. [tesis de grado]. Quito-Ecuador: Universidad Católica del Ecuador; 2017 [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14082/Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial%2C del Hogar de Ancian.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14082/Evaluación%20de%20la%20calidad%20de%20vida%20del%20adulto%20mayor%20con%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20del%20Hogar%20de%20Anciano.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Elmosalami M, Mahammoud A, Al M. Hypertension and Health-Related Quality of Life: A Community Based Epidemiological Study in An Egyptian Village. *International Journal of Medical Arts* [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre de 2021];2(1):232-240. Disponible en: https://ijma.journals.ekb.eg/article_67649.html
36. Lichardo U. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento de salud de Surquillo-2019 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3436/T061_45193421_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y

37. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Revista Médica [Internet]. 2018 [citado 8 de diciembre de 2021];9(2):146-151. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md172g.pdf>
38. Burbano D. Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso [tesis de grado]. Bogota-Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad; 2017 [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62063/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
40. Saverino A, Zsirai E, Sonabend R, Gaggero L, Cevasco I, Pistarini C, et al. Health related quality of life in COVID-19 survivors discharged from acute hospitals: results of a short-form 36-item survey. F1000Research [Internet] 2021 [citado 25 de octubre de 2021];10(282):1-10. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/10-282>
41. Phillips AW, Durning SJ, Artino AR. Survey methods for medical and health professions education. Philadelphia-USA: Elsevier; 2021. 136 p.
42. RAND Corporation. 36-Item Short Form Survey (SF-36) [Internet]. California-Estados Unidos: Rand Corporation; 2019 [actualizado enero de 2019; citado noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
43. Ware J. SF-36 Health Survey Update. Spine [Internet]. 2000 [citado 27 de diciembre de 2021];25(24):3130-3139. Disponible en: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/SF_36_Health_Survey_Update.8.aspx
44. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; citado 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of->

helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

45. Brothers KB, Rivera SM, Cadigan RJ, Sharp RR, Goldenberg AJ. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2019 [citado 10 de enero de 2022];47(1):165-172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
46. Gómez P. Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2009 [citado 10 de enero de 2022];55(4):230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
47. Mazo H. La autonomía: principio ético contemporáneo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales* [Internet]. 2012 [citado 9 de diciembre de 2021];3(1):115-132. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/400244>
48. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. [Internet]. 2010 [citado el 9 de diciembre de 2021];22:121-157. *Veritas*. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
49. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *American Journal of Ophthalmology* [Internet]. 2015 [citado 9 de diciembre de 2021];28(2):228-233. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61154>

50. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet* [revista en Internet] 2017 [acceso 9 de diciembre de 2021]; 63(4): 555-564. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>
51. Zheng E, Xu J, Xu J, Zeng X, Tan W, Li J. Health-Related Quality of Life and Its Influencing Factors for Elderly Patients With Hypertension: Evidence From Heilongjiang Province, China. *Frontiers in Public Health* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 9: 1-8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.654822/full>
52. Hollmann W, Strüder H, Tagarakis C, King G. Physical activity and the elderly. *European Journal of Preventive Cardiology* [revista en Internet] 2007 [acceso 04 de enero de 2022]; 14(6): 730-739. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18043292/>
53. Vaz C, McAvay G. Antihypertensive medications and physical function in older persons. *Experimental Gerontology* [revista en Internet] 2020 [acceso 04 de enero de 2022]; 138(1): 1-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7395796/pdf/nihms-1610546.pdf>
54. Abu H, Aboumatar H, Carson K, Cooper L, Golberg R. Hypertension knowledge, heart healthy lifestyle practices and medication adherence among adults with hypertension. *Physiology & behavior* [revista en Internet] 2018 [acceso 04 de enero de 2022]; 176(1): 100-106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7220145/pdf/nihms-1585007.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CVRS								
TITULO: Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida relacionada a la salud	*Tipo de variable según su naturaleza: -Cualitativa * Escala de medición: Ordinal	Es la percepción de un individuo sobre diversos aspectos vinculados a su vida, considerando como estos van a influir de forma positiva o negativa en su condición de salud-bienestar (40).	Es la percepción de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en su consultorio de cardiología en Lima Norte, sobre diversos aspectos vinculados a su vida, considerando como estos van a influir de forma positiva o negativa en su condición de salud-bienestar, ello se va expresar en el funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, energía/fatiga, función social, función emocional, bienestar emocional y cambio de salud, el cual será evaluado con el cuestionario SF-36.	*Funcionamiento físico.	-Actividad física vigorosa	(10) 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	*CV Muy Baja	*0 a 20 puntos
	*Rol físico.			-Buena salud física para trabajar	(4) 13, 14, 15, 16	*CV Baja	*21 a 40 puntos	
	*Dolor.			-Presencia de dolor	(2) 21, 22	*CV Promedio	*41 a 60 puntos	
	*Salud general.			-Valoración de la salud.	(5) 1, 33, 34, 35, 36	*CV Alta	*61 a 80 puntos	
	*Energía / fatiga.			-Entusiasmo para hacer actividades	(4) 23, 27, 29, 31	*CV Muy Alta	*81 a 100 puntos	
	*Función social.			-Interacciones con otras personas	(2) 20, 32			
	*Función emocional.			-Equilibrio emocional	(3) 17, 18, 19			
	*El bienestar emocional.			-Tranquilidad y seguridad	(5) 24, 25, 26, 28, 30			
	*Cambio de salud.			-Percepción de su salud general desde hace 1 año	(1) 2			
								Se realizó una reconversión de los valores de puntaje bruto obtenido inicialmente luego de sumar los puntos de las alternativas señalada por los participantes, luego estos son convertidos a una escala de 0-100.

