

**Caracterización de pacientes hipertensos del Distrito de Salud
Chambo-Riobamba**

Characterization of hypertensive patients from
Chambo-Rioamba Health District

Carlos Gafas González^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5361-5285>

Katiuska Figueredo Villa¹ <https://orcid.org/0000-0003-3457-737X>

Yolanda Elizabeth Salazar Granizo¹ <https://orcid.org/0000-0002-9352-9063>

Edgar Brossard Peña¹ Código <https://orcid.org/0000-0001-7527-2332>

Mayra Carola León Insuasti¹ <https://orcid.org/0000-0001-7228-3941>

Reina Luisa Pérez Columbié² <https://orcid.org/0000-0002-0184-709X>

¹Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud. Riobamba, Ecuador.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. cgafasg@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial afecta la salud individual a nivel mundial. En el Distrito de Salud Chambo-Riobamba del Ecuador, se evidenció incremento del número de adultos hipertensos.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes adultos y adultos mayores hipertensos atendidos.

Métodos: Investigación descriptiva transversal en el área de influencia del Distrito de Salud Chambo-Riobamba, Ecuador, entre noviembre 2017-marzo 2018. La población estuvo conformada por 287 individuos con diagnóstico de hipertensión arterial reportados por los Centros de Salud, y la muestra, de 188 pacientes, se determinó mediante muestreo no probabilístico. Se empleó el cuestionario "Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes".

Resultados: Las características sociodemográficas observadas en esta población evidencian predominio de individuos con edades comprendidas entre 65 y 79 años (42,56 %); el género femenino (69,15 %), la religión católica (82,46 %), la etnia mestiza (76,07 %), el estado civil casado (48,40 %), la convivencia con su esposo/a (42,02 %), el nivel de instrucción básica (47,35 %) y la profesión ama de casa (43,62 %).

Conclusiones: Prevalció el rango de adultos mayores hipertensos, con predominio del sexo femenino, religión católica, autoidentificación mestiza, estado civil casado y nivel de instrucción básica. Las características clínicas mayormente referidas fueron problemas de visión, edemas en miembros inferiores, cefalea, cansancio, mareo, insuficiencia cardiaca, artritis y dolor articular. Los factores de riesgo modificables observados fueron la exposición a hábitos tóxicos como el consumo de café, tabaco y alcohol.

Palabras clave: hipertensión arterial; características sociodemográficas y clínicas; factores de riesgos.

ABSTRACT

Introduction: High blood pressure affects individual health worldwide. In Chambo-Riobamba Health District of Ecuador, there was an increase in the number of hypertensive adults.

Objective: To describe the sociodemographic and clinical characteristics of hypertensive adult and elderly patients treated in health centers of Chambo-Riobamba Health District, Ecuador.

Methods: Cross-sectional descriptive research carried out in the area of influence of Chambo-Riobamba Health District, Ecuador, between November 2017 and March 2018.

The study population consisted of 287 individuals with a diagnosis of arterial hypertension reported by the health centers; the sample was made up by 188 patients and determined by non-probabilistic sampling. The questionnaire "Scale of quality of life and patient satisfaction" was used.

Results: The sociodemographic characteristics observed in this population show a predominance of individuals aged between 65 and 79 years (42.56%), the feminine gender (69.15%), the Catholic religion (82.46%), the mestizo ethnic group (76.07%), the married marital status (48.40%), the coexistence with his/her spouse (42.02%), the level of basic education (47.35%), and the profession of housewife (43.62%).

Conclusions: The rank of hypertensive elderlies prevailed, with female sex, the Catholic religion, the mixed race self-identification, married marital status and basic education level. The clinical features mostly referred to were vision problems, edema in the lower limbs, headache, tiredness, dizziness, heart failure, arthritis, and joint pain. The modifiable risk factors observed were exposure to toxic habits, such as coffee, and tobacco and alcohol consumption.

Keywords: arterial hypertension; sociodemographic and clinical characteristics; risk factors.

