



# **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Adherencia terapéutica asociada a la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención de Urgencias-UCE, Lima, 2021**

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS  
VIRTUAL**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

## **AUTOR**

Bachiller Callapiña De Paz, Mariana  
(<https://orcid.org/0000-0002-3438-9726>)

## **ASESOR**

De La Cruz Vargas, Jhony Alberto  
(<https://orcid.org/0000-0002-5592-0504>)

**Lima, 2022**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

CALLAPIÑA DE PAZ, MARIANA

DNI

71231641

### **Datos de asesor**

DE LA CRUZ VARGAS, JHONY ALBERTO

DNI

06435134

### **Datos del jurado**

PRESIDENTE: Indacochea Cáceda, Sonia Lucia, 23965331, <https://orcid.org/0000-0002-9802-6297>

MIEMBRO: Luna Muñoz, Consuelo del Rocio, 29480561, <https://orcid.org/0000-0001-9205-2745>

MIEMBRO: Quiñones Laveriano, Dante Manuel, 46174499, <https://orcid.org/0000-0002-1129-1427>)

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

## **DEDICATORIA**

*A Dios, a mis padres Wilbert Callapiña y Fortunata De Paz, quienes han sido mi pilar fundamental; a Margarita Bonifacio, mi brazo derecho y mi apoyo incondicional siempre; a mis hermanos Jesús y Alejandro, alentándome cuando los días eran pesados, y a toda mi familia, quienes estuvieron siempre pendientes de cada paso.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios quien me sostuvo durante todo este tiempo. A mis padres, a mis hermanos, a Margarita Bonifacio y a mi familia en general por su apoyo incondicional siempre, gracias a ellos todo fue posible.

A mis maestros a lo largo de toda la carrera, pues han sido parte importante de mi formación como profesional médico. Al director y mi asesor de tesis, el doctor Jhony A. De La Cruz Vargas, por su guía y apoyo.

Al Centro de Atención de Urgencias – Unidad de Control de Emergencias a cargo de Eduardo Albarracín, por acogerme como voluntaria, brindarme su apoyo siempre y darme todas las facilidades para poder realizar el presente trabajo de investigación.

## RESUMEN

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) afecta a más del 30% de la población adulta mundial. En Perú, el 10,2% de personas mayores de 15 años fueron diagnosticadas con HTA. El carácter crónico-degenerativo de esta enfermedad genera reducción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El tratamiento antihipertensivo puede aumentar el control de los valores de presión arterial, disminuir la frecuencia de complicaciones y aumentando significativamente la calidad de vida del paciente. **Objetivos:** Determinar la asociación entre la adherencia terapéutica y la CVRS de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE, Lima, 2021. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal, analítico. Se evaluó a 302 pacientes hipertensos, entre 30 y 79 años. Se analizaron las variables contenidas en la historia clínica y se aplicaron dos encuestas para determinar la adherencia terapéutica (AT) y la CVRS de cada paciente. **Resultados:** El 57,95% fueron de sexo femenino, hubo una media de 59,51 años, el 58,28% fueron casados y el 55,63% tuvieron un nivel de educación superior. Los factores asociados significativamente a la mejor CVRS en los pacientes hipertensos fueron: la adherencia terapéutica (RP=1,221; P=0,003; IC95%=1,069-1,395), el uso de un fármaco antihipertensivo (RP=1,163; P=0,027; IC95%=1,017-1,330) y el control de la hipertensión arterial (RP=2,371; P=0,000; IC95%=1,712-3,285). **Conclusiones:** Se determinó que la AT, el uso de 1 solo fármaco antihipertensivo y el control de la presión arterial están asociados significativamente con una mejor CVRS en los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial, adherencia terapéutica, calidad de vida relacionada con la salud. (DeCS)

## ABSTRACT

**Introduction:** Hypertension (HTN) affects more than 30% of the world's adult population. In Peru, 10.2% of people over 15 years of age were diagnosed with hypertension. The chronic-degenerative nature of this disease generates a reduction in health-related quality of life (HRQoL). Antihypertensive treatment can increase the control of blood pressure values, decrease the frequency of complications and significantly increase the quality of life of the patient. **Objectives:** To determine the association between therapeutic adherence and HRQoL in hypertensive patients at the Emergency Care Center - UCE, Lima, 2021. **Materials and methods:** Observational, cross-sectional, analytical study. 302 hypertensive patients, between 30 and 79 years old, were evaluated. The variables contained in the clinical history were analyzed and two surveys were applied to determine the therapeutic adherence (TA) and the HRQoL of each patient. **Results:** 57.95% were female, there was a mean age of 59.51 years, 58.28% were married and 55.63% had a higher education level. The factors significantly associated with better HRQoL in hypertensive patients were: therapeutic adherence (PR=1.221; P=0.003; CI95%=1.069-1.395), the use of an antihypertensive drug (PR=1.163; P=0.027; CI95 % =1.017-1.330) and the control of arterial hypertension (PR=2.371; P=0.000; CI95%=1.712-3.285). **Conclusions:** It was determined that TA, the use of only 1 antihypertensive drug and blood pressure control are significantly associated with better HRQoL in hypertensive patients at the Emergency Care Center - UCE.

**Keywords:** Arterial hypertension, therapeutic adherence, quality of life related to health. (MESH)

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION**

- 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA
- 1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA
- 1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION
- 1.5 DELIMITACION DEL PROBLEMA
- 1.6 OBEJTIVOS DE LA INVESTIGACION
  - 1.6.1 OBJETIVO GENERAL
  - 1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

- 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN
- 2.2 BASES TEORICAS
- 2.3 DEFINICON DE CONCEPTOS OPERACIONALES

### **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

- 3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS
- 3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

### **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

- 4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
- 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA
- 4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
- 4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
- 4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS
- 4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS
- 4.7. ASPECTOS ÉTICOS

## **CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

5.1. RESULTADOS

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1. CONCLUSIONES

6.2. RECOMENDACIONES

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **ANEXOS**

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

ANEXO 4: APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

ANEXO 5: SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL

ANEXO 6: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

ANEXO 7: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ANEXO 8: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

ANEXO 9: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 10: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO 11: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

ANEXO 12: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 13: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

### **LISTA DE TABLAS**

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAU- UCE, 2021.

TABLA N° 2: EDAD DE LA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAU- UCE, AÑO 2021



TABLA N° 3: ANÁLISIS BIVARIADO CON RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAU- UCE, 2021

TABLA N° 4: REGRESIÓN DE POISSON BIVARIADO CON RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAU- UCE, 2021

TABLA N° 5: REGRESIÓN DE POISSON MULTIVARIADA CON RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAU- UCE, 2021

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración que progresan lentamente, y no se propagan de persona a persona. Todos los grupos de edad se ven afectados por estas enfermedades, y están compuestos por un grupo variado de afecciones, como la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial, entre muchos más. Forma parte de una de las grandes causas de morbilidad, por lo que genera una problemática en la salud pública en el contexto del proceso de envejecimiento de la población y del estilo de vida poco saludable que se tiene. (1)

La prevalencia global de la hipertensión es alta, y el tratamiento de la hipertensión es la razón más común para las visitas al consultorio y para el uso crónico de medicamentos recetados. Además, aproximadamente la mitad de las personas hipertensas presentan un control inadecuado de la presión arterial. (2)

En un informe del año 2004, La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado que la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es solo del 50% en los países desarrollados, presumiendo que esta situación debe ser peor en países en vías de desarrollo, a causa de la carencia de recursos y de las dificultades para la adquisición de la atención sanitaria. (3) Esta falta de adherencia terapéutica, forma parte del principal problema para obtener un buen control de la enfermedad y para evitar las complicaciones crónicas que esta trae consigo. Así mismo, para que exista una buena adherencia al tratamiento, los pacientes deben ser responsables y cumplir con las indicaciones brindadas por su médico, con el objetivo de mantener valores de presión arterial dentro de rangos normales, evitando complicaciones cardiovasculares a futuro. (4)

La condición de vida del individuo se ve afectada por los resultados de no llevar un control de la enfermedad, lo cual se ve ligado directamente con la falta de cumplimiento al tratamiento farmacológico, junto a esto, se presentan costos elevados en el sistema de salud y la ausencia de resultados de valores clínicos óptimos. La adherencia terapéutica tiene un papel importante en la calidad de vida del paciente, pues la finalidad de ésta es alargar los años de vida de la persona con un alto nivel de calidad de vida posible. (5)

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la OMS, más del 30% de la población adulta mundial se ve afectada por la hipertensión arterial, en donde se estima 1280 millones de personas con esta patología en el año 2021; se evidencia que cerca de dos tercios de esta población son personas habitantes de países con ingresos bajos y medianos. (2) Entre el 20% y el 35% de los adultos en el Caribe y América Latina padecen de hipertensión arterial, lo que ha ido aumentando en los últimos años, en donde muchas personas no tiene conocimiento de su condición. Un estudio realizado en cuatro países de América del Sur (Colombia, Chile, Argentina y Brasil), mostro que solo el 57,1% de la población adulta estimada hipertensa sabe que padecía esta patología, lo que contribuye a menores niveles de control de la enfermedad por parte de la población, se vio también que solo un pequeño porcentaje de los hipertensos adultos en estos países tiene la presión arterial controlada, siendo el 18,8%. (3)

En Perú, se tiene registro de que la hipertensión arterial por edad tuvo un incremento en los últimos años de 18,7% en 2015 a 20,6% en el 2018. (6) En el 2019, el 10,2% de personas mayores de 15 años tuvieron el diagnostico de hipertensión arterial por un médico, de las cuales el 11,7% fueron mujeres y 8,5% fueron hombres. Así mismo, se evidenció que el 68,1% de personas mayores de 15 años con diagnóstico de hipertensión arterial, recibieron y/o compraron medicamentos con receta médica en los últimos 12 meses, en donde se observa que la proporción de mujeres hipertensas con tratamiento es mayor que la de los hombres en un 70,2% y 65% respectivamente. (1) Estudios recientes evidencian que la prevalencia de esta patología oscila entre el 20 y 25% en la actualidad. Cabe resaltar que, la prevalencia de la hipertensión arterial fue encontrada en casi el 50% de pacientes mayores de 65 años, sin embargo no hay mucha información con respecto a los grupos de edad. (7)

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, especialmente enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, pero también para la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardíaca y la demencia (4), algunos estudios sugieren que la HTA genera una reducción en la CVRS a comparación de las personas con tensión arterial normal (8)

La existencia de la enfermedad, su carácter crónico-degenerativo, los aspectos físicos, emocionales y sociales están vinculados a la calidad de vida, ciertos estudios evidencian que el tratamiento con antihipertensivos aumenta el control de los valores de la presión arterial, disminuyendo la frecuencia de complicaciones a largo plazo y por ende, aumentar significativamente la calidad de vida relacionada a la salud del paciente. (9) (10)

La calidad de vida posee un papel trascendental en el ser humano con respecto a la adherencia al tratamiento, cuya finalidad es sumar años de vida al paciente gozando de la mejor calidad posible. Es importante precisar el tipo de vida que tiene la persona con hipertensión arterial, y como el cumplimiento terapéutico va mejorándola. (5) Saber la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas ha tomado importancia en los últimos años, pues es una manera de medir el impacto que tienen estas patologías y todo lo que conlleva en estos pacientes. Hoy en día las personas no sólo tienen deseos de vivir, anhelan hacerlo en las mejores situaciones de salud, para poder tener una ilusión prolongada de vida.

Relatando esta información en párrafos previos se da la importancia de ejecutar el presente estudio de investigación con el fin de determinar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida con la salud de los pacientes hipertensos.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Existe asociación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE, Lima, 2021?

## **1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA**

La línea de investigación del presente trabajo es la enfermedad crónica no transmisible: hipertensión arterial, la cual se encuentra dentro de la matriz de prioridades nacionales 2019-2023 brindada por el Instituto Nacional de Salud (INS), otorgando así un valor social y un valor científico a la presente investigación. Se llevó a cabo en el Centro de Atención de Urgencias - UCE, localizado en el distrito de Lince en Lima. De acuerdo al listado de investigación de la Universidad Ricardo Palma 2021

– 2025, corresponde al área de conocimiento de Medicina: enfermedades metabólicas y cardiovasculares, y medicina del estilo de vida, medicina preventiva y salud pública.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La HTA es una patología crónica, la cual genera morbilidad en el contexto de envejecimiento de nuestra población; así mismo, un manejo terapéutico inadecuado predispone al paciente a complicaciones sistémicas a nivel cerebrovascular, cardíaco, renal, pulmonar, entre otros. Motivo por el cual se considera un problema de salud pública.

El presente estudio brinda conocimiento teórico sobre la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hipertensos en un centro de atención de urgencias. Recalamos la importancia del conocimiento a fondo de esta enfermedad ya que según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la hipertensión arterial es una importante causa de carga de enfermedad y sus complicaciones presentan cifras relevantes en los años saludables perdidos. Por lo tanto, es importante realizar una investigación que evalúe cuál es la adherencia farmacológica que presentan estos pacientes y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud.

La investigación posee relevancia social debido a que la hipertensión arterial en el 2019 estuvo presente en el 10,2% en mayores de 15 años a nivel nacional. Según la literatura las ECNT, entre ellas la hipertensión arterial, se relacionan con el estilo de vida que lleva el paciente, desfavoreciendo o mejorando el bienestar de las personas. La adherencia terapéutica es sumamente importante, pues es fundamental para el control médico de las ECNT y la prevención de las complicaciones a largo plazo. Se busca indagar sobre estos temas en pacientes hipertensos para así evitar el deterioro de estos mismos, manejando mejor las etiologías, disminuyendo los efectos propios de la enfermedad y mejorando las condiciones de salud.

#### **1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA**

Se realizó la recopilación de datos de los pacientes con hipertensión arterial entre los 30 – 79 años de edad en el periodo octubre - diciembre del año 2021 que acudían al

Centro de Atención de Urgencias – UCE, localizado en el distrito de Lince, Lima – Perú.

## **1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIACION**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con hipertensión arterial del Centro de Atención de Urgencias - UCE, Lima, 2021.

### **1.6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar la asociación entre la si adherencia al tratamiento farmacológico y la buena calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.
- Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.
- Determinar la asociación entre el tiempo de enfermedad y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.
- Determinar la asociación entre la comorbilidad y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.
- Determinar la asociación entre el control de la hipertensión arterial y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Monterrey, et al <sup>11</sup> (2021). “Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos”.**

La presente investigación tiene como línea principal señalar la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada a la salud de los adultos mayores con hipertensión de un policlínico. Se tomó una muestra de 199 adultos mayores, a los cuales se les brindó cuestionarios y se revisaron sus historias clínicas. Mostrando que en la población de estudio predominó el sexo masculino con un 50,8% y el grupo etario entre 65 y 69 años con 26,6%. El 50,3% tenía menos de cinco años con el diagnóstico de hipertensión arterial y solo el 53,8% mantiene un control de las cifras de presión arterial. El 51,3% de la población mostros tener adherencia terapéutica y esta variable mostro una asociación con las variables edad ( $p=0,003$ ), sexo, estado civil, escolaridad, convivencia, asistencia a consulta, el estado funcional, el nivel de conocimientos sobre HTA, y la polifarmacia ( $p<0,05$ ). Por otro lado, se vio una calidad de vida moderada en el 43,7% de los pacientes, y esta variable mostró una asociación significativa con el sexo ( $p=0,024$ ) y el estado funcional ( $p<0,001$ ), mientras que el 30,1% que mostraron ausencia de polifarmacia fueron aquellos pacientes que mostraron porcentajes elevados de una alta calidad de vida relacionada a salud. Concluyendo finalmente que hay diferentes factores sociodemográficos y de la patología que afecta en los niveles de adherencia terapéutica y en la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial.