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO SF-36

I. PRESENTACIÓN

Estamos realizando una investigación, cuyo objetivo es determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio externo. Ante ello solicitamos su apoyo para responder las siguientes preguntas.

II. DATOS GENERALES

Edad: _____ años

Sexo:

Femenino Masculino

Estado Civil

Soltero(a) Casado Conviviente Divorciado(a) Viudo(a)

Nivel de instrucción : Sin instrucción Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan enunciados. Conteste marcando solo una respuesta según lo que usted perciba a su calidad de vida.

1. Según su estado de ánimo, su sueño, su iniciativa diaria; usted diría que su salud

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

general es:

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año 1.	Algo mejor ahora que hace un año 2.	Más o menos igual que hace un año .3.	Algo peor ahora que hace un año .4.	Mucho peor ahora que hace un año .5.
---	--	--	--	---

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted hace durante su día (salud actual)

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita Nada
3. ¿le limita realizar esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados, o practicar deportes que lo cansan mucho?			
4. ¿le limita hacer esfuerzos moderados, como mover la mesa, trapear, barrer, jugar con pelota o caminar más de una hora?			

5. ¿le limita llevar la bolsa de compras?			
6. ¿le limita subir varios pisos por la escalera?			
7. ¿le molesta subir un solo piso por la escalera?			
8. ¿le dificulta agacharse o arrodillarse?			
9. ¿le limita caminar un kilómetro o más?			
10. ¿le limita caminar varias cuadras? (más de cinco cuadras)			
11. ¿le limita caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12. ¿le limita bañarse o vestirse solo?			

Las siguientes preguntas refieren problemas en su trabajo o sus actividades cotidianas, durante las últimas 4 semanas.

	SI (1)	NO (2)
13. ¿tuvo que reducir el tiempo asignado para el trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
14. ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer (trabajar, ejercicios, cocinar, estudiar), a causa de su salud física?		
15. ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
16. ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido algún problema en su trabajo u actividades diarias como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	SI (1)	NO (2)
17. ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		
18. ¿hizo menos actividades diarias de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		
19. ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		

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

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

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?

No, ninguno 1.	Sí, muy poco 2.	Sí, un poco 3.	Sí, moderado 4,	Sí, mucho 5,	Sí, muchísim o 6,
----------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------	----------------------------

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

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

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

	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Much as vece s (3)	Alguna s veces (4)	Solo alguna vez (5)	Nunca (6)
23.¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? *						
24.¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso? *						
25.¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? *						
26. ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? *						
27. ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28.¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29.¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
30.¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
31.¿cuánto tiempo se sintió cansado o sin ánimo?						

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre 1.	Casi siempre 2.	Algunas veces 3.	Solo algunas veces 4.	Nunca 5.
---------------	--------------------	---------------------	--------------------------	-------------

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTO O FALSO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

	Totalmente cierta (1)	Bastante cierta (2)	No lo sé (3)	Bastante falsa (4)	Totalmente falsa (5)
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
34. Estoy sano como cualquiera					
35. Creo que mi salud va a empeorar					
36. Mi salud es excelente					

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

se le invita a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participara o no, debe tener conocer los apartados a continuación.

Título del proyecto: Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en su consultorio de cardiología en Lima Norte.

Nombre de los investigadores principales:

Delia Yessenia Arroyo Pablo

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en su consultorio de cardiología en Lima Norte.

Beneficios por participar: Conocerá los resultados del estudio por los medios más adecuados, los cuales serán utilidad en su salud.

Inconvenientes y riesgos: No tiene riesgos.

Costo por participar: No hará gastos

Confidencialidad: La información que brinde será confidencial.

Renuncia: Puede retirarse del estudio en cualquier momento

Consultas posteriores: Si tuviese preguntas adicionales acerca del estudio, puede dirigirse a Delia Yessenia Arroyo Pablo coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gomez presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria:

Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento del estudio.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído y entendido, el documento, señalando que no he sido influenciado para ser parte de la investigación, aceptando de forma voluntaria mi participación.

*Nombres y apellidos del participante o apoderado	*Firma o huella digital
*Nº de DNI:	
*Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
*Correo electrónico	
*Nombre y apellidos del encuestador(a)	*Firma
Delia Yessenia Arroyo Pablo	
*Nº de DNI	
45964327	
*Nº teléfono	
923995052	
*Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	*Firma o huella digital
*Nombre y apellido:	
*DNI:	
*Teléfono:	

Lima, 20 de octubre de 2021

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Anexo D. Validez de contenido del instrumento

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Promedios
Especialista 1	90%	90%	90%	88%	88%	89%
Especialista 2	95%	90%	91%	90%	90%	91%
Especialista 3	85%	95%	90%	95%	94%	92%
Especialista 4	90%	98%	90%	90%	90%	92%
Especialista 5	85%	90%	85%	85%	85%	86%
Promedio final						90%

VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO:	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

*La validez de contenido del instrumento fue de 90%, lo cual se interpreta como excelente.

Anexo E. Validez estadística del instrumento

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,901
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	6010,317
	gl	630
	Sig.	0,000

Anexo F. Confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,827	36