Recibido: 23/05/2018

Aprobado: 27/10/2018

INTRODUCCIÓN

Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2017 las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representaron un problema de salud pública no resuelto, y constituyeron las principales causas de muerte y discapacidad a nivel

universal. Estas se caracterizan por ser entidades de larga duración, resultantes de la combinación de varios factores individuales y colectivos: genéticos, fisiológicos, ambientales, conductuales, dietéticos; así como aquellos de riesgos metabólicos relacionados con la obesidad y el sedentarismo, aumento de la glucosa en sangre y los triglicéridos. De esta forma, aparecieron enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial (HTA).⁽¹⁾

En ese mismo año, la OMS afirmó que a nivel mundial fallecen cada año 40 millones de personas a causa de ECNT, cifra que representa el 70 % de todas las muertes por ese tipo de enfermedades; de las cuales, casi la mitad ocurren prematuramente, lo que expresa que acontecen antes de que el individuo alcance los 70 años la edad. Del abanico de entidades que se agrupan bajo la clasificación general antes dicha, las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17,7 millones de pérdidas de vida humanas a nivel universal.⁽¹⁾

Autores como *Weschenfelder y Gue*,⁽²⁾ plantean que la HTA es considerada una enfermedad y factor de riesgo en sí misma, que al no ser controlada oportunamente puede provocar complicaciones, como el infarto agudo de miocardio, la hipertrofia ventricular y la insuficiencia cardíaca. A nivel de los vasos sanguíneos puede producir aneurismas y zonas de debilidad en la pared vascular, lo que aumenta las probabilidades de obstrucción o hemorragia de sangre hacia el cerebro y puede esto causar accidente cerebro vascular.

Al analizar la relación entre HTA y los antecedentes patológicos personales y familiares, autores como *Galarza* y otros.⁽³⁾ plantean que la existencia de estos incrementan en un 25 % la probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida. De igual manera, la presencia de un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 25, expresión que ubica al enfermo en la categoría sobrepeso, constituye uno de los factores de riesgo más importantes para padecerla.

La OMS, en su informe general sobre HTA en el mundo, ratifica el posicionamiento clínico teórico de que esta enfermedad cursa con una variada sintomatología de origen multicausal; entre los que se encuentran: cefalea, zumbido de oídos, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitations y hemorragia nasal, y otros. Al respecto, resulta importante destacar que si bien la sola presencia de los mismos no es indicativa de esta enfermedad, la existencia de estos puede ser peligrosa y constituir una señal de advertencia de la necesidad de

modificar significativamente el estilo de vida de los pacientes que padecen algunos de estos síntomas.⁽⁴⁾

Entre las características sociodemográficas que afectan a esta enfermedad, se encuentra que la misma aumenta con la edad, disminuye con la escolaridad elevada y en sociedades con mejores condiciones de vida. Afecta con mayor frecuencia a individuos de la raza negra, sobrepesos, diabéticos y en aquellos que transitan por la viudez; mientras que su prevalencia es menor en personas solteras.⁽²⁾

Según *Zubeldia* y otros,⁽⁵⁾ este tipo de enfermedad cardiovascular es responsable de aproximadamente 7,5 millones de muertes a nivel mundial, evidencia científica que la posiciona como un problema de salud pública global. Al analizar la relación entre el aporte que la morbilidad hace a la mortalidad, diferentes autores coinciden en que, en el caso de América Latina, la primera contribuye con un elevado número de pacientes portadores de ese diagnóstico, dato que fluctúa entre el 20 % y 35 % del total de la población adulta que conforma ese extenso territorio que agrupa a más de una veintena de países del continente americano.^(1,2,3,4,5,6,7)

Al respecto, según resultados investigativos ofrecidos por *Galarza* y otros,⁽³⁾ la prevalencia global de esta enfermedad varía de un país y localidad a otra; en el año 2014, dicho indicador mostró un comportamiento ascendente en algunos países de la región: Colombia, 23 %; Ecuador, 28,7 %; Nicaragua, 31,6 %; y Venezuela, 33 %.

