



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“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”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

CARDENAS HUAPAYA, MARITZA MILAGROS

MACHACUAY VILCATOMA, GLADYS YENY

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Primero, agradezco a Dios, por habernos guiado y permitido llegar hasta este punto y por otorgarnos salud para lograr nuestras metas. A nuestros familiares, por su constante apoyo, consejos, motivación y por todo su amor incondicional que nos brindaron durante todo este tiempo.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros queridos docentes, por ser modelos de sabiduría de nuestra alma máter, Univeridad Norbert Wiener; y a nuestro asesor, por su conocimiento, paciencia y tiempo dedicado en todo el proceso del trabajo de investigación.

ASESOR DE TESIS
DR. HERNÁN HUGO MATTA SOLÍS

JURADOS

Presidente : Dra.Susan Gonzales Saldaña

Secretario : Mg. Willmer Calsin Pacompia

Vocal : Mg. Yurik Suarez Valderrama

ÍNDICE

DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
ASESOR DE TESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
JURADOS.....	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	¡Error! Marcador no definido.
INDICE DE GRAFICOS	¡Error! Marcador no definido.
INDICE DE ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.i
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO I: EL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Planteamiento del problema	¡Error! Marcador no definido.4
1.2 Formulación del problema.....	¡Error! Marcador no definido.9
1.3 Justificación	¡Error! Marcador no definido.9
1.4 Objetivo.....	2¡Error! Marcador no definido.
1.4.1 Objetivo General	2¡Error! Marcador no definido.
1.4.2 Objetivo Específico	2¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	22
2.1 Antecedentes	22
2.1.1 Antecedentes internacionales	22
2.1.2 Antecedentes nacionales	25
2.2 Base Teórica.....	28
2.3 Terminología básica.....	50
2.4 Hipótesis	52
2.5 Variables	52
2.5.1 Operacionalizacion de variables	53
CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	55
3.1 Tipo y nivel de Investigación	55
3.2 Población y muestra.....	55
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	57
3.5 Aspectos éticos.....	58

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discusión	67
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
5.1 Conclusiones	73
5.2 Recomendaciones	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N^o1. Calificación de la presión arterial en personas que superen los 18 años	29
Tabla N^o2. Nivel de peligro cardiaco	34
Tabla N^o3. Tabla de contingencias y pruebas de Chi-cuadrado de las variables Adherencia al tratamiento y Calidad de vida relacionada a la salud	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N^o1. Adherencia al tratamiento farmacológico en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima - 2018	63
Gráfico N^o2. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018	64
Gráfico N^o3. Calidad de vida relacionada con la salud, según dimensión estado de ánimo, en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018	65
Gráfico N^o4. Calidad de vida relacionada con la salud, según dimensión manifestaciones somáticas, en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018	66

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Tabla 4: Características sociodemográficas de los pacientes que acuden al Consultorio de Cardiología en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2018	87
Anexo B. Consentimiento informado	88
Anexo C. Ficha de recolección de datos	89
Anexo D. Cuestionario MINICHAL	90
Anexo E. Test Morisky-Green	91
Anexo F. Autorización del Hospital Hipólito Unanue	92

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre 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. **Metodología:** Estudio cuantitativo, correlacional, no experimental y de corte transversal. La población estuvo conformada por 210 pacientes que acudieron al consultorio en el mes de mayo, en el que se utilizaron instrumentos que incluían variables demográficas: el test de Morisky–Green (adherencia) y el MINICHAL (calidad de vida). **Resultados:** De un total de 210 pacientes, el 42,4% eran adherentes, el 51,4% evidenciaron calidad de vida relacionada a la salud en un rango alto. Entre la variable Adherencia al tratamiento farmacológico y Calidad de vida relacionada a la salud, la prueba obtuvo un valor de significancia de 0,008 ($p < 0,05$), lo cual indica que hay relación. **Conclusiones:** Cuanto más es la adherencia al tratamiento, mejora la calidad de vida; y a medida que aumentan las personas no adherentes, la calidad de vida relacionada a la salud decrece.

Palabras clave: Hipertensión, Cumplimiento y adherencia al tratamiento, Calidad de vida.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between 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. **Methodology:** it was a quantitative, correlational study, non-experimental and cross-sectional. The population consisted of 210 patients who attended the clinic in May, in which instruments that included demographic variables were used: the Morisky-Green test (adherence) and the MINICHAL (quality of life). **Results:** out of a total of 210 patients, 42.4% were adherent, 51.4% have quality of life related to health in a high range. Among the variable Adherence to pharmacological treatment and Health-related Quality of Life, the test obtained a significance value of 0.008 ($p < 0.05$), which indicates that there is a relationship. **Conclusions:** the more adherence to treatment, the better quality of life and as non-adherent people increase, the quality of life related to health decreases.

Key words: Hypertension, compliance and adherence to treatment, quality of life.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión es un trastorno que lamentablemente perjudica a una gran cantidad de adultos a nivel mundial (1). Debido a una combinación de factores como su falta de síntomas al inicio y el deterioro lento que produce en diversos órganos del cuerpo, posee el sobrenombre de “asesino silencioso” (2).

