

IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN Y/O DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA CALIDAD DE VIDA Y PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BOCA CANASTA, BANÍ

Impact of hypertension and/or type 2 diabetes mellitus on quality of life and perception of disease in patients at the primary care center of Boca Canasta, Baní

Mariluz Méndez¹, Víctor Núñez², Nestor Barinas³, Daphne Barranco⁴, Pedro Ureña⁵, Nadja García⁶

Recibido: 05/03/2025 • Aceptado: 14/06/2025

Cómo citar: Méndez, M., Núñez, V., Barinas, N., Barranco, D., Ureña, P., García, N. (2026). Impacto de la hipertensión y/o diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida y percepción de enfermedad en pacientes del centro de atención primaria de Boca Canasta, Baní. *Ciencia y Salud*, 10(1), 17-26. <https://doi.org/10.22206/cisa.2026.v10i1.3491>

Resumen

Introducción: Las ENT, según la OMS, están asociadas a factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales, generalmente de larga duración. Anualmente, 17 millones de personas <70 años mueren por enfermedades crónicas. **Objetivo general:** determinar correlación entre la carga de enfermedad, medida en AVAD, y la percepción de calidad de vida en pacientes con HTA o DM2. **Objetivos específicos:** (1) identificar la capacidad para realizar actividades diarias de aquellos pacientes con HTA y/o DM2; (3) describir la calidad de vida en pacientes que presenten

Abstract

Introduction: WHO links non-communicable diseases to genetic, physiological, environmental and behavioral factors, generally of long duration. Every year, 17 million people <70 years of age die from chronic diseases. **General objective:** to determine the correlation between the burden of disease, measured in DALYs, and the perception of quality of life in patients with HTN or DM2. **Specific objectives:** (1) to identify the daily functional capacity of patients with HTN or T2DM; (2) to describe the quality of life of patients with T2DM or hypertension; (3) to establish

¹ Estudiante de Medicina, Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6862-1571>, email: mariluzmendezg@gmail.com

² Estudiante de Medicina, Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0027-0732>, email: nunezv190@gmail.com

³ Estudiante de Medicina, Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0047-9638>, email: nestorbarinas31@gmail.com

⁴ Estudiante de Medicina, Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2045-8903>, email: daphne.barranco@gmail.com

⁵ Cardiólogo Intervencionista, Medicina Cardiovascular Avanzada, Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4417-8735>, email: purena@mca.com.do

⁶ Doctora en Medicina, Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1806-8989>, email: nadjag9@gmail.com



DMT2 o HTA. **Metodología:** estudio observacional, prospectivo, analítico y de corte transversal siguiendo guía STROBE. Se calculó muestra de 85 pacientes utilizando fórmula de correlación de Pearson. Se emplearon cuestionarios estandarizados y estadística inferencial (Spearman, ANOVA) que investigó si hay correlación entre carga de la enfermedad, la percepción de calidad de vida y la percepción de enfermedad. **Resultados:** se encontró una correlación negativa débil (-0,5) entre los años de vida ajustado a discapacidad (AVAD) y la calidad de vida, mientras que los AVAD y la percepción de la enfermedad mostraron una correlación positiva (1,0). **Conclusiones:** a mayor AVAD, menor calidad de vida percibida y mayor percepción de enfermedad. Los pacientes con HTA o DM2 reportaron percepciones moderadas a bajas de su calidad de vida y el impacto de la enfermedad, lo que pone de manifiesto importantes desafíos relacionados con la enfermedad.

Palabras clave: Años de vida ajustados a discapacidad, hipertensión, percepción de enfermedad, calidad de vida, diabetes mellitus tipo 2.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades no transmisibles (ENT) como aquellas no provocadas por infecciones agudas, producto de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento, y de larga duración¹. Entre las principales se incluyen las enfermedades cardiovasculares y la diabetes². La OMS señala que 17 millones de personas <70 años mueren a causa de ENT, de las cuales el 86 % ocurre en países de bajo/medio nivel socioeconómico¹. En EE. UU., cada vez es mayor la población que padece enfermedades crónicas: el 42 % tiene ≥ 2 , y el 12 %, al menos cinco³. Se estima que 129 millones de personas padecen al menos una enfermedad crónica grave⁴.