En el caso particular Ecuador; en ese mismo año el Ministerio de Salud Pública (MSP) tras la aplicación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU) puso a disposición de la comunidad científica la tasa de prevalencia de HTA calculada por etnias en individuos de ambos sexos, entre las edades de 18 y 59 años de edad; información que se muestra en orden decreciente como sigue: 13,6 % en montubios, 13,4 % en afroecuatorianos y 5,3 % en población indígena.⁽⁶⁾

Los datos antes referidos posicionan a Ecuador entre uno de los países con mayor número de hipertensos en población adulta, situación, aunque similar a la que acontece a escala mundial, requiere del desarrollo de acciones dirigidas a mitigar las consecuencias resultantes de esa enfermedad y sus complicaciones.^(8,9)

En el contexto local de la Zona 3, según datos ofrecidos por el MSP en su ejercicio académico gubernamental de rendición de cuentas a la población y a la comunidad científica nacional e internacional; sustentado en los datos recopilados mediante la aplicación de la encuesta ENSANUT-ECU,⁽⁶⁾ se reportó en el año 2014 una prevalencia de hipertensión para ambos sexos en una población con edades superiores a los 18 años de 4376 pacientes; cifra predictivamente creciente.

En correspondencia con esa opinión estatal, los datos ofrecidos por el MSP en su documento sobre las principales causas de morbilidad ambulatoria de julio de 2017⁽⁹⁾ corroboran dicho juicio especializado, al mostrar una prevalencia de 1469 hipertensos en el Distrito de salud Chambo-Riobamba.

Es necesario que el Estado, los gobiernos locales y de salud y las comunidades en general, intensifiquen sus esfuerzos para promover el desarrollo de conductas generadoras de salud entre la población ecuatoriana. Se propone como objetivo describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes adultos y adultos mayores hipertensos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con enfoque mixto; en las 24 unidades de salud que conforman el Distrito Chambo-Riobamba (Flores, Guantul, San Luis, Chambo, Llucud, San Francisco, Pungalá, Puruhay, Guaslan, Licto, San Ana de Guagñag, Santa Rosa, Cubijies, Quimiac, San Juan, Calpi, Lican, Cacha Chuyug, Cacha Guashi, Cacha Machangara, Pucara Quinchi, San Miguel de Quera, La Panadería y La Georgina); durante el periodo de noviembre de 2017 a enero de 2018.

La población de estudio estuvo conformada por 287 individuos con diagnóstico de hipertensión arterial reportados por los Centros de Salud donde se desarrolló la investigación. Para la selección de la muestra, se siguió un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, se seleccionaron aquellos pacientes hipertensos con edades iguales o superiores a los 20 años, con óptimo estado de salud mental, que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio, los cuales se encontraron en sus viviendas en el momento en que se realizaron las visitas domiciliarias (188 pacientes).

Se utilizaron métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de los datos se empleó la encuesta, a través de un cuestionario cerrado denominado "Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes" (ECVS-P), tomado de Peñacoba y col., y adaptado por *Figueroa*.⁽¹⁰⁾ Este instrumento permitió describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en la muestra de estudio; así como identificar las dimensiones de calidad de vida y satisfacción afectadas en los mismos.

La ECVS-P quedó conformada por 16 preguntas con un formato de respuestas politómicas en las categorías de "poco", "medio", "bastante" y "nada" y que permiten explorar cuatro niveles de afectación de la CV. Las primeras once preguntas indagan sobre dimensiones básicas de CV referente a aspectos físicos, clínicos, funcionales, psicológicas, económicos, laborales, sociales y familiares. Los siguiente cuatro interrogantes valoran la satisfacción del paciente con los recursos materiales que le brinda la unidad asistencia a la que pertenece, para el cuidado de su salud; así como los que se encuentran disponibles en la unidad operativa para su atención, y el trato que reciben por parte del equipo de sanitario.

La última valora el nivel general de satisfacción que tiene el individuo hipertenso con su vida en el momento en el que se aplicó el instrumento, valoración que se efectúa a través de tres posibles opciones de respuestas que permite apreciar la CV global referida por el enfermo.

El análisis de los datos se realizó mediante el uso de la estadística descriptiva, lo que permitió recopilar la información observada en frecuencias absolutas y relativas (porcentaje), las que fueron recogidas en tablas elaboradas en Microsoft Excel, para facilitar su procesamiento. Para evitar el sesgo de obtención de información por errores de observación, la investigadora principal capacitó al equipo investigador, lo que permitió homogeneizar las observaciones, utilizando para ello definiciones operacionales sobre el instrumento validado empleado.