**Gómez Pulido <sup>12</sup> (2016). “Relación entre Adherencia y Calidad de Vida en pacientes con Hipertensión Arterial”.**

El presente estudio realizado en 3 ciudades de Colombia: Medellín, Bogotá, y Quibdó, tiene como finalidad primordial determinar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes hipertensos. Se aplicaron dos tipos de cuestionarios, The Short Form-36 Health Survey (SF-36) y el cuestionario de adherencia terapéutica Morisky Green en 177 pacientes, entre las edades de 45 y 70

años de edad. Se mostró que el 29,4% de los pacientes inició un tratamiento antihipertensivo antes de los 45 años, el 98,3% tuvo una adherencia a medicamentos (M=45; DE=18,3), el 84,7% tuvo una adherencia en la información (M=7; DE=13,6), el 31,07% adherencia de opinión (M=7,03; DE=18,3), el 80,7% tuvo adherencia en los hábitos en conjunto (M=15,4; DE=36,4), el 89,8% obtuvo adherencia a la actividad física (M=1,55; DE=0,499), el 88,7% mostro adherencia a la dieta (M=1.41; DE=0,49); y el 100% mostro adherencia a sus consultas médicas (M=1,23; DE=0,42). Por otro lado, en el cuestionario de salud se encontró que el 98,7% de la población predominó en el puntaje físico (M=29,6; DE=5,89) y el 98,87% en el puntaje de salud mental (M=25,6; DE=9,14). Se realizaron diferentes relaciones entre los diferentes puntajes de adherencia y calidad de vida, concluyendo que no existen correlaciones significativas entre estas dos variables. Sin embargo, se puede observar que hay una tendencia en aquellas personas que tienen adherencia a los fármacos y acuden a sus consultas médicas, pues ellos muestran mayor puntaje en la salud física; por otro lado, los que muestran una adherencia menor a los fármacos, los que no siguen las sugerencias en cuanto al ejercicio físico y alimentación, y los que no se presentan a sus consultas con su médico tienen una menor salud mental.

**Guarín Loaiza y Pinilla Roa <sup>13</sup> (2014). “Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014”.**

El presente estudio de investigación tiene como objetivo principal identificar la adherencia terapéutica y su asociación con la calidad de vida. Se utilizaron dos cuestionarios que a su vez tenían variables sociodemográficas, el Test de Morisky-Green para ver la adherencia terapéutica, y el cuestionario MINICHAL para evaluar la calidad de vida de los pacientes. De 242 pacientes hipertensos hospitalizados y ambulatorios, el 62,4% de ellos reciben entre 1 y 2 fármacos como terapia para la presión arterial alta, y el 86% de los pacientes toma medicación para otras enfermedades, en donde el 88,4% toma entre 1 y 4 fármacos y el 11,6% tienen una prescripción regular de 5 o más fármacos. Así mismo, el 31,4% de los pacientes son adherentes a su tratamiento antihipertensivo y el 81% presentan valores de presión arterial controlados con una CVRS dentro de un rango de 49,2%. Los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios evidencian una positiva asociación entre



la adherencia terapéutica y la calidad de vida en la alta categoría, teniendo para los primeros un valor estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ) y para los segundos, no significativo ( $p > 0,1$ ). En lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes, se observa que la calidad de vida en rango bajo está asociada con diferentes complicaciones provocadas por la HTA y la presencia de comorbilidades; la calidad de vida en categoría media está ligada a aquellos pacientes que mantienen un control hipertensivo, que están hospitalizados, que muestran adherencia, que reciben entre 1 y 4 fármacos para otras enfermedades, y entre 1 y 2 para la HTA; la calidad de vida en categoría alta muestra asociación con los pacientes que llevan tratamiento ambulatorio, aquellos que no controlan sus valores de presión arterial y aquellos que consumen otros antihipertensivos distintos a los grupos de primera y segunda línea.

**Carrión Contreras, et al <sup>14</sup> (2021). “Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón”.**

El presente estudio es una investigación descriptiva correlacional, transversal, no experimental, cuantitativa prospectiva. Se aplicó el test de Morisky Green para determinar la adherencia terapéutica de los pacientes, y el test llamado CHAL para evaluar calidad de vida. 172 pacientes fueron tomados como muestra, en donde el 29% se encuentra en el rango de edad entre 64 - 74 años, seguido de 53 - 63 años en un 27%. El 56% es de sexo femenino y el 44% de sexo masculino. Las variables: estado de ánimo, manifestaciones somáticas y adherencia terapéutica presentan valores menores a 0,05, obteniendo  $p = 0,0001$  y  $W = 0,95$  para adherencia terapéutica, con una media en 13 y una desviación estándar de 2,22. Se obtuvo para el estado de ánimo un  $p = 0,0001$  y  $W = 0,89$ , con media de 51 y desviación estándar de 15,61. Así mismo, para las manifestaciones somáticas se obtuvo un valor  $p = 0,0001$  y  $W = 0,89$ , con una media de 27 y una desviación estándar de 8,36 evidenciando que son datos no paramétricos. La adherencia terapéutica mostró asociación positiva con el estado anímico ( $p = 0,0007$ ;  $RS = 0,26$ ); sin embargo, la adherencia al tratamiento y las manifestaciones somáticas evidencian una negativa y débil relación con un valor  $p = 0,002$  y  $rs = -0,23$ . Por otro lado, se observa que hay una relación fuerte estadísticamente significativa ( $p = 0,0001$ ;  $rs = 0,75$ ), mostrando que a mayor estado de ánimo las manifestaciones somáticas son menores.

**González Boulí, et al <sup>15</sup> (2019). “Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores”.**

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad precisar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos mayores de un consultorio en Cuba. La muestra estuvo confirmada por 21 pacientes adultos mayores hipertensos, de quienes se revisaron sus historias clínicas y se les empleó el test de Morisky-Green. Entre los resultados se muestra que el 57,1% de los pacientes pertenecen al sexo femenino, el 52,4% tienen entre 60 y 69 años de edad, el 66,7% no tenían la presión arterial controlada y el 80,9% mostró una mala adherencia al tratamiento por diferentes causas, predominando el incumplimiento por los efectos adversos de los fármacos con un 28,6%. Entre las reacciones adversas más frecuentes se reporta que el decaimiento tuvo mayor frecuencia con un 52,4%, la tos nocturna con 47,6% y los calambres musculares en un 33,3%. En conclusión, en este estudio la mayoría de los pacientes adultos mayores muestran una adherencia terapéutica muy baja, lo cual influye de manera notable en el inadecuado control de sus valores de presión arterial.

**Pomares Avalos, et al <sup>16</sup> (2017). “Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”.**

La presente investigación tiene como finalidad principal indicar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. El estudio realizó un muestreo aleatorio simple conformando la muestra por 27 pacientes y se utilizó como instrumento el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica. En los resultados se puede evidenciar que predominó el sexo femenino en un 63% y el grupo etario de más de 60 años de edad con un 51,9%, el 63% tuvieron mayor nivel de escolaridad, los profesionales fueron conformados por el 44,4% y el tiempo de evolución de enfermedad mayor de 10 años estuvo conformado por el 40,7%. Con respecto a la adherencia terapéutica de los pacientes en general, se pudo observar que el 66,7% de ellos presentó una adherencia parcial. Se realizaron asociaciones entre las variables sociodemográficas y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos, y se pudo evidenciar que en el rango de edad de 20 y 40 años la adherencia terapéutica y la no adherencia tuvieron valores similares con un 50% cada uno, en los pacientes entre 41 y 50 años la adherencia parcial predominó en un 72,7%

y en el grupo de los pacientes mayores de 60 años predominó la adherencia terapéutica parcial con un 64,3%, en este rango de edad también se vio que el 35,7% de los pacientes mostraron una adherencia total al tratamiento.

**Sanchez Ballesteros <sup>17</sup> (2017). “Aspectos sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos y otros factores de comorbilidad”.**

La presente investigación tiene como objetivo estudiar la captación de la CVRS en aquellos pacientes hipertensos y su asociación con la manifestación de eventos cardiovasculares o ictus, el deterioro cognitivo y comorbilidad. Tomando una población de 300 pacientes, se utilizó 6 tipos de cuestionarios y un cuaderno de recolección de datos, en donde el 97,4% de la muestra lleva un tratamiento farmacológico antihipertensivo, el valor medio de las cifras de presión arterial muestran una PAS media un poco elevada de 145,2 mmHg en mujeres (SD +/- 14,9) y la PAD media de 78,4 mmHg (SD +/- 8,8) en hombres, asimismo el 64,6% de los pacientes muestran un mal control de la presión arterial. La carencia de comorbilidad calculada con el Índice de Charlson es de 86,6%, en donde los hombres tienen una mayor prevalencia de presentar comorbilidad. En la valoración de adherencia se muestra que el 44,7% de los pacientes no cumple con su tratamiento farmacológico. Se demuestra que la obesidad general (32,7%;  $p=0,001$ ) y la obesidad de tipo abdominal (27,8%;  $p=0,014$ ) tienen una asociación significativa con una alta prevalencia en la percepción mala de salud en los 2 seguimientos; mientras que el ictus silente (43,8%;  $p=0,034$ ) tienen una asociación de manera independiente con una alta prevalencia en la mala captación de salud solo en el primer seguimiento. Los pacientes que tienen un mal control de la presión arterial muestran una significativa disminución de la prevalencia de mala captación de salud, pasando de 28,9% a 21% del primer al segundo seguimiento ( $p=0,029$ ). Se menciona también que se genera un riesgo de 2,4 veces superior de presentar mala percepción de salud cuando se tiene obesidad abdominal.

#### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

**Cardenas y Machacuay <sup>5</sup> (2019). “Adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima – 2018”.**

El objetivo de este estudio fue señalar la asociación entre la adherencia farmacológica y la CVRS en personas hipertensas, quienes fueron tratadas en la unidad de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unánue, en el año 2018. Se realizó un estudio de tipo no experimental, de corte transversal, cuantitativo, correlacional. Se tomaron a 210 personas hipertensas que asistieron a la consulta externa de la unidad de cardiología en el mes de mayo, a quienes se les aplicó dos cuestionarios, que además tenían algunas variables demográficas, los cuales fueron: el test de Morisky–Green, para medir adherencia terapéutica y el MINICHAL, para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Obteniendo como resultados que el 42,4% de los pacientes mostraron ser adherentes a su tratamiento farmacológico, y el 51,4% tenía una CVRS en un rango alto. Se obtuvo también un valor significativo de 0,008 ( $p < 0,05$ ) en la asociación entre la adherencia farmacológica y la calidad de vida relacionada con la salud, mostrando que si hay relación entre estas dos variables.

**Lozada Zapata, et al <sup>18</sup> (2020) “Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial”.**

Es un estudio realizado en el Hospital Regional José Cayetano Heredia de Piura, cuyo objetivo fue establecer la asociación entre adherencia terapéutica y la CVRS. Se trata de una investigación analítica, transversal, realizada en el programa de hipertensión arterial de un hospital general, en donde se usó el cuestionario SF-36 y la prueba de Morisky y Green, obteniendo los puntajes de las categorías y componentes sumarios físico (PCS) y mental (MCS). Posteriormente se realizaron los respectivos análisis bivariado y multivariado. En el estudio se obtuvo que el 39% de los pacientes presentó adherencia al tratamiento y que existe una asociación estadística con entre calidad de vida y adherencia terapéutica. Se identificaron las variables independientes asociadas, las cuales mostraban un puntaje mayor de 50 en PCS, que eran: presencia de comorbilidad como factor de riesgo, estado ocupacional o laboral y la adherencia terapéutica, ambos como factores protectores; y en MCS, la variable que mostros asociación fue la adherencia terapéutica como factor protector. Concluyendo que, la adherencia terapéutica, el estado laboral y el no presentar alguna comorbilidad se asocian a una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

**Prieto y Dolores <sup>19</sup> (2019). “Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con hipertensión arterial atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Militar Central, 2018”.**

El objetivo principal de este trabajo de investigación es señalar los factores relacionados con la adherencia farmacológica en pacientes adultos hipertensos. 217 pacientes hipertensos fueron evaluados en la unidad de cardiología del Hospital Militar. Resultando que hay relación entre los factores socioeconómicos y proveedores de salud, con la adherencia farmacológica ( $r=8,582$  y  $r=24,564$ , respectivamente); por el contrario, se evidenció que no hay una relación entre aquellos factores relacionados a la terapia y relacionados con el paciente, con la adherencia farmacológica ( $r=1,864$  y  $r=0,611$ , respectivamente). Se pudo demostrar que la mayoría de los pacientes no tienen adherencia a su tratamiento farmacológico en un 75,1%. Los factores socioeconómicos (41,9%), los factores relacionados con el proveedor de salud (24,9%), aquellos asociados con la terapia farmacológica (32,6%) y aquellos asociados con el propio paciente (64,5%) se presentan como factores de riesgo para no desarrollar una adherencia terapéutica por parte de los pacientes. Se concluye que hay una relación entre los factores del proveedor de salud y los factores socioeconómicos con la adherencia terapéutica, mientras que no se demostró relación entre aquellos factores vinculados a la terapia y vinculados al propio paciente con la adherencia terapéutica.

**Vilchez Calle <sup>20</sup> (2018). “Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital III José Cayetano Heredia - EsSalud - Piura, enero a diciembre 2017”.**

La presente investigación tiene como finalidad señalar los factores relacionados a la adherencia terapéutica en aquellos pacientes adultos hipertensos. Se entrevistó a 336 pacientes utilizando el Test de Batalla, el cual mide la asociación entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia, el cuestionario Morisky-Green-Levine para determinar si había adherencia, y el test Martin Bayarre Grau para determinar el nivel de adherencia. Se vio que el 53% de los pacientes eran hombres, hubo aumento de prevalencia en aquellas personas mayores de 70 años (50,3%), el 42,3% eran egresados universitarios, y el 51,5% estaban casados. Se usaron pruebas estadísticas como el  $\chi^2$  ( $p<0,05$ ) y la prueba Phi de Pearson ( $p<0,05$ ),

hallando que los factores relacionados con el aumento de la presión arterial en relación a la adherencia fueron: edad, género, ocupación, estado civil, duración de la enfermedad y número de medicamentos y enfermedades asociadas. Utilizando el test de Batalla se obtuvo que 126 pacientes (98,44%) cuentan con conocimiento de su enfermedad y cumplen con su tratamiento terapéutico. Con el cuestionario de Morisky-Green-Levine, 128 (38,1%) tenían adherencia terapéutica y 208 (61,9%) no. Se concluyó que hay factores relacionados a la adherencia farmacológica, siendo los que los que muestran mayor asociación de manera significativa y positiva el tomar dos fármacos, tener la enfermedad por más de 5 años y el conocimiento de la enfermedad.

**Sanchez Fustamente <sup>21</sup> (2017). “Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo, enero-noviembre 2016”.**

Este trabajo de investigación tiene como objetivo principal determinar la adherencia terapéutica de los pacientes en tratamiento antihipertensivo. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional, prospectivo, en donde se evaluó a 103 pacientes hipertensos, a quienes se les realizó el Test de Morisky-Green-Levine para identificar la adherencia que tenían a su tratamiento farmacológico. Se puede evidenciar que un 64,1% de la población eran hombres, el 77,7% eran pacientes mayores de 60 años, el 44,7% no tienen educación; el 58,3% eran casados y 41,7% mantenían valores de presión arterial en rangos controlados. La adherencia farmacológica fue de 47,6% de los pacientes y se encontró asociación entre la variable adherencia y la presión arterial controlada ( $p < 0,05$ ). Se concluyó que la adherencia a la medicación en la población fue baja y que la razón principal de la falta de adherencia a la terapia antihipertensiva fue el olvidarse tomar la medicación.