Para evaluar el impacto total de mortalidad, se emplearon los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), que integran los años de vida perdidos por mortalidad prematura y los años vividos con discapacidad por estados de salud subóptimos. Un AVAD equivale a la pérdida de un año de salud plena⁵.

the relationship between the levels of anxiety and depression with the presence of DM2 or HTN in the affected patients. **Methods:** observational, prospective, analytical and cross-sectional study following STROBE guidelines. A sample of 85 patients was calculated using Pearson's correlation formula. Standardized questionnaires and inferential statistics (Spearman, ANOVA) were used to investigate whether there is a correlation between burden of disease, perception of quality of life and perception of disease. **Results:** a weak negative correlation (-0.5) was found between DALYs and quality of life, while DALYs and disease perception showed a positive correlation (1.0). **Conclusions:** the higher the DALY, the lower the perceived quality of life and the greater the perception of disease. Patients with HTN or DM2 reported moderate to low perceptions of their quality of life and the impact of the disease, highlighting important disease-related challenges.

Keywords: Disability-adjusted life years, hypertension, disease perception, quality of life, type 2 Diabetes Mellitus.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades establece que la presión arterial normal oscila entre 90/60 y 120/80 mmHg, y define la hipertensión arterial (HTA) como una tensión arterial superior a estos valores⁶.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), es una enfermedad que provoca un aumento del azúcar en sangre⁷ y afecta a 62 millones de personas en las Américas y a 422 millones a nivel mundial, siendo la DM tipo 2 la más prevalente⁸.

El manejo de la HTA como la DM2 lleva un régimen farmacológico como no farmacológico^{8,9}. El cambio en el estilo de vida es vital en ambas condiciones^{8,9}. Igualmente, el acompañamiento de un régimen farmacológico es la clave para el manejo óptimo. Para la HTA se utilizan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los bloqueadores de angiotensina II, antagonistas de calcio y los diuréticos tiazídicos⁹. Mientras que para la DM2, la Asociación Americana de Diabetes recomienda abordar seis áreas: control glucémico,

modificaciones en el estilo de vida, farmacoterapia, educación para el automanejo, monitorización de complicaciones y apoyo psicosocial¹⁰.

Por tanto, se planteó como objetivo general: determinar si existe correlación entre la carga de enfermedad, medida en términos de AVAD, y la percepción de calidad de vida en pacientes con HTA o DM2. Se plantearon como objetivos específicos¹: identificar la capacidad para llevar a cabo actividades diarias de pacientes con HTA o DM2²; describir la calidad de vida de los pacientes que presenten DM2 o HTA³, establecer la relación entre los niveles de ansiedad y depresión con la presencia de la DM2 o HTA en los pacientes afectados⁴, comparar la percepción de la enfermedad de acuerdo con el tipo de condición.

Esta investigación se enfocó en responder la siguiente pregunta clínica bajo formato POT: ¿Cuál es el impacto de la carga de enfermedad en la calidad de vida y percepción de enfermedad en pacientes con HTA y/o DM2 durante el período noviembre 2024 – enero 2025?

Material y métodos

Diseño de estudio

Este estudio se caracterizó por ser observacional, prospectivo, de corte transversal regido por los parámetros de la guía STROBE, y analítico. Se analizaron aspectos tales como la calidad de vida, la autopercepción de la enfermedad, la capacidad para llevar a cabo actividades diarias y condiciones de salud mental.