Se tomaron en consideración los elementos éticos de la investigación científica, al respetar la autodeterminación de los sujetos a participar en el estudio y solicitar las debidas autorizaciones. La disposición de los resultados se hizo de manera tal que reflejara la no maleficencia o malevolencia del equipo de trabajo al exponer los mismos.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas observadas en la población de estudio evidencian que predominó el grupo etario de individuos con edades comprendidas entre los 65 y 79 años (42,56 %); el género femenino (69,15 %), la religión católica (82,46 %), la etnia mestiza (76,07 %), el estado civil casado (48,40 %), la convivencia con su esposo/a (42,02 %), el nivel de instrucción básica (47,35 %) y la profesión ama de casa (43,62 %) (**Tabla 1**).

Tabla 1- Distribución porcentual de la población de estudio según características sociodemográficas

Variables	Escala	No.	%
Edad	20-34	3	1,59
	35-49	6	3,19
	50-64	38	20,21
	65-79	80	42,56
	80 en adelante	61	32,45
Género	Femenino	130	69,15
	Masculino	58	30,85
Religión	Católico	155	82,46
	Evangélico	25	13,29
	Cristiano	7	3,72
	Testigo de Jehová	1	0,53
Identificación	Blanco	1	0,53
	Mestizo	143	76,07
	Indígena	43	22,87
	Afro-ecuatoriano	1	0,53
Estado Civil	Soltero/a	24	12,77
	Casado/a	91	48,40
	Divorciado/a	12	6,38
	Viudo/a	61	32,45
Nivel de Instrucción	Básica	89	47,35
	Bachillerato	10	5,32
	Nivel Técnico	1	0,53
	Tercer Nivel	3	1,59
	Ninguno	85	45,21
Profesión u oficio	Ama de casa	82	43,62
	Agricultor	54	28,72
	Chofer	6	3,19
	Costurera	6	3,19

	Cocinero/a	4	2,13
	Comerciante	13	6,92
	Empleada	20	10,64
	Ninguno	3	1,59
Jubilado	Si	2	1,06
	No	186	98,94
Convivencia	Esposa/o	79	42,02
	Hijo/a	44	23,41
	Sola/o	30	15,96
	Esposo/a e Hijos/as	19	10,11
	Nietos	1	0,53
	Hijos/as y nietos	3	1,59
	Esposa/o, Hijos/as, Nietos/as	9	4,79
	Otra persona	3	1,59

A pesar de que en la muestra de estudio no se observó la presencia mayoritaria de factores de riesgo asociados a la HTA (**Tabla 2**), el diagnóstico de esta enfermedad entre los adultos mayores pudiera estar asociado al consumo de café y tabaco. Entre las características clínicas asociadas a la HTA pudo observarse que en la muestra de estudio predominó la no existencia de consecuencias derivadas de dicha entidad. Sin embargo, resulta importante destacar que aunque solo un menor porcentaje de pacientes refieren presentar complicaciones, estas se asocian con mayor fuerza a los problemas de visión y cefalea, y constituye la primera una causa de invalidéz total o parcial ([Tabla 3](#)). (**Tabla 2 pendiente; está completa?**) *Ichi*

Tabla 2- Distribución porcentual de la población de estudio según características clínicas

Variables	Escala	No.	%
Consecuencias enfermedad	Sí	1	0,53
	No	187	99,47
¿Cuáles?	Problemas de visión	11	5,85
	Edema	3	1,59
	Cefalea	10	5,32
	Cansancio	9	4,79
	Mareo	3	1,59
	Insuficiencia cardíaca	4	2,14
	Ninguno	148	78,72
Padece otras enfermedades	Sí	65	34,57
	No	123	65,43
¿Cuáles?	Várices	1	0,53
	Artritis	25	13,32
	Artrosis	1	0,53
	Migraña	3	1,59
	Lumbalgia	1	0,53
	Problemas de visión	4	2,14
	Dolor articular	12	6,39
	Hipoacusia	7	3,72
	Reumatitis aguda	3	1,59
	Tiroides	3	1,59
	Osteoporosis	1	0,53
	Problemas oftálmicos y auditivos	3	1,59
	Cefalea	2	1,06
	Ninguno	122	64,89

Tabla 4- Distribución porcentual de la población de estudio según dimensiones básicas de calidad de vida