**Moreno Cruz <sup>22</sup> (2021). “Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de un hospital de Nivel III, septiembre 2019 - marzo 2020”.**

Es un trabajo de investigación que busca determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de un consultorio externo. Se tomó un total de 63 pacientes mayores de 18 años que tenían un tratamiento antihipertensivo por al menos 1 mes o más, se les aplicó el Test de Morisky-Green-Levine para poder

señalar la adherencia que mantenían. Se evidencia que el 61,9% de los pacientes pertenecen al sexo femenino, el 57,14% estuvo conformado por pacientes mayores de 60 años, el 39% tenía hipercolesterolemia y el 19% padecía de diabetes mellitus tipo 2. Con respecto a la farmacología, el tipo de medicamento que más fue usado por los pacientes son los IECAs con un 46,09%. Por otro lado, al aplicar el Test de Morisky-Green-Levine se puede concluir que un 39,7% de la población estudiada presentó una adherencia media, el 34,9% mostró tener una adherencia terapéutica alta y el 25,4% tuvo una adherencia baja.

**Herrera Ortiz <sup>23</sup> (2019). “Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial EsSalud - Distrito de Chota, 2017”.**

La finalidad principal del presente estudio es establecer la calidad de vida de adultos mayores hipertensos. Consta de una muestra de 150 pacientes, en donde el mayor porcentaje estuvo conformado por pacientes entre 60 y 74 años de edad (69,2%), el sexo femenino predominó con un 56,7% y según el nivel de instrucción el 40,8% tuvo una educación superior. Con respecto a la calidad de vida, el 77,5% de los evaluados presentaron una mejor calidad de vida, encontrando que el 88,3% mantienen el nivel de salud más alto en la dimensión del estado de ánimo y el 84,2% tiene mejor grado de salud en la categoría de manifestaciones somáticas. Al hacer la relación de la calidad de vida según sus características sociodemográficas, se evidenció que aquellos pacientes que gozan de una mejor calidad de vida son los pacientes adultos mayores que tienen una edad entre 60 y 74 años de edad (52,5%), casados en un 52,5%, el 35% con un grado de educación superior, el 35,8% mantiene una vida inactiva, 61,7% proceden de una zona urbana y el 71,7% profesan la religión católica. Concluyendo que en este estudio los pacientes adultos mayores hipertensos en general, en las categorías de estado anímico y manifestaciones somáticas mantienen una calidad de vida mejor.

**Pérez y Saca <sup>24</sup> (2018). “Factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan De Lurigancho, 2018”.**

El presente estudio tuvo como objetivo principal identificar los diferentes factores de riesgo relacionados a la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con

hipertensión arterial en el Hospital San Juan de Lurigancho. Se encuestó a 100 pacientes adultos mayores hipertensos utilizando una ficha de datos y el cuestionario SF 36, este último para calidad de vida. Obteniendo como resultado que los factores que causan riesgo afectando la calidad de vida son: la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo, de manera detallada se puede observar que el factor de riesgo obesidad afecta la calidad de vida en la dimensión vitalidad ( $p=0,004$ ) y rol emocional ( $p=0,002$ ); el sedentarismo se evidencia como factor de riesgo afectando la calidad de vida en la dimensión función física ( $p=0,001$ ) y el tabaquismo mostrándose como factor de riesgo se asocia con la calidad de vida en las dimensiones de rol físico ( $p=0,000$ ), función física ( $p=0,024$ ), dolor corporal ( $p=0,000$ ), salud mental ( $p=0,002$ ) y salud emocional ( $p=0,000$ ). Así mismo, se evidencia que el factor diabetes no tiene afectación directa con la calidad de vida de los pacientes. Concluyendo finalmente en que los factores de riesgo si se relacionan con la calidad de vida en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **A. HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Es uno de los factores de riesgo principales para presentar insuficiencia cardiaca y para la enfermedad cerebrovascular. Se determina como una patología que afecta los vasos arteriales, provocando una inflamación de manera crónica de estas estructuras. En la mayoría de los casos no cuenta con una etiología exacta, sobre todo en aquellos pacientes que presentan una hipertensión arterial esencial. Se considera HTA tomando como punto de corte una presión arterial de manera persistente o sostenida, siendo 140 mmHg en la presión arterial sistólica y 90 mmHg en la presión arterial diastólica, para la población de 18 años de edad para adelante, según el Ministerio de Salud del Perú. (25)

#### **Diagnóstico**

En el Perú, para el diagnóstico de HTA se requiere de la historia médica, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales, con los cuales se determina los niveles de presión arterial, se busca las probables causas y se determina el riesgo cardiovascular de manera global según los factores de riesgo y daños en órganos blanco. (25)



La European Society of Cardiology, define la HTA como una PA  $\geq 140 / 90$  mm Hg, mientras que los estadounidenses eligen un umbral más bajo de PA  $\geq 130 / 80$  mm Hg. Según la Asociación Americana del Corazón (AHA) la hipertensión en estadio 1 se determina como una PAS  $\geq 130$ -139 mmHg o PAD  $\geq 80$ -89 mmHg, mientras que los europeos la definen como PA normal alta (130-139 / 85-89 mm Hg). (26)

En todas las guías se enfatiza la importancia de varias mediciones de la PA y en diferentes ocasiones. Las guías canadienses del año 2016 recomiendan los aparatos completamente automáticos de medición de la PA como el método favorito para la medición de la presión arterial en la consulta, obteniendo mediciones similares a las que la monitorización ambulatoria por 24 horas (AMPA). (27)

## **Tratamiento**

Cambiando el estilo de vida de los pacientes se pueden prevenir o retrasar de forma eficaz y segura la HTA en pacientes que no tengan la enfermedad aún. Estar activo  $\geq 4$  días a la semana, perder peso en presencia de obesidad, consumir una dieta rica en frutas y verduras y sodio por debajo del umbral recomendado, evitar el consumo elevado de alcohol y abstenerse de fumar, se han optado como terapias de estilo de vida eficaces para prevenir o controlar la hipertensión en etapa 1, por lo que, el estilo de vida también forma gran relevancia en el manejo del paciente con hipertensión arterial. (28)

## **Inicio de terapia farmacológica**

Hay dos estrategias ampliamente establecidas para la reducción de la presión arterial: las intervenciones en el estilo de vida y la terapia con medicamentos. Están surgiendo nuevas terapias basadas en dispositivos, pero su eficacia como opción de tratamiento sigue sin demostrarse por completo. Las intervenciones en el estilo de vida pueden reducir la presión arterial y, en algunos casos, reducir también el riesgo cerebrovascular, pero la mayoría de los pacientes hipertensos también necesita de tratamiento farmacológico. La terapia de combinación inicial es más eficaz para reducir los valores de presión arterial que la monoterapia, e incluso la terapia de combinación de dosis baja suele ser más eficaz que la monoterapia de dosis máxima. (29)

Los fármacos antihipertensivos que han demostrado eficacia y han sido aceptados como primera elección en monoterapia son: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II), beta bloqueadores (BB), bloqueador de los canales de calcio (BCCA) y diuréticos tipo tiazidas. Se recomienda no usar beta bloqueadores de primera opción en los pacientes mayores de 60 años de edad.

### **Terapia farmacológica combinada**

La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico combinado depende en principio de la respuesta clínica. Si los objetivos no se logran durante por lo menos 8 – 12 semanas de tratamiento continuo y regular, se recomienda una combinación de tratamientos, pues muchas veces la dosis inicial habitual para un paciente no es efectiva. La terapia combinada puede ser iniciada por un médico en el primer nivel de atención, como se muestra en la Tabla 1. Al iniciar la terapia de combinación, se debe considerar derivar al paciente a un nivel superior para que lo evalúe un cardiólogo o un médico internista. Cuando la presión arterial no se controla con una combinación de 3 fármacos, y después de excluir alguna causa secundaria de hipertensión arterial y la falta de adherencia al tratamiento, también que la presión arterial elevada haya sido determinada por medidas repetidas en consulta, AMPA o MAPA, se considera que el paciente tiene hipertensión arterial resistente y se debe considerar el asesoramiento profesional para estos pacientes. Otras opciones de tratamiento incluyen la adición de dosis bajas de espironolactona (25-50 mg/día) o terapia diurética adicional (dosis altas de amilorida), tiazidas en dosis altas o análogos de tiazidas y diuréticos de asa (<45 ml/min/m<sup>2</sup>), bloqueadores beta, bloqueadores alfa, fármacos de acción central (clonidina) o en raras ocasiones, minoxidil. (29) (25)

<b>Combinaciones preferidas</b>	<b>Combinaciones aceptables</b>	<b>Combinaciones menos efectivas</b>
IECA + diurético tipo tiazidas (i.e. Enalapril + hidroclorotiazida).	Betabloqueadores + diuréticos tipo tiazídicos (i.e. Bisoprolol + hidroclorotiazida).	IECA + Betabloqueadores (i.e. Enalapril + Bisoprolol).

<p>ARA II+ diuréticos tipo tiazidas (i.e. Losartán + hidroclorotiazida).</p> <p>IECA + bloqueadores de canales de calcio (i.e. Enalapril + amlodipino).</p> <p>ARA II + bloqueadores de los canales de calcio (i.e. Losartán + amlodipino).</p>	<p>Bloqueadores de los canales de calcio dihidropiridínicos (i.e. Amlodipino + Bisoprolol).</p> <p>Bloqueadores de los canales de calcio +diuréticos tipo tiazidas (i.e. Amlodipino + hidroclorotiazida).</p> <p>Diuréticos tiazidas + diurético ahorrador de K (i.e. Hidroclorotiazida +espironolactona).</p>	<p>ARA II + Betabloqueadores (i.e. Losartán + Bisoprolol).</p> <p>Bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos + Betabloqueadores (i.e. Verapamilo + Bisoprolol).</p>
---	--	--

Fuente: "Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva". MINSA (2015)

### Control de hipertensión arterial

Una vez que se ha diagnosticado un tipo específico de PA en el examen de consulta, debe confirmarse con mediciones repetidas de la PA en diferentes visitas o con mediciones de la PA fuera de la visita para confirmar el diagnóstico de hipertensión. Cuando la PA es óptima (menor a 120/80 mmHg), se recomienda medir la presión arterial al menos cada 5 años en pacientes sin riesgo cardiovascular, en el caso de PA normal entre 120-129/80-84 mmHg, se recomienda la medición de la presión arterial cada 3 años por lo mínimo. Si la PA es normal-alta (130-139/85-89 mmHg) se debe medir la PA al menos 1 vez al año, así mismo considerar una HTA enmascarada pudiendo ser indicación de medición ambulatoria con MAPA o AMPA. (29)

Con respecto al seguimiento de aquellos pacientes hipertensos, que continúen un con su terapia farmacológica y obtengan control de sus valores de presión arterial <140/90 o según su objetivo terapéutico, se deberán hacer revisiones mensuales por un

tiempo de 6 meses, de los cuales  $\geq 75\%$  de los controles realizados deben estar dentro de los rangos objetivos, para ser considerado un paciente controlado. Una vez logrado este objetivo, el examen se realizará cada tres meses en el centro médico designado, teniendo en cuenta la clasificación de riesgo cardiovascular. (25)

A continuación, se detallan dichas metas:

POBLACIÓN	METAS DEL MANEJO DE LA PA (mmHg)	RECOMENDACIÓN
Hipertensos en general	<140/90	A
Diabéticos	<140/80	A
Personas con proteinuria	<130/80	B
Octogenarios hipertensos	Mantener PAS entre 140 y 150	A

## B. ADHERENCIA TERAPEÚTICA

La adherencia es el comportamiento del paciente hacia el uso de un medicamento. Según la Organización Mundial de la Salud, la describe como “el grado en que el comportamiento de una persona, en relación con la medicación, la adherencia a una dieta o la modificación de hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con los profesionales médicos”. (30)

Existen dos métodos, los directos y los indirectos. Los métodos directos consisten en determinar la concentración de un fármaco o su metabolito para afirmar si es adherente a la terapéutica, asimismo la terapia directamente observada, como el tratamiento antituberculoso. Por otro lado se encuentran los métodos indirectos, los cuales están basados en la entrevista clínica, mediante el conteo de la medicación que le sobra al paciente, el análisis de los registros de dispensación y dispositivos electrónicos. (30)

## **Test de Morisky-Green**

Es uno de los cuestionarios más populares, el cual está aceptado para diferentes patologías crónicas y fue creado por Morisky Green y Levine para determinar la adherencia a la terapia farmacológica de los pacientes. La primera versión consta de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica, sí o no, para evaluar si la persona adopta comportamientos correctos en relación a la terapéutica y si existen algunas para una correcta adherencia terapéutica. Si el comportamiento es incorrecto el paciente será catalogado como no cumplidor, en cambio si el paciente responde de manera correcta: No/Sí/No/No, se considera paciente cumplidor. Este cuestionario ha sido validado para diferentes poblaciones de estudio y para una variedad de enfermedades crónicas, como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad de Parkinson, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Las preguntas, que se deben realizar entre mezcladas con el cuestionario o en la conversación son:

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

## **C. CALIDAD DE VIDA**

En 1996, en el foro mundial de la salud, la OMS define la “calidad de vida” en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. (31) La combinación de factores objetivos y subjetivos nos da como resultado la calidad de vida, en donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilizando y explotando su potencial: afectivo, intelectual, creativo) y las condiciones externas interactúan con el (como estructura socioeconómica, cultural, psicosocial y política). El lado subjetivo estará brindado por el mayor agrado del individuo, el grado que tiene en el cumplimiento de sus

aspiraciones, como él o la población lo percibe en su condición general de vida, lo que lo conduce a sentimientos positivos o negativos. (32)

### **Calidad de vida relacionada con la salud**

El objetivo del tratamiento de las enfermedades crónicas en los adultos, como la hipertensión arterial, es eliminar o disminuir los síntomas, mejorar el bienestar de las personas y evitar complicaciones, lo que hace que los métodos clásicos de medidas de resultados en medicina, como: morbilidad, mortalidad y la expectativa de vida, demuestren ser insuficientes para examinar la calidad de vida la población que padece de alguna ECNT, en este contexto se incorpora la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Para los autores Botero De Mejía y Pico Merchán, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud es visto como la facultad de una persona para hacer actividades importantes relacionadas con la formación funcional, emocional y social influenciada por la autopercepción. La calidad de vida es un concepto humano relacionado con cuan satisfecha esta una persona con su condición física, con su estado emocional, su vida amorosa, familia y social, entre otras cosas. (32)

### **Cuestionario MINICHAL**

Se trata de una referencia breve del cuestionario validado y específico para determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos, desarrollado por Roca Cusachs. La validación de una versión abreviada de un cuestionario (MINICHAL) puede ofrecer ventajas para su uso en atención primaria, pues consta de solo 16 ítems, y permite determinar qué características de la vida del paciente, o en su tratamiento influyen en la CVRS del paciente hipertenso. (33)

El cuestionario está formado por 16 ítems basados en los últimos 7 días, de las cuales 10 corresponden a la dimensión “estado de ánimo” y 6 a “manifestaciones somáticas”. Las respuestas se obtienen por escala Likert con 4 posibles opciones de respuesta (“no, en absoluto”= 0, “sí, algo”= 1, “sí, bastante”=2 y “sí, mucho”=3). Con respecto a la puntuación: el nivel de valoración del estado de ánimo va de 0-11 (mejor nivel de salud) y de 12-30 (peor nivel de salud), y las manifestaciones somáticas van de 0-6 (mejor nivel de salud) y de 7-18 (peor nivel de salud). Según la puntuación global

obtenida, si esta es de 0-15 puntos corresponde a mejor calidad CRVS y de 16-48 puntos, peor CVRS. (23)

## **D. CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS- UNIDAD DE CONTROL DE EMERGENCIAS**

La Unidad de Control de Emergencias (UCE) es definida como una organización no gubernamental (ONG) de la de la Arquidiócesis de Lima que brinda asistencia en las áreas de atención en salud, urgencias y emergencias pre hospitalario, también en la asistencia médica en caso de desastres.