Ello conlleva a consecuencias gravísimas para la salud por sus diversas complicaciones cardiovasculares. Además, por ser un mal endógeno e incurable, una vez descubierta solo se puede apuntar a prevenir o tratar de mantenerla dentro de los niveles óptimos y así evitar complicaciones y/o sucesos que puedan generar ciertas incapacidades e invalidez en las personas que la padecen.

Tomar conciencia es de vital importancia, porque estas alteraciones se manifiestan como la causa primordial de muerte de la población en países desarrollados y también en varios países subdesarrollados. La hipertensión es un factor principal que participa en las cardiopatías y en los accidentes cerebrovasculares, a lo que, al sumarlos nos dan un número muy relevante de mortalidad precoz y discapacidad. Se calcula que este padecimiento origina anualmente casi 9,4 millones de defunciones por sus complicaciones (3).

De acuerdo a la entidad mundial de la salud, se aprecia que 1/3 de la población a nivel global sufre de la presión alta, y lo peor de esto es que no todos realizan un seguimiento de su estado, aun estando bajo tratamiento y siendo este eficaz. Asimismo, indica que las afecciones cardiovasculares ocupan el primer lugar que ocasiona los decesos y

que reportan 17,5 millones de fallecidos al año en el mundo. La Organización Panamericana de la Salud subraya que, para el año en curso, 1 de cada 3 personas a nivel mundial padece de esta afección o desconocen su enfermedad y que aún con el tratamiento no se consigue el control de los valores de la tensión arterial óptima. Es por esta razón que esta entidad manifiesta en su informe que, a nivel mundial, por segundo un individuo muere por padecimientos cardiovasculares, en tanto en Latinoamérica se estima una muerte por cada minuto (4).

Por consiguiente, deducimos que la gran problemática que deriva del desconocimiento y la falta de un buen manejo en la hipertensión, son percibidos en este crecimiento abrumador de los índices de fallecimientos a nivel mundial que se suscitan por sus complicaciones ante la ausencia de un buen tratamiento terapéutico.

Se distingue una mayor concentración de las tasas de población en los países de ingresos medios y bajos, las cuales manejan, además, sistemas de salud muy frágiles, como consecuencia, gran cantidad de los casos no tienen diagnósticos, ni controles, ni son tratados en su debido momento o en su debida magnitud (5).

Es por ello que se hace imprescindible que en estos países se maneje un sistema de salud más organizado y con un enfoque prioritario hacia la prevención, asimismo, controlar de manera responsable el problema de la hipertensión.

Nuestro país no es ajeno a la presencia de esta enfermedad, ya que, según la Organización Panamericana de la Salud, indica que uno de cada cuatro personas que sobrepasan los 40 años padece de presión alta, y los jóvenes y adultos que lo sufren en un promedio del 50 y 60% no tienen conocimiento de su diagnóstico. Asimismo, refiere que uno de cada diez individuos que sufre de esta enfermedad bordea los 30 y 40 años (4).

Tomando en cuenta el informe de la Entidad Estadística Nacional, en

2014, encontró un 14,8% de predominio de presión arterial elevada en individuos que superan los 15 años de edad, presentándose una mayor frecuencia en varones (18.5%) que en mujeres (11.6%). La predominancia de este padecimiento es superior en nuestra capital (18,2%) (6).

Una mayor complicación que se evidencia de esta enfermedad es la falta de adherencia farmacológica, la cual conforma el problema medular para la obtención de un buen control de este padecimiento y la disminución de complicaciones crónicas que acarrearán este estado fisiopatológico (7).

Se hace evidente, entonces, que se debe de dar un enfoque prioritario al tema de la adherencia, debido a su elevada relevancia en la mejoría de la población.

Diversos estudios evidencian que, en nuestro país, la adherencia al tratamiento es deficiente y que menos del 30% modifican sus formas de vida. Estos mismos estudios nos indican que, para que haya una buena adherencia al tratamiento, las personas deben de seguir las recomendaciones médicas que incluyen un conjunto de indicaciones, las cuales apunten a obtener una mejor supervisión de la hipertensión arterial y evitar problemas cardiovasculares en un futuro (8).

Tomar conciencia de la enfermedad y el cumplimiento cabal de las indicaciones médicas implica que la persona debe aprender a sumar al cumplimiento de su terapia, una modificación en su práctica de vida, porque de no ser así, no obtendrá la recuperación esperada, entendiendo que ambos son pilares trascendentales en el control de la hipertensión y no se manejan de forma independiente.

El incumplimiento al tratamiento farmacológico representa un fracaso en el control de la enfermedad, la cual lo conduce a serias dificultades en cuanto a la condición de vida del individuo, costos elevados al sistema de salud y, sobre todo, colabora en la ausencia de resultados clínicos favorables (9).

Son múltiples los problemas que ocasiona esta falta de cumplimiento al tratamiento farmacológico, tanto social como económico, siendo afectada la persona y todo el esquema de salud.

La calidad de vida en el ser humano posee un papel trascendental en cuanto a la adhesión terapéutica, cuyo objetivo es aumentar más años de vida con la más alta calidad posible (10).