Dimensiones	Escala							
	Nada		Poco		Medio		Bastante	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cambios que su enfermedad ha provocado	31	16,49	59	31,38	50	26,59	48	25,53
Cambios de carácter o de comportamiento	109	57,98	31	16,49	28	14,89	20	10,64
Limitación en su actividad física	49	26,06	47	25,0	43	22,87	49	26,06
Adaptación a las limitaciones	31	16,49	20	10,64	47	25,0	90	47,87
Independencia en el cuidado personal	26	13,83	12	6,38	19	10,11	131	69,68
La enfermedad le produce limitaciones al realizar actividades	54	28,72	51	27,13	46	24,47	37	19,68
Afecta su descanso	96	51,06	59	31,38	24	12,77	9	4,78
Problemas económicos por su enfermedad	75	39,89	61	32,45	30	15,96	22	11,70
Limitación de las relaciones con las demás personas	137	72,87	28	14,89	10	5,31	13	6,91
Limitación en su trabajo	63	33,51	61	32,45	31	16,49	33	17,55
Ha afectado a su familia	139	73,94	28	14,89	14	7,44	7	3,72

Las dimensiones básicas de CV estudiadas se clasificaron en las categorías de "nada", "poco", "medio" y "bastantes"; prevalecieron aquellas que causan cambios en la vida del adulto mayor hipertenso (83,51 %), que provocan limitación en la actividad física (73,93 %), que le causan al paciente limitaciones para realizar las actividades de su vida diaria (71,28 %), que ocasionan problemas económicos (60,11 %) y las que producen limitaciones para trabajar (66,49 %) (Tabla 4).

Al explorar la satisfacción del paciente con la atención de salud, pudo observarse que el rango "bastante" predominó entre las dimensiones estudiadas. En relación a estas, la pregunta formulada para indagar si la unidad de salud proporciona recursos para el cuidado, más de la mitad de la muestra (53,19 %) respondió de forma afirmativa. De igual manera, esa proporción de pacientes se encuentra satisfecha con la atención; mientras que el (54,79 %) está conforme con el trato del personal de salud (Tabla 5).

La valoración emitida por los adultos mayores que conformaron la muestra de estudio en relación con el nivel general de satisfacción referido por estos con su vida, pudo observarse que la mayoría de estos (80,3 %) se encuentran satisfechos consigo mismo.

Tabla 3- Distribución porcentual de la población de estudio según dimensiones en relación de la satisfacción con la atención de salud

Dimensiones	Escala							
	Nada		Poco		Medio		Bastante	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?	2	1,06	28	14,89	66	35,11	92	48,94
¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad?	2	1,06	22	11,70	64	34,04	100	53,19
¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?	1	0,53	43	22,87	40	21,28	104	55,32
¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?	1	0,53	42	22,34	42	22,34	103	54,79

DISCUSIÓN

Resultados similares a los observados en la presente investigación, fueron evidenciados por autores como *González y otros*⁽¹¹⁾ en el año 2017, en una población de adultos mayores hipertensos, investigación en la que observaron un predominio de la enfermedad en pacientes del sexo femenino, afección mayormente presente en individuos del grupo de 65 y más años de edad, demostrando que a medida que avanza la edad se incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad y con ello las complicaciones, por lo que se debe dar prioridad a este grupo de etario.

En una investigación realizada en el 2014 sobre la caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años de edad, *Hernández y otros*,⁽¹²⁾ observaron que la mayoría de la población poseía una educación secundaria básica, seguida por el primario terminado y finalmente los universitarios; el 54,6 % de esa muestra de estudio no contaba con ninguna vinculación laboral y los pacientes más propensos a padecer HTA y sus complicaciones fueron los jubilados.

Dicha similitud de resultados con los alcanzados en la investigación que se presenta, explica que el nivel de instrucción es un elemento a considerar debido a que a medida que este aumenta, existirá una mayor colaboración del paciente para la realización del autocuidado a su salud.

Entre los cuidados a desarrollar por el propio paciente hipertenso, con óptimo estado de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria y de salud mental, se encuentra la capacidad para llevar una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo y la realización de acciones tendientes al desarrollo de una conducta generadora de salud, que contribuya al control de la enfermedad.

En cuanto a la vinculación laboral, el resultado encontrado refleja que la mayoría de pacientes incluidos en el estudio se dedican al quehacer de la casa. No se encontró similitud con la variable jubilación, ya que en el presente estudio la mayor cantidad de pacientes con HTA no se ubican en esa condición de inactividad laboral.