Participantes

El estudio constó de un muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando un cálculo muestral basado en la correlación de Pearson, $N = \left[\left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{C} \right)^2 + 3 \right]$, donde $C = 0.5 * \ln \left[\frac{1+r}{1-r} \right]$. Z_{α} representa la desviación estándar

normal para α igual a 1.9600 que representa una significancia de 0.05 y Z_{β} representa la desviación estándar normal β igual a 0.8416 con potencia estadística de 80 %. Se utilizaron los parámetros estándares para α de 0.05 que representa un intervalo de confianza de un 95 %; un valor para β de 0.20 que representa la probabilidad de no rechazar la hipótesis nula bajo la hipótesis alternativa, y por último un valor de 0.3 para r que representa el coeficiente de correlación esperado. Al sustituir los datos correspondientes en la fórmula de correlación, obtuvimos un total de 85 pacientes para la muestra para una correlación mínima de 0.3 y una confianza de 95 %¹¹.

La investigación se realizó en Boca Canasta, Peravia, República Dominicana, entre noviembre de 2024 y enero de 2025. Los criterios de inclusión fueron: pacientes entre 18 y 65 años, residentes de la comunidad de Boca Canasta o que recibieron atención en el centro de primer nivel de la comunidad y pacientes previamente diagnosticados con DM2 o HTA y bajo tratamiento médico. Se establecieron como criterios de exclusión: pacientes con alteraciones cognitivas y embarazadas.

Proceso de recolección de datos

Se realizó un cuestionario de 70 preguntas con escalas estandarizadas, como el cuestionario de salud “EQ-5D-5L”; la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), la escala “WHOQOL-BREF” de la OMS, y el cuestionario breve de percepción de enfermedad (B-IPQ). Las mismas han sido traducidas oficialmente al español y utilizadas en poblaciones latinoamericanas similares a la cultura dominicana por lo que se justifica su uso. Sin embargo, no se encontró datos de su uso en la población dominicana.

Análisis estadístico y manejo de datos

Para establecer la correlación entre los AVAD, con la percepción calidad de vida y la percepción de

enfermedad, se aplicó la prueba del coeficiente de correlación de Spearman.

Los datos empleados para el cálculo de los AVAD de los pacientes diabéticos e hipertensos se derivaron de la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud del año 2019^{12, 13}. Para la población de pacientes que presentan ambas condiciones, el cálculo de los AVAD se realizó utilizando el método de “overlap”, el cual representa una cifra estimada basada en los datos individuales de las poblaciones diabéticas e hipertensas, así como la prevalencia de coexistencia de ambas condiciones. La fórmula utilizada para este cálculo es la siguiente: $AVAD_{total} = AVAD_{diabetes} + AVAD_{hipertensión} - AVAD_{overlap}$ donde $AVAD_{overlap} = P_{overlap} * \min(AVAD_{diabetes}, AVAD_{hipertensión})$. El valor de $P_{overlap}$ se obtuvo mediante el artículo citado donde se estableció que el 58 % de las personas con DM2 presenta HTA de manera simultánea¹⁴.

Se evaluaron las variables derivadas del cálculo de los AVAD, así como los puntajes obtenidos en los cuestionarios WHOQOL-BREF y B-IPQ. Para determinar la normalidad de los datos, se empleó la prueba de Kolmogórov-Smirnov. El análisis reveló un valor de $p < 0.05$, lo que indica que los datos no seguían una distribución normal para las variables de percepción de enfermedad y calidad de vida.

Con el fin de comparar la variabilidad entre los grupos de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en pacientes con DM2 y/o HTA, se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) de dos vías sin replicación, que permitió evaluar la interacción entre múltiples factores.

En el análisis de la percepción de la enfermedad según el tipo de condición, se verificó inicialmente la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se obtuvo un valor de $p = 0.2851$, lo que confirmó que los datos seguían una distribución normal.