El Centro de Atención de Urgencias de la Diócesis de Santa Rosa de Lima nace en medio del peligro sanitario provocado por el virus del COVID-19, en la que la atención de salud se encuentra interrumpida de manera parcial, dificultado el control y manejo de la enfermedad por parte de las personas con enfermedades no transmisibles. En esta ONG participan cerca de 35 voluntarios, entre los que se encuentran estudiantes de obstetricia, nutrición, enfermería y medicina humana, egresados y médicos. Se ejecutan planes de prevención de enfermedades y promoción de la salud, también se realiza vigilancia y seguimiento de aquellos pacientes con afecciones crónicas no trasmisibles, se proporciona asesoramiento y orientación al público en general para mantener un comportamiento saludable, y se realiza la labor de primeros auxilios médicos.(34) (35)

### **2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES**

**Edad:** Número de años transcurridos desde el nacimiento de una persona.

**Grupo etario:** Pertenencia a una etapa específica del ciclo vital humano.

**Sexo:** Género biológico señalado en la encuesta.

**Estado civil:** Situación personal de una persona en relación a otra en un determinado momento de su vida.

**Nivel educacional:** Nivel educativo más alto que una persona ha culminado.

**Ejercicio físico:** Actividad física que es generalmente regular y realizada con la finalidad de mantener o mejorar el acondicionamiento físico o salud.

**Tabaquismo:** Consumo habitual de tabaco por una persona, incluyendo la adicción al uso de tabaco.

**Polifarmacia:** Uso de dos o más drogas administradas separadamente para lograr un efecto combinado en un mismo paciente.

**Tiempo de enfermedad:** El tiempo que paso desde que un médico diagnosticó la enfermedad con o sin pruebas adicionales.

**Comorbilidad:** Enfermedad asociada.

**Control de enfermedad:** Alcanzar los objetivos del tratamiento manteniendo los valores de presión arterial por debajo del rango deseado.

**Adherencia al tratamiento:** Grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y horarios, y cumplimiento de la medicación para el resultado terapéutico deseado

**Calidad de vida relacionada con la salud:** Grado subjetivo de buena salud, en términos de carencia de síntomas, buen estado mental y buena toma de decisiones que se sugiere tomar para con la salud.



## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3. 1. HIPÓTESIS GENERAL, ESPECÍFICAS:**

#### **HIPOTESIS GENERAL:**

Hi: La adherencia terapéutica está asociada significativamente a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE, Lima, 2021.

Ho: La adherencia terapéutica está asociada significativamente a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE, Lima, 2021.

#### **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:**

Ha: La sí adherencia al tratamiento farmacológico está asociada significativamente a la mejor calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.

Ha: Los factores sociodemográficos están asociados significativamente a la mejor calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.

Ha: El tiempo de enfermedad está asociado significativamente a la mejor calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.

Ha: La ausencia de comorbilidades está asociado significativamente a la mejor calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.

Ha: El control de la hipertensión arterial está asociado significativamente a la mejor calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.

### 3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES		CATEGORÍA O UNIDAD
<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>Edad</b>	Años
	<b>Grupo etario</b>	0= Adulto 1= Adulto mayor
	<b>Sexo</b>	0 = Femenino 1 = Masculino
	<b>Estado civil</b>	0 = Soltero 1 = Casado 2 = Viudo 3 = Divorciado 4 = Conviviente
	<b>Nivel educacional</b>	0 = Universidad/Instituto 1 = Escuela secundaria 2 = Escuela primaria 3 = No escolaridad
	<b>Ejercicio físico</b>	0 = Si 1 = No
	<b>Tabaquismo</b>	0 = No 1 = Si
	<b>Polifarmacia</b>	0 = 1 fármaco 1 = 2 fármacos 2 = 3 fármacos
<b>Tiempo de enfermedad</b>	0 = Menor o igual de 10 años 1 = Más de 10 años	
<b>Comorbilidad</b>	0 = No 1 = Si	
<b>Control de enfermedad</b>	0 = Paciente controlado 1 = paciente no controlado	
<b>Adherencia al tratamiento</b>	0 = Adherente 1 = No adherente	
<b>Calidad de vida relacionado con la salud</b>	0 = Mejor calidad de vida 1 = Peor calidad de vida	

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un trabajo de investigación observacional, analítico, de corte transversal.

Con respecto al alcance se realizó un estudio de tipo observacional pues no existe intervención en las variables; analítico, pues se analizó la relación entre las variables del estudio; y de corte transversal, ya que los datos fueron extraídos en un solo momento.

### 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del presente estudio incluyó a aquellos pacientes entre los 30-79 años de edad con el diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al Centro de Atención de Urgencias - UCE.

#### Tamaño muestral:

Se determinará la representatividad de la muestra mediante el cálculo del tamaño muestral y el tipo de muestreo.

Diseño Transversal Analítico	
$P_1$ : FRECUENCIA CON EL FACTOR	0.29
$P_2$ : FRECUENCIA SIN EL FACTOR	0.15
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
$n'$ : TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCIÓN	137
$n$ : TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCIÓN DE YATES	151
TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS	151
TAMAÑO DE MUESTRA NO EXPUESTOS	151
TAMAÑO MUESTRA TOTAL	302

Fuente: Camacho-Sandoval J., "Tamaño de Muestra en Estudios Clínicos", Acta Médica Costarricense (AMC), Vol. 50 (1), 2008

Se determinó el tamaño muestral tomando como referencia el trabajo de Cardenas Huapaya, Maritza Milagros y Machacuay Vilcatoma, Gladys Yenyel (5) el cual evalúa la asociación entre la adherencia farmacológica y la calidad de vida relacionada con la salud en personas hipertensas. En la presente investigación al tener mayor cantidad de población de estudio, el valor de frecuencia que se optó tomar con el factor (p1) fue de 0,29 y sin el factor (p2) fue de 0,15, se aplicó un poder estadístico del 80% y un nivel de confianza del 95%, exponiendo una totalidad de 302 personas hipertensas, para así poder tener una muestra de tamaño significativo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de la muestra.

### **Criterios de selección de la muestra**

#### **A. Criterios de inclusión**

- Pacientes entre 30 y 79 años.
- Personas con el diagnóstico médico de hipertensión arterial.
- Pacientes con por lo menos un año de diagnóstico médico de hipertensión arterial.

#### **B. Criterios de exclusión**

- Personas que tengan menos de 1 año de diagnóstico médico de hipertensión arterial.
- Personas con registros clínicos que carezcan de la información solicitada para llenar la ficha de recolección de datos.
- Personas que llenen las encuestas de manera incompleta.

### 4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>Edad</b>	Número de años transcurridos desde el nacimiento de una persona	Número de años indicado en la historia clínica	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años
	<b>Grupo etario</b>	Pertenencia a una etapa específica del ciclo vital humano	Categorización de la edad según registro de la historia clínica	Ordinal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Adulto 1= Adulto mayor
	<b>Sexo</b>	Género biológico	Género biológico señalado en la encuesta	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Femenino 1 = Masculino
	<b>Estado civil</b>	Situación personal de una persona en relación a otra en un determinado momento de su vida	Situación personal de una persona en relación a otro registrada en la encuesta	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0 = Soltero 1 = Casado 2 = Viudo 3 = Divorciado 4 = Conviviente
	<b>Nivel educacional</b>	Nivel educativo más alto que una persona ha culminado	Grado de instrucción	Ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	0 = Universidad/Instituto 1 = Escuela secundaria 2 = Escuela primaria

			señalado en la encuesta.			3 = No escolaridad
	<b>Ejercicio físico</b>	Actividad física que es generalmente regular y realizada con la finalidad de mantener o mejorar el acondicionamiento físico o salud	Ejercicio físico realizado por el paciente	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Si 1 = No
	<b>Tabaquismo</b>	Consumo habitual de tabaco por una persona, incluyendo la adicción al uso de tabaco	Uso de tabaco por el paciente	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
	<b>Polifarmacia</b>	Uso de dos o más drogas administradas separadamente para lograr un efecto combinado en un mismo paciente	Numero de fármacos antihipertensivos ingeridos por el paciente	Ordinal Discreta	Independiente Cuantitativa	0 = 1 fármaco 1 = 2 fármacos 2 = 3 fármacos
<b>Tiempo de enfermedad</b>		El tiempo que paso desde que un médico diagnosticó la enfermedad con o sin pruebas adicionales	Tiempo de la enfermedad crónica en años	De Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	0 = Menor o igual de 10 años 1 = Más de 10 años
<b>Comorbilidad</b>		Enfermedad asociada	Diagnóstico de otra patología crónica asociada	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si

<p><b>Control de enfermedad</b></p>	<p>Alcanzar los objetivos del tratamiento manteniendo los valores de presión arterial por debajo del rango deseado</p>	<p>Valores de las ultimas tomas de la presión arterial registradas en la ficha de control</p>	<p>Nominal Dicotómica</p>	<p>Independiente Cualitativo</p>	<p>0 = Paciente controlado 1 = paciente no controlado</p>
<p><b>Adherencia al tratamiento</b></p>	<p>Grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y horarios, y cumplimiento de la medicación para el resultado terapéutico deseado</p>	<p>Adherencia al tratamiento determinado por el Test de Morisky-Green-Levine, considerando adherente al paciente que responda las preguntas en el orden de NO, SI, NO, NO. De lo contrario será clasificado como no adherente</p>	<p>Nominal Dicotómica</p>	<p>Independiente Cualitativa</p>	<p>0 = Adherente 1 = No adherente</p>
<p><b>Calidad de vida relacionado con la salud</b></p>	<p>Grado subjetivo de buena salud, en términos de carencia de síntomas, buen estado mental y buena toma de decisiones que se sugiere tomar para con la salud</p>	<p>Nivel de salud registrado por el cuestionario MINICHAL que evalúa el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas</p>	<p>Nominal Dicotómica</p>	<p>Dependiente Cualitativa</p>	<p>0 = Mejor calidad de vida 1 = Peor calidad de vida</p>

#### **4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se ubicaron los datos de los pacientes a partir del sistema de historias clínicas del CAU - UCE, se enviaron los cuestionarios desde la base virtual Google Forms a cada uno de los pacientes hipertensos. Se utilizaron los datos relevantes de las historias clínicas y las fichas de control de los pacientes acorde al cumplimiento de los criterios de inclusión del estudio. La participación fue abierta y voluntaria, por lo cual se pidió el consentimiento informado a cada participante para el llenado de las encuestas.

Para evaluar las variables principales: adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada a la salud, se emplearon 2 encuestas el test de Morisky-Green y el cuestionario MINICHAL, ambos instrumentos han sido validados a nivel nacional. Con respecto a la adherencia terapéutica se utilizó el test de Morisky-Green, el cual fue empleado por Briggit Susan Prieto Villanueva y Miroslava Ivonne Dolores Huamán en Perú; se reportó un grado de validez en este estudio con una fiabilidad alfa de Cronbach de 0,818 (19). Por otro lado, para evaluar la variable CVRS se empleó el cuestionario MINICHAL, una referencia resumida del validado cuestionario sobre Calidad de Vida para la Hipertensión Arterial (CHAL), fue validado en un estudio realizado en Cajamarca con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,813, según Herrera Ortiz (23)

Finalmente, los datos recopilados fueron almacenados en hojas de cálculo de Microsoft Excel, en donde para evitar probables errores de digitación se añadieron los criterios de validación correspondientes.

#### **4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS**

La adherencia terapéutica fue evaluada con el test de Morisky-Green, el cual es un cuestionario que determina de manera indirecta la adherencia a los tratamientos, ha sido validado para diferentes enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial. Consta de una serie de cuatro preguntas con respuesta dicotómica: si o no, con la finalidad de definir la ausencia o presencia de adherencia terapéutica. Si el paciente responde de manera adecuada a las cuatro preguntas, es decir en el orden: No/Sí/No/No será catalogado como “adherente”, y no adherente cuando no responda correctamente a las cuatro preguntas. (19)



La calidad de vida relacionada con la salud fue evaluada mediante el cuestionario MINICHAL, el cual consta de 16 ítems, de los cuales 10 corresponden a la dimensión “estado de ánimo” y 6 a la dimensión “manifestaciones somáticas”. Las respuestas se obtienen por escala Likert con 4 posibles opciones de respuesta (“no, en absoluto”= 0, “sí, algo”= 1, “sí, bastante”=2 y “sí, mucho”=3). Con respecto a la puntuación, en la dimensión “estado de ánimo” el rango de puntuación va de 0 - 11 (mejor nivel de salud) y de 12-30 (peor nivel de salud); y en la dimensión “manifestaciones somáticas” el rango de puntuación es de 0 - 6 (mejor nivel de salud) y de 7 - 18 (peor nivel de salud). Según la puntuación global obtenida, que es la que tomamos en el presente estudio, si el puntaje está entre 0 - 15 puntos corresponde a mejor calidad de vida y si esta entre 16 - 48 puntos, corresponde a peor calidad de vida. (23)

Para hacer la interpretación y la categorización de las variables clínicas asociadas al control de la enfermedad en pacientes hipertensos, se utilizó la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y manejo de la hipertensión arterial del MINSA. (25) Se categorizo como “paciente controlado” a los que mostraban en sus últimos 6 controles de presión arterial valores  $\leq 140/90$  mmHg si el pacientes es hipertenso.

El resto de variables independientes: sexo, edad, grupo etario, nivel educacional, estado civil, polifarmacia, ejercicio físico, tabaquismo, tiempo de enfermedad y comorbilidad, fueron tomadas mediante la ficha de recolección de datos. Con respecto al tiempo de enfermedad se tomó como punto de corte menor o igual a 10 años y mayor de 10 años, pues estudios evidencian que en este tiempo existe la posibilidad de que la persona afectada sufra algún evento cardiovascular, lo que dependerá también de los factores de riesgo que presente el individuo a la vez, afectando así la calidad de vida de la persona. (23)

#### **4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se obtuvo los datos de la población hipertensa del sistema de usuarios e historias clínicas de la UCE ([uce.pe/web/login](http://uce.pe/web/login)), con aquella información se pudo contactar a los usuarios mediante número telefónico, enviando un link de google form que contiene el consentimiento informado y las encuestas ya antes mencionadas. Luego, los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel tomando en

cuenta las variables de interés, donde se toman en cuenta criterios de validación para evitar probables equivocaciones en la digitación. Se usaron las medidas de tendencia central para hacer el análisis de las variables cuantitativas, en este caso, solo se tuvo 1 variable cuantitativa (edad), de donde se obtuvo: mediana y desviación estándar; así mismo se elaboraron cuadros de frecuencias y contingencia para las variables cualitativas y cuantitativas. Se empleó el programa STATA 14.2 para la evaluación de las variables cualitativas, y se usó la prueba de hipótesis Chi cuadrado de independencia. Para poder evaluar la asociación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada en salud en pacientes hipertensos, se usó la razón de prevalencia (RP) y el intervalo de confianza al 95%. Por último, los valores de RP ajustados fueron calculados usando el modelo de regresión de Poisson.

#### **4.7. ASPECTOS ÉTICOS:**

Este estudio ha sido realizado teniendo en cuenta los principios éticos de la investigación médica en humanos, contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sus modificaciones posteriores. El estudio aporta valor social y valor científico. Se guardó el anonimato y la confidencialidad de los involucrados, así mismo el estudio no pone en riesgo el bienestar de los participantes. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma con código PG 094-021.