Resultados similares sobre la caracterización del paciente hipertenso, fueron reportados por *Bravo*,⁽¹³⁾ en su investigación, donde de forma mayoritaria predominaron los individuos de etnia mestiza que viven en la zona rural. Resultado que coincide con el nuestro, coincidencia que pudiera estar relacionada con procedencia rural de la muestra de estudio.

A pesar de que en la muestra no se observó la presencia mayoritaria de factores de riesgo asociados a la HTA, el diagnóstico de esta enfermedad entre los adultos mayores pudiera estar asociado al consumo de café y tabaco; hábitos tóxicos que se comporta como un factor de riesgo modificable, sobre los cuales se debe incidir para disminuir la prevalencia de esta entidad y evitar las complicaciones que de los mismos se puedan derivar, entre los que se destacan la precipitación de la aterosclerosis y el daño vascular.

Los resultados encontrados en nuestro estudio, no coinciden con los observados por *Hechavarria* y otros⁽¹⁴⁾ quienes en su investigación dirigida a la caracterización de pacientes con hipertensión arterial hallaron que los principales factores de riesgo que se asocian esta patología resultaron ser el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Oliveira y otros⁽¹⁵⁾ igualmente observaron que al indagar sobre los principales problemas de salud que afectan la calidad de vida de los adultos mayores con HTA, los problemas de la

visión y de columna constituyeron las enfermedades mayormente representadas. En ambas investigaciones se corroboró que la muestra de estudio presentaba problemas de visión, complicación que pudiera estar asociada a la edad del paciente o la presencia de comorbilidad ocular.

En las dimensiones básicas de CV estudiadas, prevalecieron aquellas que causan cambios en la vida del adulto mayor hipertenso, provocan limitación en la actividad física, causan al paciente limitaciones para realizar las actividades de su vida diaria, ocasionan problemas económicos y las que producen limitaciones para trabajar. Resultados similares a este estudio fueron referidos por *Oliveira y otros*⁽¹⁵⁾ en su análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. Al respecto, este autor refiere la existencia de una baja CV relacionada con la salud en pacientes hipertensos en algunas de las dimensiones como las que exploran la función física, el dolor corporal y la salud general. Referente al grado de dependencia, esos mismos investigadores observaron que la mayoría de los pacientes presentaron una dependencia catalogada como leve, seguido de que los que refieren independencia total.

Al explorar la satisfacción del paciente con la atención de salud, pudo observarse que el rango "bastante" predominó entre las dimensiones estudiadas. Similares resultados se obtuvieron en la investigación realizada por *Azcarate y otros*⁽¹⁶⁾ sobre percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de HTA sistémica, en la que se observó que el grado de satisfacción que tenían los pacientes de acuerdo con la calidad de la atención médica que percibieron resultó satisfactoria en la mayoría, seguida de regular y poco satisfactoria.

Martos,⁽¹⁷⁾ indagó la satisfacción vital, salud y apoyo social en pacientes con HTA, y reportó que los individuos que conformaron su estudio refirieron sentirse satisfechos con su vida, aunque percibían algunos síntomas de enfermedad.

En conclusión, se observó un predominio de la hipertensión arterial en adultos mayores con edades entre 65 y 79 años de edad, del sexo femenino, religión católica, auto identificación mestiza, estado civil casado y nivel de instrucción básica.

Las características clínicas mayormente referidas por la muestra de estudio como consecuencias de la enfermedad hipertensiva fueron los problemas de visión, el edema en

miembros inferiores, la cefalea, el cansancio, el mareo, la insuficiencia cardiaca, la artritis y el dolor articular.