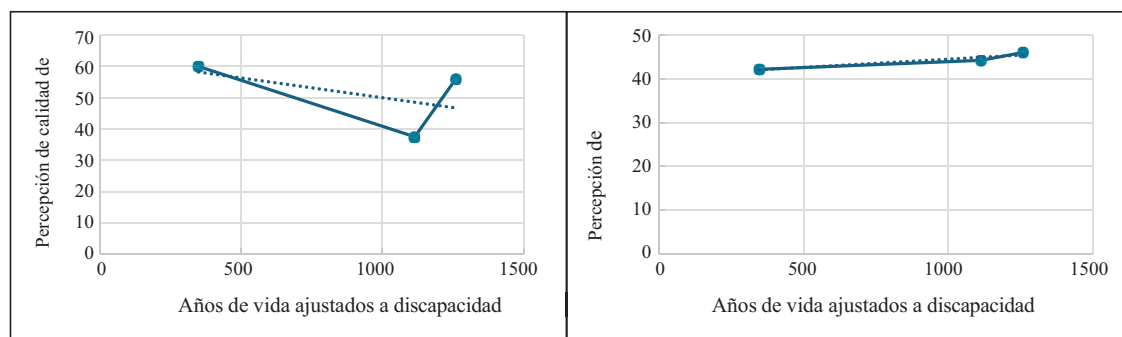
Todas las pruebas estadísticas fueron realizadas utilizando los softwares estadísticos R, versión 4.4.2 y STATA versión 18.5. Los datos se tabularon y se graficaron utilizando Microsoft Excel 2021 versión 16.92.

Resultados

La gráfica 1 demuestra como el coeficiente de correlación de Spearman para carga de enfermedad y percepción de calidad de vida fue de -0.5, indicando una correlación negativa débil entre variables; a medida que los AVAD aumentan, la percepción de calidad de vida disminuye ligeramente con un valor p de 0.6667, lo que sugiere que este valor no es significativo.

La correlación entre la carga de enfermedad y la percepción enfermedad obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 1.0, sugiriendo una correlación positiva con una relación lineal estricta entre ambas variables. Aunque se observó una correlación de Spearman = 1.0, este resultado podría estar influido por la forma de codificación o dependencia entre las variables, por lo que debe interpretarse con cautela y no como una relación causal perfecta. Consecuentemente, la carga y la percepción de enfermedad aumenta proporcionalmente. Del mismo modo se obtuvo un valor p de 0.0000.

La Tabla 1 muestra el nivel de capacidad para realizar actividades diarias en los pacientes con HTA y/o DM2. El cuestionario EQ-5D-5L considera 5 dimensiones que presentan una puntuación que va desde el número uno (1) hasta el cinco (5). El número 1 refiere que el participante no tiene problemas, el número 2 refiere que hay problemas leves, el número 3 refiere problemas moderados, el número 4 sugiere problemas graves, y el número 5 sugiere incapacidad o problemas extremos para dicha dimensión. La mayoría (63.53 %) de los participantes no presentó dificultades para realizar actividades diarias, 18.82 % tiene problemas leves, 11.76 %

Gráfica 1. Correlación de Spearman entre carga de la enfermedad, la percepción de calidad de vida y la percepción de enfermedad (n=85)**Tabla 1.** Nivel de capacidad para realizar actividades diarias de aquellos pacientes con hipertensión y/o diabetes mellitus tipo 2 (n=85)

Nivel de capacidad	Movilidad n (%)	Cuidado personal n (%)	Actividades del día a día n (%)	Dolor/malestar n (%)	Ansiedad/ depresión n (%)
Nivel 1 (Sin problemas)	54 (63.53)	79 (92.94)	64 (75.29)	49 (57.65)	58 (68.24)
Nivel 2 (Problemas leves)	16 (18.82)	4 (4.71)	13 (15.29)	18 (21.18)	10 (11.76)
Nivel 3 (Problemas moderados)	10 (11.76)	0 (0)	4 (4.71)	10 (11.76)	10 (11.76)
Nivel 4 (Problemas severos)	4 (4.71)	0 (0)	1 (1.18)	6 (7.06)	4 (4.71)
Nivel 5 (problemas extremos)	1 (1.18)	2 (2.35)	3 (3.53)	2 (2.35)	3 (3.53)
Total	85 (100)	85 (100)	85 (100)	85 (100)	85 (100)