## **CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **5.1. RESULTADOS**

La muestra de estudio estuvo compuesta por 302 pacientes hipertensos atendidos en el CAU-UCE. Los resultados obtenidos se presentan a continuación:

En la tabla N° 1 se describen las características generales de los pacientes hipertensos, en donde el 57,9% son de sexo femenino, el 54,6% son personas adultas, el 58,3% son casados y el 55,6% presentan un nivel educacional superior. La mayoría de los encuestados no realiza ejercicio físico (71,9%), y no tienen el hábito tabáquico (83,4%). El 62,9% de la población solo emplea 1 fármaco para el control de su enfermedad, hay un predominio del tiempo de enfermedad menor o igual de 10 años en un 80,8%; y el 63,9% de los pacientes no presenta comorbilidad alguna. El 74,5% tiene un control de la enfermedad, la adherencia al tratamiento se ve reflejado en un 52,0%, y la mayoría de los pacientes hipertensos presentan una mejor CVRS en un 73,5%.

**Tabla Nº 1: Características generales de la población con hipertensión arterial del CAU- UCE, 2021.**

<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	175	57,9
	Masculino	127	42,1
<b>Grupo Etario</b>	Adulto	165	54,6
	Adulto mayor	137	45,4
	Soltero	44	14,6
<b>Estado Civil</b>	Casado	176	58,3
	Viudo	16	5,3
	Divorciado	47	15,6
	Conviviente	19	6,3
<b>Nivel Educativo</b>	Universidad/Instituto	168	55,6
	Escuela secundaria	117	38,7
	Escuela primaria	17	5,6
	No escolaridad	0	0
<b>Ejercicio Físico</b>	Si	85	28,2
	No	217	71,9
<b>Tabaquismo</b>	No	252	83,4
	Si	50	16,6
<b>Polifarmacia</b>	1 fármaco	190	62,9
	2 fármacos	108	35,8
	3 fármacos	4	1,3
<b>Tiempo de enfermedad</b>	Menor o igual de 10 años	244	80,8
	Más de 10 años	58	19,2
<b>Comorbilidad</b>	No	193	63,9
	Si	109	36,1
<b>Control de enfermedad</b>	Paciente controlado	225	74,5
	Paciente no controlado	77	25,5
<b>Adherencia terapéutica</b>	Adherente	157	52,0
	No adherente	145	48,0
<b>Calidad de vida</b>	Mejor calidad de vida	222	73,5
	Peor calidad de vida	80	26,5
<b>Total</b>		<b>302</b>	<b>100</b>

En la tabla N°2 se evidencia que con respecto a la edad la mediana es de 58 (52-67), y presenta una desviación estándar de 9,727.

**Tabla N° 2: Edad de la población con hipertensión arterial del CAU-UCE, año 2021**

<b>Total</b>	<b>EDAD (años)</b>	
	<b>Mediana</b>	<b>Desviación estándar</b>
302	58 (52-67)	9,727

El análisis bivariado de los pacientes hipertensos se ve reflejado en la tabla N° 3. El 73,5% de los pacientes presentan mejor calidad de vida, y el 26,5% restante presentan peor calidad de vida. Se observa que la mejor calidad de vida relacionada a la salud presenta una asociación significativa con la adherencia terapéutica (Chi cuadrado=41,19, p=0,000), el grupo etario adulto (Chi cuadrado=12,89, p=0,000), el estado civil soltero (Chi cuadrado=32,14, p=0,000), el nivel educacional superior (Chi cuadrado=6,12 p=0,047), el no consumo de tabaco (Chi cuadrado= 5,61, p=0,018), el uso de 1 solo fármaco (Chi cuadrado= 14,08, p=0,001), la ausencia de alguna comorbilidad (Chi cuadrado=7,56, p=0,006), el control de la enfermedad hipertensiva (Chi cuadrado= 89,40, p=0,000), y la edad (p=0,000).

**Tabla N° 3: Análisis bivariado con respecto a la calidad de vida de la población con hipertensión arterial del CAU- UCE, 2021**

CARACTERÍSTICAS GENERALES		CALIDAD DE VIDA				
		Mejor calidad de vida	Peor calidad de vida	Total	Chi cuadrado	P valor
<b>Total</b>		222 (73,5%)	80 (26,49%)	302 (100%)		
<b>Adherencia terapéutica</b>	Adherente	140 (89,2%)	17 (10,8%)	157 (100%)	41,19	0,000
	No adherente	82 (56,5%)	63 (43,5%)	145 (100%)	Ref.	Ref.
<b>Sexo</b>	Femenino	125 (71,4%)	50 (28,6%)	175 (100%)	0,93	0,336
	Masculino	97 (76,4%)	30 (23,6%)	127 (100%)	Ref.	Ref.
<b>Grupo etario</b>	Adulto	135 (81,8%)	30 (18,2%)	165 (100%)	12,89	0,000
	Adulto mayor	87 (63,5%)	50 (36,5%)	137 (100%)	Ref.	Ref.
<b>Estado civil</b>	Soltero	37 (84,1%)	7 (15,9%)	44 (100%)	32,14	0,000
	Casado	139 (79,0%)	37 (21,0%)	176 (100%)		
	Viudo	13 (81,3%)	3 (18,7%)	16 (100%)		
	Divorciado	19 (40,4%)	28 (59,6%)	47 (100%)		
	Conviviente	14 (73,7%)	5 (26,3%)	19 (100%)		
<b>Nivel educacional</b>	Universidad/Instituto	131 (78,0%)	37 (22,0%)	168(100%)	6,12	0,047
	Escuela secundaria	82 (70,1%)	35 (29,9%)	117 (100%)		
	Escuela primaria	9 (53,0%)	8 (47,0%)	17 (100%)		
<b>Ejercicio físico</b>	Si	63 (74,1%)	22 (25,9%)	85 (100%)	0,02	0,881
	No	159 (73,3%)	58 (26,7%)	217 (100%)	Ref.	Ref.
<b>Tabaquismo</b>	No	192 (76,2%)	60 (23,8%)	252 (100%)	5,62	0,018
	Si	30 (60,0%)	20 (40,0%)	50 (100%)	Ref.	Ref.
<b>Polifarmacia</b>	1 fármaco	152 (80,0%)	38 (20,0%)	190 (100%)	14,08	0,001
	2 fármacos	69 (63,9%)	39 (36,1%)	108 (100%)		
	3 fármacos	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100%)		
<b>Tiempo de enfermedad</b>	Menos de 10 años	180 (73,8%)	64 (26,2%)	244 (100%)	0,04	0,833
	Más de 10 años	42 (72,4%)	16 (27,6%)	58 (100%)	Ref.	Ref.
<b>Comorbilidad</b>	No	152 (78,8%)	41 (21,2%)	193 (100%)	7,56	0,006
	Si	70 (64,2%)	39 (35,8%)	109 (100%)	Ref.	Ref.
<b>Control de enfermedad</b>	Paciente controlado	197 (87,6%)	28 (12,4%)	225 (100%)	89,40	0,000
	Paciente no controlado	25 (32,5%)	52 (67,5%)	77 (100%)	Ref.	Ref.
<b>Edad</b>	N	222	80	302 (100%)		0 *
	Mediana	57 (51-65)	63.5 (58-69)			

\*Prueba de Mann-Whitney entre la calidad de vida y la edad de los pacientes con hipertensión arterial del CAU- UCE, 2021.

En la tabla N°4 se aplicó la regresión de Poisson bivariado con respecto a la CVRS con aquellas variables que mostraron ser significativas en el análisis bivariado previo. Se evidencia que la adherencia terapéutica (RP= 1,577; p=0,000; IC95%= 1,353-1,837), el grupo etario adulto (RP= 1,288; p=0,001; IC95%= 1,113-1,491), el estado civil sin pareja (RP= 0,822; p=0,016; IC95%= 0,701-0,963), el no consumo de tabaco (RP= 1,270; p=0,048; IC95%= 1,002-1,609), el consumo de solo un fármaco antihipertensivo (RP= 1,28; p=0,003; IC95%= 1,090-1,503), la ausencia de comorbilidad (RP= 1,226; p=0,012; IC95%= 1,047-1,437), el control de la enfermedad hipertensiva (RP= 2,697; p=0,000; IC95%= 1,946-3,738); y la edad (RP= 0,987; p=0,000; IC95%= 0,980-0,994) muestran estar asociadas de manera significativa con la mejor calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes hipertensos.

**Tabla N° 4: Regresión de Poisson bivariado con respecto a la calidad de vida de la población con hipertensión arterial del CAU- UCE, 2021**

CARACTERÍSTICAS GENERALES		CALIDAD DE VIDA		Total	P valor	RP crudo	IC 95%
		Mejor calidad de vida	Peor calidad de vida				
<b>Total</b>		222 (73,5%)	80 (26,5%)	302 (100%)			
<b>Adherencia terapéutica</b>	Adherente	140 (89,2%)	17 (10,8%)	157 (100%)	0,000	1,577	1,353-1,837
	No adherente	82 (56,5%)	63 (43,5%)	145 (100%)	Ref.		
<b>Grupo etario</b>	Adulto	135 (81,8%)	30 (18,2%)	165 (100%)	0,001	1,288	1,113-1,491
	Adulto mayor	87 (63,5%)	50 (36,5%)	137 (100%)	Ref.		
<b>Estado civil</b>	Sin pareja	69 (64,49%)	38 (35,51%)	107(100%)	0,016	0,822	0,701-0,963
	Con pareja	153 (78,46%)	42 (21,54%)	195 (100%)	Ref.		
<b>Nivel educacional</b>	Superior	131 (78,0%)	37 (22,0%)	168(100%)	0,056	1,148	0,997-1,323
	Colegio	91 (67,9%)	43 (32,1%)	134 (100%)	Ref.		
<b>Tabaquismo</b>	No	192 (76,2%)	60 (23,8%)	252 (100%)	0,048	1,270	1,002-1,609
	Si	30 (60,0 %)	20 (40,0%)	50 (100%)	Ref.		
<b>Polifarmacia</b>	1 fármaco	152 (80,0%)	38 (20,0%)	190 (100%)	0,003	1,28	1,090-1,503
	Más de 1 fármaco	70 (62,5 %)	42 (37,5%)	112 (100%)	Ref.		
<b>Comorbilidad</b>	No	152 (78,8%)	41 (21,2%)	193 (100%)	0,012	1,226	1,047-1,437
	Si	70 (64,2%)	39 (35,8%)	109 (100%)	Ref.		
<b>Control de enfermedad</b>	Paciente controlado	197 (87,6%)	28 (12,4%)	225 (100%)	0,000	2,697	1,946-3,738
	Paciente no controlado	25 (32,5%)	52 (67,5%)	77 (100%)	Ref.		
<b>Edad</b>	N	222	80	302 (100%)	0,000	0,987	0,980-0,994
	Mediana	57 (51-65)	63.5 (58-69)				

En la tabla N° 5 se observa el análisis multivariado de todos los pacientes con hipertensión arterial, en donde se tomaron las variables que presentaron una relación significativa en la regresión de Poisson bivariado. Los pacientes hipertensos muestran una asociación significativa entre la adherencia terapéutica (RP=1,221; P=0,003; IC95%=1,069-1,395), el consumo de solo un fármaco antihipertensivo (RP=1,163; P=0,027; IC95%=1,017-1,330), y el control de la hipertensión arterial (RP=2,371; P=0,000; IC95%=1,712-3,285), con la mejor calidad de vida relacionada a la salud.

**Tabla N° 5: Regresión de Poisson multivariada con respecto a la calidad de vida de la población con hipertensión arterial del CAU- UCE, 2021**

CARACTERÍSTICAS GENERALES		CALIDAD DE VIDA			
		P valor	RP ajustado	IC 95% Inferior	Superior
<b>Adherencia terapéutica</b>	Adherente	0,003	1,221	1,069	1,395
	No adherente	Ref.			
<b>Grupo etario</b>	Adulto	0,056	1,248	0,995	1,565
	Adulto mayor	Ref.			
<b>Estado civil</b>	Sin pareja	0,163	0,906	0,790	1,041
	Con pareja	Ref.			
<b>Tabaquismo</b>	No	0,130	1,154	0,959	1,388
	Si	Ref.			
<b>Polifarmacia</b>	1 fármaco	0,027	1,163	1,017	1,330
	Más de 1 fármaco	Ref.			
<b>Comorbilidad</b>	No	0,441	0,944	0,815	1,093
	Si	Ref.			
<b>Control de enfermedad</b>	Paciente controlado	0,000	2,371	1,712	3,285
	Paciente no controlado	Ref.			
<b>Edad</b>	Años	0,700	1,002	0,991	1,013

## 5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación dispone como objetivo principal señalar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada a la salud en aquellas personas hipertensas que fueron atendidas en el CAU- UCE. Se evidencio que existe una asociación significativa entre la presencia de adherencia terapéutica y la mejor calidad de vida de los pacientes hipertensos que asisten al Centro de Atención de



Urgencias – UCE ( $P=0,003$ ). Se puede observar que los pacientes que presentan adherencia terapéutica tienen una prevalencia de 1,2 veces más de presentar mejor calidad de vida, frente a aquellos pacientes que no son adherentes a su tratamiento antihipertensivo ( $RP=1,221$ ;  $IC95\%=1,069-1,395$ ).

Un resultado similar se obtuvo en un estudio realizado en el año 2018 en el Hospital Hipólito Unánue, en el cual se evidenció la relación entre la adherencia terapéutica de los pacientes con la calidad de vida, teniendo un valor estadísticamente significativo de 0,008 ( $p<0,005$ ). (5) De igual modo en un estudio realizado por Gloria M. Guarín Loaiza y Análida E. Pinilla Rosa en dos hospitales de Bogotá se concluye que existe una positiva relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en categoría alta, con un valor estadísticamente significativo ( $p<0,001$ ). (13) Otro estudio realizado en el Hospital III José Cayetano Heredia en Piura, en el que emplearon el cuestionario 36-item Short Form Health Survey, que cuenta con validación en Perú, obtuvo que las variables asociadas como factores protectores a la mejor calidad de vida fueron la adherencia terapéutica y el presentar una ocupación (estado laboral). (20) Sanchez Ballesteros y Lozada Zapata, en sus estudios muestran también que la asociación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos si existe. (17) (18)

Por el contrario a esto, Gómez Pulido en su estudio indica que no existe correlación significativa entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida; sin embargo, se observa que existe una tendencia a un puntaje mayor en la salud física en aquellas personas que muestran adherencia a los fármacos y acuden a sus consultas médica y, las personas que muestran una adherencia menor a los fármacos y que no siguen las recomendaciones con respecto al ejercicio físico evidencian una menor salud mental. (12)

Un metanálisis realizado en Brasil, donde se incluyó 20 estudios en diferentes países: USA, Canadá, Palestina, Alemania, entre otros, evidenció que aquellos pacientes con adherencia terapéutica mostraron un aumento promedio de 7,49 ( $IC\ 95\% 5,65-9,33$ ;  $p<0,00001$ ) en el aspecto mental de la calidad de vida. En el aspecto físico, el aumento fue de 10,76 puntos ( $IC\ 95\% 8,69-12,83$ ;  $p<0,00001$ ). La adherencia al tratamiento mostro un aumento medio de 9,24 puntos en la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial ( $IC\ 95\% 8,16-10,33$ ;  $p<0,00001$ ), concluyendo que

el tratamiento no farmacológico y farmacológico muestra mejorar la calidad de vida global de las personas hipertensas, y la adherencia al tratamiento por su parte muestra un positivo impacto en los dominios físico y mental de los pacientes. (8)

Con ello se puede concluir que la adherencia al tratamiento permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento para lograr cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida, evitando de esta manera las complicaciones en diferentes órganos a causa de un mal control de la presión arterial. (36)

Este estudio también muestra que existe una asociación significativa entre el consumo de un solo fármaco antihipertensivo y la mejor calidad de vida de los pacientes hipertensos ( $P=0,027$ ), con una prevalencia de presentar mejor calidad de vida de 1,2 veces más frente a aquellos que consumían de 2 fármacos antihipertensivos a más ( $RP=1,163$ ;  $IC95\%=1,017-1,330$ ). Al contrario de este resultado, un estudio realizado en Cuba el año 2021, determinó que no hay una significativa asociación entre la polifarmacia y la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), sin embargo se pudo evidenciar que aquellas personas que mostraron ausencia de polifarmacia, fueron los pacientes que obtuvieron porcentajes elevados de una alta calidad de vida relacionada con la salud. (11) Así mismo, un estudio realizado en Bogotá en pacientes hipertensos ambulatorios y hospitalizados obtuvo en el análisis de correspondencia múltiple que la calidad de vida en rango bajo está asociada a la toma de más de dos antihipertensivos, y a múltiples complicaciones sistémicas como enfermedades. (13)

Según la literatura la falta de cumplimiento del tratamiento es una problemática común en aquellos pacientes con polifarmacia; se asocia a un aumento en la demanda de servicios de salud, disminución en la calidad de vida e incremento en la mortalidad. (37) La toma de 1 solo fármaco está asociado a la adherencia terapéutica el cual es una variable que generalmente se relaciona a una mejor calidad de vida, como se ha visto en los estudios antes mencionados. (38) (39)

Se puede observar que el control de la enfermedad hipertensiva también muestra una asociación significativa con la mejor calidad de vida de los pacientes hipertensos ( $P=0,000$ ), teniendo una prevalencia de 2,4 veces más de presentar mejor calidad de

vida, frente a aquellos que no tiene un control de su enfermedad hipertensiva (RP=2,371; IC95%=1,712-3,285).