A pesar de haber transcurrido algunos años de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural a nivel nacional, aún en el contexto de estudio no son palpables los cambios esperados en el estado de salud del paciente hipertenso como influencia educativa que ese lineamiento pueda generar a nivel individual y colectivo. Como expresión de lo antes dicho, se observó la presencia de factores de riesgos modificables asociados a la HTA entre los que se destacan el consumo de café y tabaco, para lo cual se propusieron acciones y actividades específicas de enfermería dirigidas a modificar ese comportamiento y evitar complicaciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2017 [acceso: 15/02/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Glob.* 2012 [acceso: 15/02/2018];11(26):344-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Galarza E, Maldonado M, Suquinagua E, Mosquera G. Factores de riesgo de hipertensión arterial: prevalencia y análisis multivariable en los conductores de taxis de la ciudad de Cuenca-Ecuador, año 2014. *Rev. Fac Cienc Méd Univ Cuenca Mayo.* 2016 [acceso: 10/03/2018];34(1):56-64. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/969>
4. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. OMS; 2013 [acceso: 03/12/2017];2. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1
5. Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. Prevalencia de la hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad valenciana. *Rev*

Esp. Salud Pública. 2016 [acceso: 16/02/2018];90(1):1-7. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_LZL.pdf

6. Ministerio de Salud Pública. Del Ecuador. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT. 2014 [acceso: 15/02/2018]:143-641. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

7. Piña I. Atención integral en la nueva guía del American College of Cardiology y la American Heart Association sobre hipertensión. Medscape. 2017 [acceso: 15/02/2018]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000077#2>

8. Peña M, Acuña C, Montoya R, Araúz V, Díaz C, Butrón B, et al. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Rev Inf. 2014 [acceso: 16/02/2018];32:24-30. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599

9. Ministerio de Salud Pública. Perfil de morbilidad ambulatoria 2017 - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de información de salud-DNEAIS|Tableau Public. DNEAIS. 2017 [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbilidadambulatoria2017/Men>

10. Figueredo K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado [tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2014 [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: <https://cuba.campusvirtualsp.org/intervencion-de-cuidados-paliativos-domiciliarios-para-mejorar-la-calidad-de-vida-de-las-mujeres-con>

11. González R, Lozano J, Aguilar A, Gómez O, Díaz M. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017 [acceso: 14/02/2018];33(2):199-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005

12. Hernández L, Pérez V, de la Vega T, Alfonso O, Quijano J. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Ana

Betancourt". Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [acceso: 14/02/2018];30(1):59-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100006

13. Bravo R. Estudio Descriptivo: Caracterización del Paciente Hipertenso en el Centro de Salud de la Parroquia El Valle Durante el Periodo 2010-2014, Cuenca. Revista Médica HJCA. 2016 [acceso: 30/11/2017];8(1):14-8. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/61>

14. Hechavarria M, Fernández N, Betancourt I. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en un área rural de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2014 [acceso: 14/02/2018];18(4):509-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000400007&script=sci_arttext&tlng=en

15. Oliveira G, Aparecida F, Sousa M, Fernández N, Dos Santos P. Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de Minas Gerais, Brasil. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015 [acceso: 14/02/2018];32(1):58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

16. Azcarate E, Hernández I, Guzmán M. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. ATEN FAM. 2014 [acceso: 14/02/2018];21(3):83-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300232>

17. Martos M. Análisis de la Satisfacción Vital, Salud y Apoyo Social en Pacientes con Hipertensión Arterial. Rev Psicol la salud. 2016 [acceso: 14/02/2018];4(1):24-59. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5816455>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Katiuska Figueredo Villa: Se desempeñó como investigadora principal, capacitó al equipo de investigación responsable de aplicar el instrumento de ECVS-P. Creó la base de datos, compiló los resultados, participó en la recolección de los datos en 4 unidades de salud, en el procesamiento estadístico y análisis e interpretación de estos y en la redacción del informe final de la investigación.

Carlos Gafas González: Aplicó el instrumento de ECVS-P en 5 unidades de salud, participó en el procesamiento estadístico, análisis e interpretación de los datos y en la redacción del informe final de la investigación.

Yolanda Elizabeth Salazar Granizo: Aplicó el instrumento de ECVS-P en 5 unidades de salud, participó en el análisis e interpretación de los datos y en la redacción del informe final de la investigación.

Edgar Brossard Peña: Aplicó el instrumento de ECVS-P en 5 unidades de salud, participó en el análisis e interpretación de los datos y en la redacción del informe final de la investigación.

Mayra Carola León Insuasti: Aplicó el instrumento de ECVS-P en 5 unidades de salud, participó en el análisis e interpretación de los datos y en la redacción del informe final de la investigación.

Reina Luisa Pérez Columbié: Participó en el análisis e interpretación de los datos y en la redacción del informe final de la investigación.