problemas moderados y 5.89 % tiene dificultades severas o extremas. El 92.94 % tiene capacidad para realizar actividades de cuidado personal, mientras que el restante 4.71 % y 2.35 % tienen problemas leves e incapacidad extrema, respectivamente. Con relación a las actividades del día a día, el 75.29 % no reportó limitaciones, sin embargo, 15.29 % tiene problemas leves, y el restante 9.42 tiene problemas moderados o severos. Respecto al dolor o malestar, el 57.65 % no presentó molestias, 21.18 % presenta molestias leves, 11.76 % molestias moderadas y el resto presentó niveles severos o extremos. En cuanto a la ansiedad y depresión, el 68.24 % no experimentó ansiedad o depresión.

Según la tabla 2, en el dominio físico, la media fue 64 lo que indica una calidad de vida moderada

con alta variabilidad. En el ámbito psicológico, la media de 69 sugiere una percepción ligeramente superior. Por otro lado, en el dominio social se obtuvo una media de 62 reflejando una valoración baja de las relaciones interpersonales, mientras que en el ambiental la media de 61 denota limitaciones en las condiciones del entorno. La percepción general de calidad de vida mostró una media de 65.29 (± 26.75), y la percepción de salud, una media de 50.59 (± 23.46), evidenciando una opinión más negativa sobre el estado de salud. El puntaje global de los dominios fue de 63.96 (± 12.72).

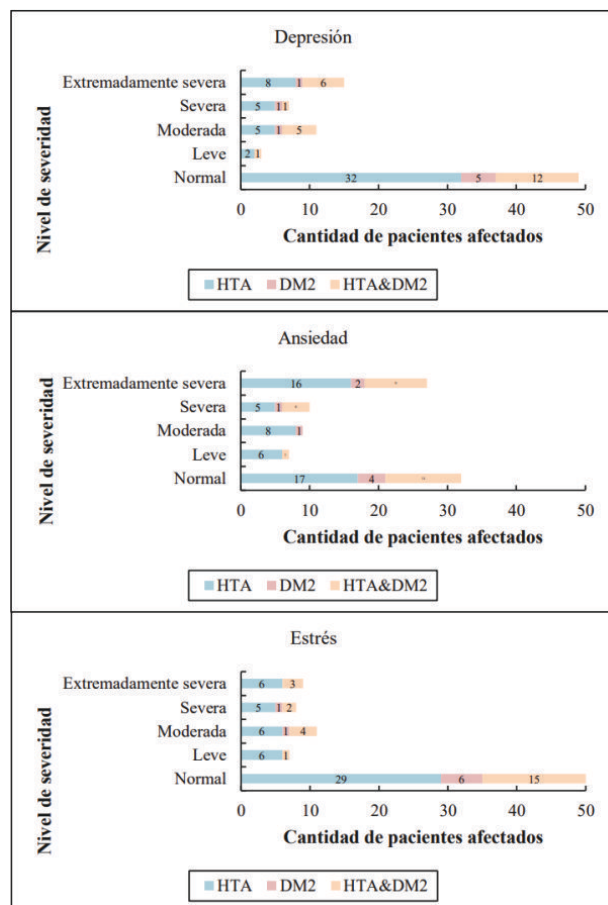
Los resultados de la gráfica 2 reflejan que los pacientes con ambas condiciones tienden a presentar niveles más elevados de afectación psicológica,

Tabla 2. Calidad de vida de los pacientes que presenten diabetes o hipertensión (n=85)

Dominios	Pacientes con HTA y/o DM2 (n=85) Media (±)
Dominio 1 - Físico	64 (±16.93)
Dominio 2 - Psicológico	69 (±17.04)
Dominio 3 - Social	62 (±18.3)
Dominio 4 - Ambiental	61 (±13.63)
Percepción de la calidad de vida	65.29 (±26.75)
Percepción de la salud	50.59 (±23.46)
Resultado total de los dominios	63.96 (±12.72)

± = desviación estándar

Gráfica 2. Relación entre los niveles de ansiedad, depresión y estrés con la presencia de la diabetes y/o hipertensión en los pacientes afectados (n=85)



particularmente en el caso de la ansiedad, en comparación con los grupos que padecen una sola condición.