Al igual que en nuestro estudio, Guarín Loaiza y Pinilla Roa, muestran en su investigación que la calidad de vida en rango bajo tiene asociación con diversas complicaciones a nivel cardiovascular a causa de la ausencia del control de la presión arterial por parte de los pacientes, es decir, está asociada a compromiso de otro órgano blanco, perjudicando la calidad de vida de los pacientes hipertensos. La calidad de vida en rango medio está asociado a aquellos pacientes que mantienen un control de su enfermedad hipertensiva, que estaban hospitalizados y que recibían entre 1 y 2 fármacos para dicha enfermedad. Y por último, la calidad de vida en rango alto está asociada a aquellos pacientes que mantenían un tratamiento ambulatorio, quienes no mantenían un control de su enfermedad y quienes tomaban antihipertensivos que no eran fármacos de primera y segunda línea. Esta diferencia se presume estar asociada al grado de supervisión terapéutica, pues aquellos pacientes que se encuentran en un ambiente hospitalario tienen un control más estricto en la toma de medicación que aquellos que mantienen un tratamiento de manera ambulatoria. (13)

Sanchez Fustamente en su estudio muestra que solo el 41,7% de su población estudiada mostró un control de la enfermedad hipertensiva, en contraste con el 58,3% quienes no contaban con hipertensión controlada. Aquellos pacientes que mostraron hipertensión controlada fueron aquellos que estuvieron recibiendo tratamiento, lo cual tiene relación con investigaciones que indican que la mitad de los pacientes con tratamiento para la presión arterial mantienen un control adecuado de la enfermedad. (21) Por el contrario, González Boulí, et al, muestra que más de la mitad de su población estudiada presentaban valores de presión arterial no controlada, lo cual coincidía con la presencia de otras enfermedades cardiovasculares asociadas, siendo consecuencia del inadecuado control de la enfermedad hipertensiva, lo cual lleva a un deterioro en la calidad de vida de los pacientes, pues se evidencia la presencia de otros problemas asociados como la insuficiencia cardíaca, la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, etc. (15)

Marleny Monterrey et al, en su estudio muestra que el 53,8 % de su población mostraba control de la presión arterial. Precisa que el control de la enfermedad

hipertensiva es multifactorial, ya que intervienen factores relacionados al paciente o al médico en algunas ocasiones, resaltando así la falta del manejo terapéutico adecuado, o la falta de compromiso por y con el paciente de reducir sus valores de presión arterial, concluyendo en una evolución silenciosa de la enfermedad, lo cual trae complicaciones cardiovasculares a largo plazo. (11)

Aunque por el momento no existan estudios certeros de como la hipertensión arterial afecta la calidad de vida los pacientes de manera directa, si se puede observar que su afectación se ve ligada a otras variables características propias del paciente. Por lo que se concluye que la calidad de vida de los pacientes hipertensos cuenta con la intervención de diferentes factores: demográficos y relacionados con la enfermedad misma, entre ellos el control de la enfermedad hipertensiva. (11)

En este estudio es preciso recalcar la falta de asociación entre la ausencia de comorbilidades con la mejor calidad de vida, pues se tiene evidencia que la presencia o ausencia de otras enfermedades asociadas si muestra relación con la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hipertensos. (18) Lo cual podría ser explicado por la edad de nuestra población, pues se observa que la mediana de edad de los pacientes es de 58 (52-67) años, catalogando a nuestra población de estudio como relativamente “joven”, pues se ve que la mayoría de las personas afectadas por esta patología son adultos mayores de 65 años. (7) También se observa que un gran porcentaje presenta menos o igual a 10 años de enfermedad, siendo el 80,8% de la población, se sabe que la probabilidad de que la persona afectada sufra algún evento cardiovascular aumenta desde los 10 años en adelante, lo cual también va a depender de los factores de riesgo que presente el individuo, afectando así la calidad de vida de la persona. (23)

### **Limitaciones:**

Una limitación de este estudio es que es un estudio transversal, lo que solo nos permite hacer análisis de asociaciones entre variables, mas no relaciones causales. Por otro lado, los resultados de la investigación solo podrán ser generalizados a la población estudiada, debido al tamaño de la muestra y la ausencia de aleatoriedad en la elección de esta misma. Así mismo, la edad avanzada de los pacientes puede sesgar la información reportada.

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. CONCLUSIONES**

- Existe asociación significativa entre la adherencia terapéutica y la mejor calidad de vida en los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.
- No se determinó asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.
- No existe asociación significativa entre el tiempo de enfermedad y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.
- No se determinó asociación significativa entre la comorbilidad y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.
- Hay una asociación significativa entre el control de la enfermedad hipertensiva y la mejor calidad de vida en los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.
- Se evidencia que el uso de 1 solo fármaco antihipertensivo como terapia está asociado a la mejor calidad de vida frente a aquellos pacientes hipertensos que emplean 2 o más fármacos, en el Centro de Atención de Urgencias – UCE.

### **6.2. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda la instauración de proyectos de salud estratégicos para mejorar la adherencia farmacológica en los adultos y adultos mayores con patologías crónicas no transmisibles como es la hipertensión arterial.
- Se sugiere el control rutinario de la presión arterial para que aquellos pacientes con afecciones crónicas no transmisibles puedan estar informados de su estado de salud y así puedan tomar las medidas necesarias si la enfermedad no estuviera controlada.
- Con el fin de evitar un deterioro en la calidad de vida los pacientes con enfermedades crónicas, en este caso con hipertensión arterial, se recomienda promover cambios en el estilo de vida para conseguir un mejor control de la enfermedad, evitando así la polifarmacia y sus efectos secundarios que pueden influir en la calidad de vida de los pacientes.

- Se sugiere que el personal médico fomente la prescripción de fármacos combinados en una sola toma o tableta, con el fin de facilitar y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial.
- Fomentar mayores trabajos de investigación en diferentes áreas geográficas a nivel nacional sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, ya que esta condición puede generar complicaciones en su salud a largo plazo, reduciendo así su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedades crónicas no transmisibles.cap01.pdf [Internet]. [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en:  
[https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1734/cap01.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1734/cap01.pdf)
2. Hipertensión [Internet]. [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Cayon A, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPAS/OMS | Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 30 de junio de 2021]. Disponible en:  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=pt](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=pt)
4. Día Mundial de la Hipertensión - 17 de mayo del 2021 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en:  
<https://www.paho.org/es/eventos/dia-mundial-hipertension-17-mayo-2021>
5. Machacuay Vilcatoma GY, Cardenas Huapaya MM. Adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018. Adherence to pharmacological treatment and quality of life related to health in people with arterial hypertension, seen at the outpatient clinic of cardiology of the Hipolito Unanue National Hospital, Lima-2018 [Internet]. 17 de abril de 2019 [citado 31 de julio de 2021]; Disponible en:  
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2976>
6. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública; 2021 Vol 38 (4)DO - 1017843/rpmesp20213848502 [Internet]. 4 de abril de 2022; Disponible en:  
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/8502>
7. Heitzinger K, Montano SM, Hawes SE, Alarcón JO, Zunt JR. A community-based cluster randomized survey of noncommunicable disease and risk factors in a peri-urban shantytown in Lima, Peru. BMC International Health and Human Rights. 21 de mayo de 2014;14(1):19. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-19>
8. de Souza ACC, Borges JWP, Moreira TMM. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. Rev Saude Publica. 24 de noviembre de 2016;50:71. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006415
9. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Ul Haq N, Farooqui M, Aljadhay H, et al. Pharmacist intervention in improving hypertension-related knowledge, treatment medication adherence and health-related quality of life: a non-clinical randomized controlled trial. Health Expect. octubre de 2015;18(5):1270-81. DOI: 10.1111/hex.12101
10. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Wildali AH, Saleem HM, Aysa HA, et al. Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension:

A cross-sectional study. *International Journal of Cardiology*. 3 de octubre de 2013;168(3):2981-3. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.04.105

11. Hernández MM, Canovas liyansis BL, LLano RT del, Ramos AV, Monterrey CM. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 29 de abril de 2021;25(2):4989. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942021000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000200011&lng=es).
12. Pulido JAG. Relación entre Adherencia y Calidad de Vida en pacientes con Hipertensión Arterial. :47. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1992/19045>
13. Guarín-Loaiza GM, Pinilla-Roa AE. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Rev Fac Med*. 1 de octubre de 2016;64(4):651. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112016000400651&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000400651&lng=en). <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.52217>.
14. Contreras MPC, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Vásquez LCJ. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos Nabón. 28 de junio de 2021 [citado 8 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/5039502>. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039502>
15. González Boulí Y, Cardosa Aguilar E, Carbonell Noblet A, González Boulí Y, Cardosa Aguilar E, Carbonell Noblet A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *Revista Información Científica*. abril de 2019;98(2):146-56. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332019000200146&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000200146&lng=es).
16. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial | Pomares Avalos | Revista Finlay [Internet]. [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
17. TD Sánchez Ballesteros, Silvia.pdf [Internet]. [citado 30 de junio de 2021]. Disponible en: <http://193.147.134.18/bitstream/11000/4061/1/TD%20S%C3%A1nchez%20Ballesteros%2C%20Silvia.pdf>
18. Zapata ADRL, Piscocoya JA, Zapata CJS, Albañil WM. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. *Revista de Salud Pública*. 1 de noviembre de 2020;22(6):1-8. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642020000600207&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000600207&lng=en). Epub Dec 12, 2021. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n6.88007>.
19. Prieto Villanueva BS. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con hipertensión arterial atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Militar Central, 2018. 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/194>



20. Calle V, Antonio J. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD-Piura, Enero a Diciembre 2017. Universidad Nacional de Piura / UNP [Internet]. 2018 [citado 31 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1219>
21. Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, enero noviembre 2016 [Internet]. [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en: <https://1library.co/document/zgw4ne2y-adherencia-terapeutica-pacientes-tratamiento-antihipertensivo-hospital-regional-mercedes.html>
22. Moreno Cruz JY. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de un Hospital de Nivel III, septiembre 2019- marzo 2020. Universidad Nacional de Trujillo [Internet]. 2021 [citado 11 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/16418>
23. Herrera Ortiz JU, Oblitas Gonzales A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Chota 2017. cietna [Internet]. 2 de julio de 2020 [citado 15 de julio de 2022];7(1):31-. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/354>
24. Saca Herrera N, Pérez Samanamud RA. “Factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018”. “Risk factors related to the quality of life in hypertensive higher adult elderly patients in the physical medicine and rehabilitation department of the San Juan de Lurigancho Hospital, 2018” [Internet]. 27 de junio de 2019 [citado 30 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3211>
25. Resolución Ministerial N° 031-2015-MINSA [Internet]. [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195692-031-2015-minsa>
26. Comparison of the ACC/AHA and ESC/ESH Hypertension Guidelines [Internet]. American College of Cardiology. [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2019/11/25/08/57/http%3a%2f%2fwww.acc.org%2flatest-in-cardiology%2farticles%2f2019%2f11%2f25%2f08%2f57%2fcomparison-of-the-acc-aha-and-esc-esh-hypertension-guidelines>
27. Tagle R. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Rev Med Clin Condes. 1 de enero de 2018;29(1):12-20. DOI: 10.1016/j.rmclc.2017.12.005
28. Ozemek C, Tiwari S, Sabbahi A, Carbone S, Lavie CJ. Impact of therapeutic lifestyle changes in resistant hypertension. Prog Cardiovasc Dis. febrero de 2020;63(1):4-9. DOI: 10.1016/j.pcad.2019.11.012
29. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 1 de febrero de 2019;72(2):160.e1-160.e78. DOI: 10.1016/j.recesp.2018.12.005
30. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es). Epub 19-Oct-2020. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>.

31. Group WQ of LA. Que calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387 [Internet]. 1996 [citado 31 de julio de 2021]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
32. Botero B, Pico M. Calidad de Vida Relacionada con la salud en Adultos Mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2007 Enero; XII (1): p. 11-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
33. Dalfó i Baqué A, Badia i Llach X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Aten Primaria. 15 de febrero de 2002;29(2):116-21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-hipertension-arterial-13026230#:~:text=El%20Cuestionario%20de%20Calidad%20de,CVRS%20y%20las%20variables%20cl%C3%ADnicas>.
34. Perú. Voluntarios de la Salud al servicio de los más necesitados - Vatican News [Internet]. 2020 [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.vaticannews.va/es/iglesia/news/2020-08/peru-voluntarios-de-la-salud.html>
35. Avisos Parroquiales (Ep.7) Voluntariado de Salud [Internet]. Arzobispado de Lima. 2020 [citado 31 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.arzobispadodelima.org/2020/08/20/avisos-parroquiales-ep-7-voluntariado-de-salud/>
36. Castro MC, Ticona CV, Rayme MI, Sosa JC. Estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva, La Era-Lima Perú y San Miguel-Arica Chile. 15 de julio de 2020 [citado 6 de junio de 2022]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/5111611>
37. Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial [Internet]. Medicina General y de Familia. 2022 [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://mgyf.org/polifarmacia-y-cumplimiento-terapeutico-en-el-adulto-mayor-con-diabetes-mellitus-tipo-2-e-hipertension-arterial/>
38. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. :19. Disponible en: <http://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/385>
39. Cueva Zurita NG. Asociación entre polifarmacia y adherencia al tratamiento en adultos mayores con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2; del Centro de Salud Lucha de los Pobres, en el periodo enero-junio de 2019. 2020 [citado 27 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20898>

## ANEXOS

### ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Manuel Huamán Guerrero  
Unidad de Grados y Títulos

---

#### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis **ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS-UCE, LIMA, 2021<sup>o</sup>** con la propuesta de un autor, que presenta la SRTA. MARIANA CALLAPIÑA DE PAZ, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

---

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
ASESOR DE LA TESIS

---

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 07 de Octubre de 2021

## ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
Manuel Huamán Guerrero

---

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas  
Oficina de Grados y Títulos  
Formamos seres para una cultura de paz

### Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Mariana Callapiña De Paz de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

---

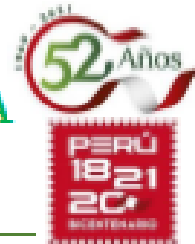
Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas

Lima, 7 de octubre del 2021

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
Facultad de Medicina Humana  
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2192-2021-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2021

Señorita  
**MARIANA CALLAPIÑA DE PAZ**  
Presente. -

**ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis**

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS-UCE, LIMA, 2021", desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 21 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedida con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Mg. Hilda Junupe Chico  
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

---

*"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"*

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco  
6010

Central 708-0000 / Anexo:

Lima 33 - Perú / [www.urp.edu.pe/medicina](http://www.urp.edu.pe/medicina)

## ANEXO 4: APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"  
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



### CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

**Título: "ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS-UCE, LIMA, 2021".**

Investigador:

**Mariana Callapiña De Paz**

Código del Comité: PG 094-021

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 16 de Noviembre del 2021

Dra. Sonia Indacochea Cáceda  
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL



Unidad de Control de Emergencias  
Arquidiócesis de Lima

Lima, 29 de septiembre de 2021

**Señorita  
Mariana Callapiña De Paz  
Presente**

De mi consideración

Tengo el agrado de dirigirme a Usted en atención al correo electrónico recibido por el suscrito con fecha 29 de septiembre de 2021 en el cual solicita autorización para la realización del proyecto de investigación titulado: "ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS-UCE, LIMA, 2021"

En tal sentido y en virtud de lo evaluado queda autorizada la realización del mencionado proyecto en nuestro Centro de Atención de Urgencias a partir de la fecha, para lo cual deberán mantenerse los principios de confidencialidad y reserva del caso, cualquier coordinación puede realizarse a través de nuestro correo electrónico: [informacion@uce.pe](mailto:informacion@uce.pe)

Sin otro particular me despido de Usted.