El análisis de ANOVA de dos vías sin replicación reveló que tanto las variables utilizadas, categorizadas como cuantitativa continua (depresión, ansiedad y estrés) como los niveles de severidad (ambos medidos a través del cuestionario DASS-21) ($F = 4.22$, $p = 0.0015$) como los niveles de severidad ($F = 13.70$, $p < 0.00001$) tuvieron un impacto estadísticamente significativo en los datos. Esto indica que las diferencias entre las medias de las diversas condiciones de salud son significativas, y, en cuanto a los niveles de severidad, se confirma que las diferencias entre los niveles de severidad son altamente significativas.

Para la gráfica 3 se utilizó un diagrama de caja y bigotes para comparar los grupos: HTA, DM2 y HTA & DM2.

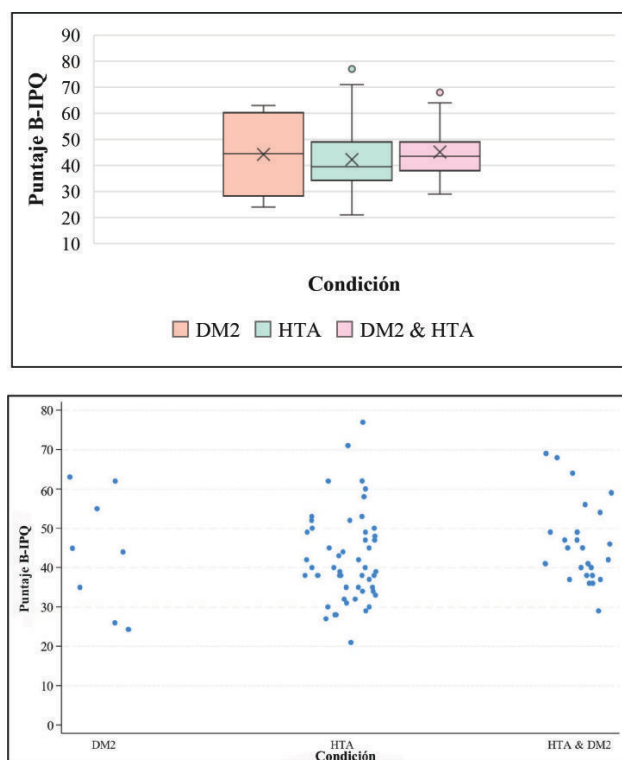
Utilizando los puntajes obtenidos del cuestionario B-IPQ, las personas que padecen únicamente de DM2 tiene una mediana más alta (45) en comparación con los demás grupos. Las personas con HTA y DM2 poseen el mayor rango intercuartílico (35-55), lo que indica que estos tienen una percepción mayor del impacto de la enfermedad.

El grupo con HTA mostró la mediana más baja (40), con valores más concentrados entre los cuartiles y algunos valores atípicos por encima de 70, indicando una percepción principalmente leve.

El grupo HTA & DM2 tiene un rango intermedio, siendo menos disperso en comparación con el grupo DM2 y teniendo menos valores extremos que el grupo HTA.

Los pacientes con DM2 tienen una mayor variabilidad, mientras que los pacientes con HTA tienen una concentración más estrecha. Los pacientes con HTA & DM2 tienen una dispersión moderada.

Gráfica 3. Comparación de la percepción de la enfermedad de acuerdo con el tipo de condición (n=85)



En el gráfico de dispersión se evidencia como difieren entre sí los puntajes del cuestionario B-IPQ entre los grupos de condiciones. Los pacientes con DM2 recibieron puntajes entre 27 y 63. Los pacientes con HTA tienen puntuaciones entre 20 y 75, con una dispersión importante y la mayor. Por último, los pacientes con HTA & DM2 tienen puntajes entre 29 y 69.

Discusión

La calidad de vida es multifactorial y está menos influenciada por la carga de enfermedad, mientras que la percepción de la enfermedad tiene una relación significativa con la carga de enfermedad. La mayoría de los participantes obtuvieron una buena funcionalidad valorado con la escala EQ-5D-5L en su día a día, destacándose la importancia de intervenciones integrales¹⁴.

Según los resultados demostrados en la gráfica 2, se evidencia el efecto que tienen la HTA y DM2 en la salud mental de los pacientes, destacándose el estrés y la ansiedad. La presencia de comorbilidad afecta la esfera psicológica, consecuentemente afectando la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. En la República Dominicana, es crucial incluir la salud mental como parte del tratamiento de estas condiciones, incluyendo tamizajes psicosociales para manejar los síntomas emocionales tempranamente. La integración de un manejo multidimensional podría conllevar hacia una mejor calidad de vida para el paciente.

Los resultados se asemejan con un estudio realizado previamente, el cual abarcó más de 204 países y relación a el índice de masa corporal y la hipertensión arterial como esenciales componentes de los AVAD¹⁵. Este afirma que a pesar de una disminución en las tasas de AVAD estandarizadas por edad para HTA, la prevalencia ha aumentado a nivel mundial. A su vez motiva el desarrollo de políticas públicas que promulguen la detección y manejo temprano para mejores resultados¹⁵. En contexto nacional, los AVAD relacionados a la HTA y la DM2 representan una de las mayores amenazas para la salud pública. El sedentarismo, dietas hipercalóricas y las desigualdades en el acceso a los sistemas de salud son factores importantes que inducen un aumento en estos. Por ende, se recomienda implementar estrategias que promuevan una detección y manejo temprano como estipula el estudio anterior.

No se hallaron estudios similares realizados en la población dominicana. Sin embargo, un estudio realizado en población latinoamericana con DM2 concluyó que los pacientes con DM2 tienen una mala calidad de vida en poblaciones latinoamericanas, resaltando que los que recibieron orientación y tratamiento para controlar la enfermedad, mostraron mejor calidad de vida. Destacando el

impartir un tratamiento adecuado y apoyo psicosocial y psiquiátrico para mejorar la calidad de vida¹⁶. Por otro lado, un estudio realizado en Colombia concluyó que la calidad de vida relacionada (CVRS) con salud con DM2 y HTA fue alta, sin evidencia de la existencia entre las dimensiones de la CVRS por patología de bases, exceptuando la dimensión de actividades cotidianas. El estudio resalta que existen factores que pueden disminuir la percepción de la CVRS del paciente, tales como tener problemas relacionados con las actividades cotidianas, problemas de dolor/malestar, y el no control de la HTA¹⁷.

Conclusiones

Los 85 participantes mostraron una alta prevalencia de HTA (61.2 %) y una menor proporción de DM2 (9.4 %), con una coexistencia de ambas condiciones en el 29.4 %. Se evidenció una correlación negativa débil entre la carga de la enfermedad y la percepción de calidad de vida, lo que concluye que, a mayor carga, menor es la percepción de bienestar. En cuanto a los resultados del EQ-5D-5L, la mayoría de los participantes reportó un buen estado general en las dimensiones evaluadas, lo que refleja una percepción general favorable de la calidad de vida en esta población.

Los dominios de calidad de vida de la OMS indicaron que en el dominio físico¹ se percibe una calidad moderada, el dominio psicológico² una percepción ligeramente superior, en el dominio social³ la valoración es la más baja, mientras que, en el dominio ambiental⁴ se observa una percepción limitada. La percepción general de la calidad de vida fue moderada con alta variabilidad, mientras que la percepción de la salud resultó más negativa. El análisis ANOVA de dos vías sin replicación evidenció que tanto los factores como los niveles de severidad tienen un impacto significativo, siendo la severidad responsable del 45 % de la variabili-

dad. El B-IPQ mostró un tamaño de efecto muy pequeño entre hipertensión y diabetes, y menor entre hipertensión y comorbilidad, al igual que entre diabetes y comorbilidad.