.....  
**Eduardo Albarracín Ugarte**  
Director General  
Unidad de Control de Emergencias  
Arquidiócesis de Lima

ANEXO 6: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Oficina de Grados y Títulos

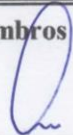
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

**ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS**

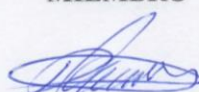
Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS-UCE, LIMA, 2021" que presenta la Señorita MARIANA CALLAPIÑA DE PAZ para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

  
Mg. SONIA LUCÍA INDACOCHEA CÁCEDA  
PRESIDENTE

  
Dra. CONSUELO DEL ROCÍO LUNA MUÑOZ  
MIEMBRO

  
MC. DANTE MANUEL QUIÑONES LAVERIANO  
MIEMBRO

  
Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
DIRECTOR DE TESIS

  
Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
ASESOR DE TESIS

Lima, 22 de junio del 2022



## ANEXO 7: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

### Adherencia terapéutica asociada a la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial en Centro de Atención de Urgencias - UCE, Lima, 2021

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	6%
2	<a href="http://repositorio.uwiener.edu.pe">repositorio.uwiener.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="http://repositorio.unc.edu.pe">repositorio.unc.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://repositorio.uma.edu.pe">repositorio.uma.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://www.scielo.org.co">www.scielo.org.co</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%

ANEXO 8: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**MANUEL HUAMÁN GUERRERO**

**VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS  
MODALIDAD VIRTUAL**

**CERTIFICADO**

Por el presente se deja constancia que la Srta.

**MARIANA CALLAPIÑA DE PAZ**

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS-UCE, LIMA, 2021.**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

**DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS**  
Director del Curso Taller de Tesis



**Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano**  
Decano (e)

ANEXO 9: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p><u>PROBLEMA GENERAL:</u></p> <p>¿Existe asociación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE, Lima, 2021?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Determinar la asociación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE, Lima, 2021.</p>	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL:</u></p> <p>La adherencia terapéutica está asociada significativamente a la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE, Lima, 2021.</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Calidad de vida relacionada con la salud</p> <p>Variable independiente:</p> <p>Adherencia terapéutica</p>	<p>Cuestionario general: Sección correspondiente al Cuestionario MINICHAL</p> <p>Cuestionario general: Sección correspondiente al Test de Morisky-Green</p>	<p><u>TIPO DE INVESTIGACION:</u></p> <p>Estudio de tipo observacional, transversal, analítico, cuantitativo y de estadística descriptiva/inferencial.</p>
<p><u>PROBLEMAS ESPECIFICOS:</u></p> <p>¿Existe asociación entre la si adherencia al tratamiento farmacológico y la alta calidad de vida en los</p>	<p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></p> <p>Identificar la asociación entre la si adherencia al tratamiento farmacológico y la alta calidad de vida en los</p>	<p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</u></p> <p>La sí adherencia al tratamiento farmacológico está asociada significativamente a la</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Calidad de vida relacionada con la salud</p> <p>Variable independiente:</p>	<p>Cuestionario general: Sección correspondiente al Cuestionario MINICHAL</p> <p>Cuestionario general: Sección</p>	<p>POBLACION Y MUESTRA:</p> <p>Constituido por las historias clínicas y la encuesta brindada a los pacientes con</p>

pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE?	pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.	buena calidad de vida en los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias – UCE.	Adherencia terapéutica	correspondiente al Test de Morisky-Green	hipertensión arterial del Centro de Atención de Urgencias – UCE.
¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE?	Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.	Los factores sociodemográficos están asociados significativamente a la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.	Variable dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud  Variable independiente: Factores sociodemográficos	Cuestionario general: Sección correspondiente al Cuestionario MINICHAL  Historia clínica: grupo etario, sexo, nivel educacional y estado civil	
¿Existe asociación entre el tiempo de enfermedad y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE?	Determinar la asociación entre el tiempo de enfermedad y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.	El tiempo de enfermedad está asociado significativamente a la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.	Variable dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud  Variable independiente:	Cuestionario general: Sección correspondiente al Cuestionario MINICHAL	

			Tiempo de enfermedad	Historia clínica: Tiempo de enfermedad	
¿Existe asociación entre la comorbilidad y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE?	Determinar la asociación entre la comorbilidad y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.	La ausencia de comorbilidad está asociado significativamente a la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.	Variable dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud  Variable independiente: Comorbilidad	Cuestionario general: Sección correspondiente al Cuestionario MINICHAL  Historia clínica: alguna enfermedad añadida	
¿Existe asociación entre el control de la hipertensión arterial y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE?	Determinar la asociación entre el control de la hipertensión arterial y la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.	El control de la hipertensión arterial está asociado significativamente la calidad de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Atención de Urgencias - UCE.	Variable dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud  Variable independiente: Control de la hipertensión arterial	Cuestionario general: Sección correspondiente al Cuestionario MINICHAL  Historia clínica: valores de presión arterial	

ANEXO 10: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>Edad</b>	Número de años transcurridos desde el nacimiento de una persona	Número de años indicado en la historia clínica	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años
	<b>Grupo etario</b>	Agrupación perteneciente a la edad de las personas	Clasificación de la edad según lo registrado en la historia clínica	Ordinal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Adulto 1= Adulto mayor
	<b>Sexo</b>	Género biológico	Género biológico señalado en la encuesta	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Femenino 1 = Masculino
	<b>Estado civil</b>	Situación personal de una persona en relación a otra en un determinado momento de su vida.	Estado civil registrado en la encuesta.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0 = Soltero 1 = Casado 2 = Viudo 3 = Divorciado 4 = Conviviente
	<b>Nivel educacional</b>	Nivel educativo más alto que una persona ha culminado	Grado de instrucción señalado en la encuesta.	Ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	0 = Universidad/Instituto 1 = Escuela secundaria 2 = Escuela primaria 3 = No escolaridad

	<b>Ejercicio físico</b>	Actividad física que es generalmente regular y realizada con la intención de mejorar o mantener el acondicionamiento físico o salud	Ejercicio físico realizado por el paciente	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Si 1 = No
	<b>Tabaquismo</b>	Consumo habitual de tabaco por una persona, incluyendo la adicción al consumo de tabaco	Consumo de tabaco por el paciente	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
	<b>Polifarmacia</b>	Uso de dos o más drogas administradas separadamente para lograr un efecto combinado en un mismo paciente	Numero de fármacos antihipertensivos ingeridos por el paciente	Ordinal Discreta	Independiente Cuantitativa	0 = 1 fármaco 1 = 2 fármacos 2 = 3 fármacos
<b>Tiempo de enfermedad</b>		El tiempo que paso desde que un médico diagnosticó la enfermedad con o sin pruebas adicionales	Tiempo de la enfermedad crónica en años	De Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	0 = Menor o igual de 10 años 1 = Más de 10 años
<b>Comorbilidad</b>		Enfermedad asociada	Diagnóstico de otra enfermedad crónica asociada registrada	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = No 1 = Si
<b>Control de enfermedad</b>		Alcanzar los objetivos del tratamiento	Valores de las ultimas tomas de la presión arterial	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativo	0 = Paciente controlado 1 = paciente no controlado

	manteniendo los valores de presión arterial por debajo del rango deseado.	registradas en la ficha de control			
<b>Adherencia al tratamiento</b>	Grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y horarios, y cumplimiento de la medicación para el resultado terapéutico deseado	Adherencia terapéutica según el Test de Morisky-Green-Levine, considerando adherente al paciente que responda las preguntas en el orden de NO, SI, NO, NO. De lo contrario será clasificado como no adherente	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Adherente 1 = No adherente
<b>Calidad de vida relacionado con la salud</b>	Grado subjetivo de buena salud en términos de ausencia de síntomas, estado psicológico y acciones que se sugiere tomar.	Nivel de salud registrado por el cuestionario MINICHAL que evalúa el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	0 = Mejor calidad de vida 1 = Peor calidad de vida



**ENCUESTA SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y LA CALIDAD DE VIDA  
EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS -  
UCE, LIMA, 2021**

**INFORMACIÓN GENERAL:**

1. **¿Usted tiene el diagnóstico de hipertensión arterial?** Sí ( ), No ( )
2. **¿Hace cuánto tiempo le hicieron el diagnóstico de hipertensión arterial?**  
**(Respuesta en años):** \_\_\_\_\_
3. **Edad:** \_\_\_\_\_
4. **Sexo:** Femenino ( ), Masculino ( )
5. **Estado civil:** Soltero ( ), Casado ( ), Viudo ( ), Divorciado ( ), Conviviente ( )
6. **Nivel educacional:** Universidad ( ), Instituto ( ), Secundaria completa ( ), Primaria completa ( ), No escolaridad ( )
7. **¿Usted realiza ejercicio físico 5 veces a la semana de al menos 30 minutos por día?**  
Si ( ), No ( )
8. **¿Usted consume cigarrillos?** No ( ), Si ( )
9. **¿Cuántos tipos de fármacos consume para controlar su presión arterial?**  
**(medicación recetada por su médico)** 1 fármaco ( ), 2 fármacos ( ), 3 fármacos ( )
10. **¿Presenta alguna otra enfermedad?** No ( ), Si ( )  
**¿Qué enfermedad?** \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO MINICHAL – CALIDAD DE VIDA  
RELACIONADA A SALUD EN PACIENTES HIPERTENSOS**

PREGUNTAS	OPCIONES			
	No, en absoluto	Sí, algo	Sí, bastante	Sí, mucho
1. Ha tenido dificultades para conciliar el sueño				
2. Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales				
3. Le ha resultado difícil entenderse con la gente				
4. Siente que no está jugando un papel útil en su vida				
5. Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas				
6. Se ha notado constantemente agobiado y en tensión				
7. Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua				
8. Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales cada día				
9. Se ha sentido agotado y sin fuerzas				
10. Ha tenido la sensación de que estaba enfermo				
11. Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente				
12. Se le han hinchado los tobillos				

13. Ha notado que orina más a menudo				
14. Ha notado sequedad de boca				
15. Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo				
16. Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo				

## TEST DE MORISKY-GREEN PARA EVALUAR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Marca con una X según corresponda

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. Si alguna vez le cae mal la medicación, ¿deja usted de tomarla?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. N° de paciente: \_\_\_\_\_
2. Edad del paciente: \_\_\_\_\_
3. Sexo del paciente: Femenino ( ) Masculino ( )
4. Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Conviviente ( )
5. Nivel educacional: Universidad ( ), Instituto ( ), Secundaria completa ( ), Primaria completa ( ), No escolaridad ( )
6. ¿Tiene el diagnostico de hipertensión arterial? Sí ( ), No ( )
7. Duración de la enfermedad en años: \_\_\_\_\_
8. ¿Cuántos tipos de fármacos consume para controlar su presión arterial? 1 fármaco ( ), 2 fármacos ( ), 3 fármacos ( )
9. ¿Realiza ejercicio físico? Si ( ), No ( )
10. ¿Usted consume cigarrillos? No ( ), Si ( )
11. ¿Presenta alguna otra enfermedad? \_\_\_\_\_
12. Valores de presión arterial: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Paciente controlado ( ), Paciente no controlado ( )
13. Puntaje del cuestionario calidad de vida: \_\_\_\_\_  
Mejor calidad de vida ( ), Peor calidad de vida ( )
14. Cuestionario de adherencia terapéutica:  
Paciente adherente ( ), Paciente no adherente ( )

**ENCUESTA SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS-UCE, LIMA, 2021**

Estimado usuario, mi nombre es Mariana Callapiña, miembro del cuerpo de voluntarios del Centro de Atención de Urgencias - UCE, en Lince. La presente encuesta es parte de la realización del trabajo de investigación denominado “ADHERENCIA TERAPÉUTICA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - UCE, LIMA, 2021”, que cuenta con la autorización del Centro de Atención de Urgencias - UCE, y la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Para ello se le invita a resolver este cuestionario de carácter anónimo y voluntario usando sus conocimientos reales. La información recabada será utilizada con fines estrictamente académicos concernientes a los objetivos de esta investigación.

Gracias de antemano por su participación.

¿Podría ayudarme completando el siguiente cuestionario?