Agradecimientos

Elevamos nuestro agradecimiento a Dios.

Financiamiento

Esta investigación en su completa fase de desarrollo fue costeadada enteramente por los miembros del equipo investigador.

Contribución de los autores

Mariluz Méndez, Víctor Núñez, Nestor Barinas y Daphne Barranco participaron en la recolección de datos, análisis e interpretación de resultados y preparación del manuscrito.

Pedro Ureña y Nadja García revisaron cuidadosamente y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaraciones éticas

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Bioética del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

1. WHO. Non communicable diseases [Internet]. World Health Organization; 2023 [cited 2025 Jan 3]. Available from: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1

2. Organización Panamericana de la Salud. Las Ent de un Vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de Riesgo en la Región de las Américas [Internet]. OPS; 2019 [cited 2025 Feb 19]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51752/OPS-NMH19014_spa.pdf
3. Buttorff C, Ruder T, Bauman M. Multiple chronic conditions in the United States. 2017 May 26 [cited 2025 Feb 18]. <https://doi.org/10.7249/tl221>
4. Boersma P, Black LI, Ward BW. Prevalence of multiple chronic conditions among US adults, 2018. Preventing Chronic Disease. 2020 Sep 17;17:E126 [cited 2025 Feb 9]. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200130>
5. OMS. Indicator metadata registry details [Internet]. World Health Organization; [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/6>
6. CDC. About high blood pressure [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2025 Jan 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/high-blood-pressure/index.html>
7. Carga de Enfermedad por diabetes [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedad-por-diabetes>
8. ElSayed NA, Aleppo G, Bannuru RR, Beverly EA, Bruemmer D, Collins BS, et al. Introduction and methodology: standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2023 Dec 11;47(Supplement_1) [cited 2025 Feb 4]. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc24-sint>
9. NIH. High Blood Pressure Treatment [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services; 2024 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/high-blood-pressure>
10. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of care in diabetes—2024 [Internet]. | *Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S158–S178. [cited 2025 Feb 4]. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc24-S009>.
11. Riegelman RK, Nelson BA. Studying a study & testing a test. Richard K. Riegelman & Benjamin A. Nelson. Wolters Kluwer; 2021.
12. La Carga de Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>
13. INDEN y UNIBE presentan estadísticas de diabetes en la población dominicana [Internet]. [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://inden.do/inden-y-unibe-presentan-estadisticas-de-diabetes-en-la-poblacion-dominicana/>
14. Shimels, T. Bogale, G. et al. Health-related quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension in Addis Ababa, Ethiopia. Ethiopian Journal of Health Sciences. 2022 Mar 1;32(2). [cited 2025 Jan 18]. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i2.19>
15. Liu A-B, Lin Y-X, Meng T-T, Tian P, Chen J-L, Zhang X-H, et al. Global prevalence and disability-adjusted life years of hypertensive heart disease: A trend analysis from the global burden of disease study 2019. Journal of Global Health. 2024 Aug 30;14 [cited 2025 Jan 18]. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04172>
16. De la Cruz JPS, Morales DLG, González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, Juárez-Rojop IE, López-Narváez L, et al. Quality of life of Latin-American individuals with type 2

- diabetes mellitus: A systematic review. *Prim Care Diabetes*. 2020 Aug;14(4):317–34 [cited 2025 Jun 07]. <https://doi.org/10.6018/eglobal.423431>
17. Parra DI, Romero LAL, Cala LMV. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. *Enfermería Global*. 2021 Apr 1;20(2):316–44 [cited 2025 Jun 07]. <https://doi.org/10.6018/eglobal.423431>