- Acepto
- No acepto

ANEXO 13: BASES DE DATOS (EXCEL)

ID	EDAD	GRUPO ETARIO	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCACIONAL	EJERCICIO FÍOCO	TABAQUISMO	CLASIFICACION TIEMPO DE ENFERMEDAD	POLIFARMACIA	COMORBILIDAD	TIPO DE COMORBILIDAD	CALIDAD DE VIDA	ADHERENCIA TERAPEUTICA	CONTROL DE LA ENFERMEDAD
1	65	1	1	1	0	1	0	1	0	1	Diabetes mellitus 2	1	0	0
2	36	0	0	4	0	1	1	0	0	1	Diabetes mellitus 2	1	0	0
3	58	0	1	1	0	1	0	0	1	1	Hiperplasia benigna de próstata	0	1	1
4	76	1	1	1	0	1	0	0	1	1	Úlcera duodenal	0	1	1
5	69	1	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	1
6	55	0	1	1	0	1	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
7	70	1	0	0	2	1	0	1	2	1	Diabetes mellitus 2, pie diabético, gastritis, problemas renales.	1	1	0
8	45	0	1	1	0	1	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
9	58	0	0	1	0	1	0	0	1	1	Osteoporosis	0	0	0
10	47	0	0	0	1	1	0	0	0	1	Artrosis de rodilla	0	1	0
11	63	1	1	1	1	1	0	1	2	0	Ninguna	0	0	0
12	42	0	0	0	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
13	56	0	1	1	0	1	1	0	1	0	Ninguna	0	1	0
14	48	0	0	3	1	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus	1	1	1
15	69	1	0	1	2	0	0	0	0	0	Ninguna	1	0	0
16	50	0	1	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
17	62	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
18	56	0	1	3	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
19	45	0	1	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
20	59	0	1	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	1	1	0
21	60	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
22	45	0	0	0	0	1	0	0	0	1	Diabetes mellitus 2	0	0	0
23	48	0	1	1	0	0	1	0	0	0	Ninguna	0	1	0
24	55	0	1	4	1	0	0	0	1	0	Hiperplasia benigna de próstata	0	0	0
25	52	0	0	1	0	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	0	1	0
26	62	1	1	0	0	1	0	0	2	0	Ninguna	1	1	0
27	68	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0

28	63	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
29	60	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
30	68	1	0	0	0	1	0	1	1	0	Ninguna	0	1	0
31	57	0	1	1	0	1	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
32	70	1	1	1	1	1	0	1	1	1	Artrosis	0	1	0
33	64	1	1	1	0	1	0	1	1	0	Ninguna	0	0	0
34	49	0	1	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
35	58	1	0	1	0	1	0	0	0	1	Migraña	0	0	0
36	47	0	1	0	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
37	53	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
38	69	1	1	2	0	1	0	1	1	1	Hipotiroidismo, hipoacusia	0	1	0
39	63	1	1	1	1	1	0	0	1	0	Ninguna	0	1	0
40	56	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
41	64	1	0	1	0	1	0	1	0	1	Gastritis	0	1	0
42	56	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
43	51	0	0	0	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1
44	45	0	1	0	1	1	1	0	0	0	Ninguna	0	1	1
45	61	1	1	1	0	1	0	0	0	1	Glaucoma	1	1	1
46	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
47	53	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
48	74	1	0	2	1	1	0	1	1	1	Osteoporosis, gastritis, migraña	0	0	0
49	39	0	1	0	1	1	1	0	0	0	Ninguna	0	1	0
50	58	0	1	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
51	68	1	0	1	0	1	0	1	1	0	Ninguna	0	1	0
52	55	0	0	0	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
53	52	0	1	3	0	1	0	0	0	1	Migraña	0	1	0
54	57	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
55	56	0	0	1	1	1	0	0	0	1	Artrosis de rodilla	0	1	1
56	63	1	1	1	1	1	0	1	0	1	Hiperplasia benigna de próstata	0	1	1
57	45	0	1	0	0	0	0	0	0	1	Gastritis	0	0	0
58	48	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
59	50	0	0	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
60	75	1	0	1	0	1	0	1	1	1	Pterigión	0	0	0
61	56	0	1	1	0	1	0	0	1	0	Ninguna	0	1	0
62	73	1	0	3	0	1	0	1	1	0	Ninguna	1	1	1
63	63	1	0	0	1	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	0
64	60	0	1	0	0	1	0	0	1	1	Dislipidemia	0	0	0
65	49	0	0	0	1	1	0	0	0	1	Artrosis de rodilla	0	1	1
66	70	1	0	2	0	1	0	1	1	1	Hipoacusia, osteoporosis	0	0	0

67	52	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
68	63	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
69	66	1	0	2	0	0	0	0	0	1	Artrosis	0	0	0
70	48	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Dislipidemia	0	1	0
71	69	1	1	1	1	0	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
72	70	1	0	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
73	59	0	0	1	2	0	1	0	0	1	Obesidad, dislipidemia	0	0	0
74	64	1	0	1	0	0	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	0	1
75	61	1	1	1	0	1	1	0	1	1	Hiperplasia de próstata	1	1	1
76	73	1	1	2	1	1	0	1	1	1	Diabetes mellitus 2	0	0	0
77	64	1	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
78	55	0	0	3	0	1	1	0	1	0	Ninguna	1	1	1
79	66	1	1	1	1	0	1	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	0	1
80	68	1	0	1	2	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
81	48	0	0	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
82	63	1	1	4	1	1	0	0	1	1	Artrosis, úlcera gástrica	0	0	0
83	75	1	1	0	0	1	0	1	1	1	Gastritis, migraña, osteoporosis	0	1	0
84	69	1	0	1	0	1	0	1	1	0	Ninguna	1	1	0
85	53	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
86	74	1	0	1	0	1	0	1	1	0	Ninguna	0	0	0
87	58	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	0
88	56	0	0	3	0	1	0	0	0	1	Parálisis facial	0	0	0
89	72	1	0	1	0	1	0	1	1	1	Artrosis, Insuficiencia cardiaca	0	0	0
90	42	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Dislipidemia	0	1	0
91	56	0	1	3	0	1	0	0	1	1	Insuficiencia venosa periférica	0	1	0
92	47	0	0	1	0	1	0	0	0	1	Hipotiroidismo	0	0	0
93	63	1	1	4	0	1	0	1	1	0	Ninguna	0	0	0
94	52	0	1	3	1	1	0	0	0	1	Gastritis	0	0	0
95	49	0	1	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
96	57	0	0	3	0	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	0
97	78	1	0	3	0	1	0	1	1	1	Esteatosis hepática	0	1	0
98	68	1	1	1	0	1	0	1	1	1	Fibromialgia	0	0	0
99	55	0	1	1	0	1	0	0	0	1	Gastritis	0	0	0
100	78	1	0	1	0	1	0	1	1	1	Cáncer de próstata	0	1	0
101	54	0	1	0	1	1	1	0	1	1	Depresión, ansiedad	0	1	0
102	54	0	1	4	0	1	0	0	1	1	Insuficiencia venosa periférica	0	1	0
103	76	1	0	2	0	1	0	1	0	0	Ninguna	0	0	0



104	70	1	0	3	0	1	0	1	0	0	Ninguna	0	0	0
105	56	0	0	4	0	1	1	0	1	1	Dislipidemia	0	1	0
106	52	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
107	57	0	0	1	0	1	1	0	0	0	Ninguna	0	1	0
108	68	1	0	1	0	1	0	1	0	0	Ninguna	0	0	1
109	57	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
110	78	1	0	1	1	1	0	1	0	0	Ninguna	0	1	0
111	72	1	0	1	0	1	0	1	1	1	Dislipidemia	1	1	0
112	62	1	1	0	1	1	0	0	0	1	Depresión	0	0	0
113	45	0	0	0	1	1	0	0	1	1	Depresión	0	1	0
114	52	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	1
115	53	0	0	4	0	1	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
116	72	1	0	1	0	0	1	1	1	1	Hipertrofia benigna de próstata	0	0	0
117	62	1	0	0	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1
118	54	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
119	68	1	0	3	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1
120	71	1	1	0	0	1	0	1	0	1	Glaucoma	0	0	1
121	63	1	0	1	1	1	0	0	0	1	Artrosis de rodilla	0	1	0
122	77	1	1	1	1	1	0	1	0	1	Hipoacusia	0	0	0
123	75	1	1	2	0	1	0	1	0	0	Ninguna	0	1	0
124	61	1	0	0	0	1	0	1	0	1	Hipoacusia	0	0	0
125	71	1	0	1	0	1	0	1	0	0	Ninguna	0	1	0
126	51	0	0	1	1	1	0	0	1	1	Apnea del sueño	0	0	0
127	64	1	0	1	1	1	0	0	0	1	Hernias discales	0	0	0
128	62	1	1	0	0	1	0	0	1	1	Hipotiroidismo	0	0	0
129	76	1	1	1	0	1	0	1	0	0	Ninguna	0	0	0
130	48	0	1	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1
131	50	0	1	1	1	1	1	0	0	1	Migraña	0	1	1
132	58	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	1	0	0
133	47	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
134	56	0	0	3	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1
135	60	0	1	4	1	1	0	0	0	1	Hipoacusia	0	1	1
136	53	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1
137	65	1	0	1	0	1	0	0	1	1	Artrosis	0	0	0
138	48	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
139	57	0	1	4	1	0	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
140	63	1	0	2	2	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
141	79	1	0	1	2	0	0	0	0	1	Artritis y gastritis	0	0	0
142	69	1	1	1	2	1	0	0	1	1	Artrosis	1	0	1
143	61	1	0	3	1	0	0	0	1	0	Ninguna	1	1	0
144	58	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1

145	73	1	0	1	1	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
146	78	1	0	2	2	1	0	1	1	1	Artritis hipotiroidismo	0	0	0
147	45	0	1	0	0	1	1	0	0	0	Ninguna	1	0	0
148	54	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
149	59	0	1	3	0	1	1	0	0	0	Ninguna	1	1	1
150	76	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
151	55	0	1	0	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
152	57	0	0	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
153	68	1	0	1	0	1	0	1	1	0	Ninguna	0	0	0
154	46	0	1	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
155	50	0	1	3	1	1	1	0	0	0	Ninguna	0	1	1
156	64	1	1	1	0	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	0	1	0
157	47	0	1	3	0	1	0	0	1	1	Diabetes Mellitus 2	0	0	0
158	56	0	1	1	0	1	1	0	1	1	Hiperplasia benigna de próstata	1	1	1
159	75	1	1	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	0
160	75	1	0	2	1	0	0	1	0	1	Artritis	1	1	1
161	64	1	0	1	1	0	1	0	1	0	Ninguna	1	1	1
162	58	0	0	3	1	0	1	0	0	0	Ninguna	1	0	1
163	65	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	1	0	0
164	67	1	0	1	1	0	0	0	1	0	Ninguna	1	1	1
165	54	0	0	1	1	0	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
166	72	1	0	3	0	0	1	1	0	1	Gastritis	0	0	1
167	48	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
168	69	1	1	1	0	1	1	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
169	75	1	0	4	1	1	0	1	0	0	Ninguna	1	1	1
170	51	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
171	59	0	0	1	1	0	0	0	1	1	Artritis	0	0	0
172	56	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
173	76	1	0	2	2	1	0	1	0	0	Ninguna	0	0	0
174	67	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
175	74	1	0	1	1	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	0
176	58	0	1	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	1	0	1
177	74	1	1	1	1	0	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
178	57	0	0	1	0	1	1	0	1	0	Ninguna	0	0	0
179	59	0	0	4	1	1	1	0	0	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
180	78	1	1	1	1	0	1	1	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
181	67	1	0	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
182	47	0	1	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
183	68	1	0	3	2	1	0	1	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
184	72	1	0	3	1	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	0

185	64	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
186	59	0	0	1	0	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
187	45	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	0
188	74	1	1	1	1	0	0	1	0	0	Ninguna	0	0	0
189	48	0	1	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
190	65	1	1	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
191	52	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
192	54	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
193	67	1	0	3	0	1	0	1	0	1	Gastritis	1	1	1
194	56	0	1	1	0	1	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
195	71	1	1	2	1	0	0	1	1	0	Ninguna	0	0	0
196	67	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
197	45	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
198	48	0	1	0	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
199	48	0	1	0	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
200	46	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
201	69	1	1	1	1	0	0	0	0	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
202	65	1	0	3	1	1	1	0	0	0	Ninguna	1	0	0
203	63	1	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
204	51	0	0	3	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
205	58	0	0	3	0	1	0	0	0	1	Diabetes mellitus 2, hipotiroidismo	1	0	1
206	42	0	1	4	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
207	61	1	0	1	1	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
208	54	0	1	3	0	1	1	0	0	0	Ninguna	1	1	0
209	78	1	0	3	0	1	1	0	2	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
210	51	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
211	58	0	0	1	2	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
212	42	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
213	62	1	1	3	0	1	1	0	0	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
214	74	1	1	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
215	67	1	0	3	1	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	0
216	56	0	0	3	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
217	56	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
218	63	1	1	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
219	48	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
220	67	1	1	3	1	1	1	0	1	1	Hipotiroidismo	1	1	1
221	52	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
222	47	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
223	45	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
224	74	1	0	4	1	1	0	1	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1

225	42	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
226	75	1	1	1	1	1	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
227	65	1	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
228	63	1	1	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
229	46	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
230	58	0	0	3	1	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	0	1
231	54	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
232	57	0	0	3	2	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
233	65	1	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
234	74	1	0	2	2	0	0	1	1	0	Ninguna	0	0	0
235	46	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
236	63	1	0	4	1	1	0	0	0	1	Hipercolesterolemia	1	1	1
237	53	0	0	3	1	0	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
238	53	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
239	56	0	0	3	1	0	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
240	49	0	0	0	0	1	0	0	1	0	Ninguna	1	0	1
241	65	1	0	0	0	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
242	67	1	0	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
243	67	1	1	3	0	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
244	53	0	0	3	0	0	0	0	1	0	Ninguna	1	1	1
245	58	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	0
246	59	0	0	2	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
247	54	0	0	1	0	1	1	0	0	0	Ninguna	0	1	0
248	67	1	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	1	0	1
249	57	0	1	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	1	1	1
250	74	1	1	1	1	1	0	1	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
251	64	1	1	3	1	0	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	0
252	73	1	0	1	2	1	0	1	0	0	Ninguna	0	1	0
253	59	0	0	1	1	1	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
254	55	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
255	66	1	0	3	1	1	0	0	0	1	Ansiedad	1	1	0
256	65	1	1	3	1	0	1	0	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
257	67	1	0	1	1	0	0	1	1	1	Diabetes mellitus 2	1	1	1
258	68	1	1	3	2	1	0	0	1	1	Diabetes mellitus 2, insuficiencia cardiaca	1	1	1
259	74	1	0	1	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
260	64	1	1	1	0	1	0	0	1	1	Catarata	0	0	0
261	46	0	0	0	0	1	1	0	0	1	Migraña	0	1	0
262	58	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1
263	55	0	1	4	0	1	1	0	0	1	Migraña	0	1	1
264	47	0	1	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1

265	58	0	1	1	0	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
266	56	0	1	1	0	1	0	0	0	1	Hiperplasia benigna de próstata	0	0	0
267	46	0	0	4	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
268	63	1	1	1	1	1	0	1	0	0	Ninguna	0	1	0
269	55	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	1
270	58	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	1	1	1
271	42	0	1	4	0	0	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
272	51	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
273	68	1	0	0	1	1	0	1	1	0	Ninguna	0	0	0
274	57	0	1	4	1	0	0	0	1	0	Ninguna	0	1	0
275	78	1	0	2	1	1	0	1	1	1	Osteoporosis	1	1	0
276	72	1	1	1	0	1	0	1	1	1	Catarata	1	1	0
277	62	1	1	2	1	1	0	0	1	0	Ninguna	0	1	0
278	45	0	0	1	1	1	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
279	72	1	0	1	1	1	0	0	1	1	Hipoacusia	0	1	0
280	53	0	1	0	0	1	1	0	0	1	Gastritis	0	0	0
281	63	1	0	3	0	1	0	0	1	1	Gastritis	0	0	0
282	56	0	0	0	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
283	47	0	1	4	1	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
284	63	1	1	3	2	1	0	0	1	1	Gastritis	1	0	0
285	52	0	1	0	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
286	49	0	0	3	0	0	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
287	57	0	0	1	0	1	0	0	1	1	Hipotiroidismo	0	0	1
288	62	1	0	0	1	1	0	1	1	1	Gastritis, migraña	0	0	0
289	45	0	1	0	1	0	1	0	0	0	Ninguna	0	0	0
290	72	1	1	1	0	1	0	1	1	1	Cataratas, hipotiroidismo	0	1	0
291	53	0	1	0	1	1	1	0	0	0	Ninguna	0	1	0
292	62	1	1	1	1	1	0	0	1	1	Hipotiroidismo	0	1	0
293	44	0	1	0	0	1	1	0	1	1	Migraña	0	0	0
294	38	0	1	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
295	53	0	0	1	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
296	42	0	0	1	0	1	0	0	0	0	Ninguna	0	0	0
297	58	0	1	0	0	1	1	0	0	1	Gastritis	0	0	0
298	55	0	0	0	1	1	0	0	0	0	Ninguna	0	1	0
299	75	0	1	3	2	0	1	1	1	0	Ninguna	1	1	1
300	73	1	1	3	1	0	0	0	1	0	Ninguna	0	0	0
301	64	1	1	3	0	0	0	0	1	0	Ninguna	0	1	0
302	48	0	1	0	0	1	1	0	1	0	Ninguna	1	1	1