Es valioso el tipo de condición de vida que lleva el enfermo con presión alta y en tanto esta se vea mejorada por el cumplimiento terapéutico por parte del paciente, se incrementará sus años de vida.

Para verificar la problemática señalada, se realizó una visita al hospital Hipólito Unanue, una institución de categoría III-1, de mayor complejidad de toda la jurisdicción de la DIRIS Lima Este, de donde proviene la mayor carga de su demanda en el distrito de El Agustino. Se ingresó al área de cardiología y se pudo observar gran demanda de pacientes de consulta externa desde tempranas horas del día.

Según datos estadísticos que reporta dicha institución, se presentó un total de 2704 atenciones de pacientes hipertensos en consulta externa en el año 2018, notándose un ascenso del 10%, si comparamos con las cifras del año 2017.

El médico Cardiólogo del Hospital Hipólito Unanue, el Dr. Germán Fernández Carrasco comentó que un promedio del 70% de las personas que sufren de este padecimiento crónico no tiene un tratamiento o lo abandonan, ya que esta afección no vislumbra síntomas ni molestias. Asimismo, una gran cantidad de pacientes descubren que sufren de este mal luego de manifestar un problema cardiaco, renal o del tipo cerebro-vascular.

Al conversar con el personal técnico del servicio de consulta externa, nos refieren: “A las consultas vienen cada año más pacientes con cuadro hipertensivo”.

También se observó a los pacientes en situaciones de preocupación,

tristeza y en la cual ellos, referían: “Mis pies se me hinchan”, “me dijeron que toda mi vida tendré esta enfermedad”, “la elevada presión me puede ocasionar daños toda la vida”, “noto que ya no me desempeño igual”, “siento dolor de cabeza y del pecho cuando me altero y me falta el aire”, “indican que debo controlar mi presión toda la vida”. Además, manifiestan: “Solo a veces me olvido de tomar mi medicamento, pero no me pasa nada”, “no pasa nada si demoro un par de horas”, “apenas me desocupo tomo mi pastilla”.

Ante lo señalado, surgen las siguientes interrogantes:

¿Los recursos humanos de los centros hospitalarios son los suficientes, en número, para ofrecer una atención de calidad al paciente hipertenso?

¿Los establecimientos de salud priorizan en sus actividades de difusión y sensibilización de la enfermedad al paciente hipertenso?

¿Tener el conocimiento de la afección que padece deteriora la calidad de vida?

¿Qué impacto conlleva la hipertensión en la calidad de vida?

¿Hay relación entre la adherencia farmacológica de las personas hipertensas con su calidad de vida?

¿Existe relación entre adherencia y calidad de vida?

¿Cuál es el nivel de estado de ánimo que poseen los pacientes hipertensos?

¿Cuáles son las manifestaciones somáticas presentes en pacientes hipertensos?

¿Influye el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas en la calidad de vida?

Llevando a cabo una reflexión con las interrogantes planteadas, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del hospital nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El trabajo de investigación se ejecutó debido a la necesidad de aportar conocimientos sobre la adherencia a la terapéutica farmacológica y la calidad de vida en relación a la salud en individuos hipertensos, ya que esta investigación contribuirá al cuerpo de conocimientos de gestión del cuidado beneficiando a la profesión y a los pacientes. Este estudio es importante por la trascendencia que tiene el cumplimiento farmacológico y la calidad de vida siendo categorías multidimensionales.

El presente estudio brinda un aporte teórico, porque no hay muchas investigaciones publicadas sobre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida en personas con la elevada tensión arterial en el Hospital Hipólito Unanue. Por ello, es necesario averiguar la calidad de vida y la responsabilidad que tiene la población hipertensa del referido hospital cumplen con la medicación farmacológica. Elaboramos dicho estudio en el Hospital Hipólito Unanue en el área de Consultorio externo de Cardiología, donde se atiende la más grande cantidad de personas con problemas de presión alta para llenar el vacío de conocimiento señalado anteriormente.

A nivel práctico, los descubrimientos de esta investigación llevan a tomar conciencia y reflexión por parte de las autoridades de las

instituciones de salud. Nuestros resultados podrán ser apreciados por los profesionales de la salud de dicho nosocomio para poder conocer a sus pacientes en una dimensión mayor, y así podrán tomar decisiones terapéuticas más pertinentes.

La investigación es de relevancia social debido a la elevada prevalencia de la hipertensión en la mayoría de habitantes, razón por la cual las enfermedades crónicas no transmisibles tienen un vínculo directo con los estilos de vida que desfavorecen el bienestar de las personas y que restringen su condición de vida. La adherencia al tratamiento es de máxima relevancia, pues es fundamental para la salud del individuo aquejado con una enfermedad crónica; por el contrario, la falta de adherencia es capaz de conducir al incremento del peligro cardiaco, afecciones cerebrovasculares, infarto o a sucesos extremos como el fallecimiento del enfermo. Se requiere averiguar dichos temas en hipertensos y así lograr evitar el empeoramiento manteniendo un mejor manejo de las etiologías, reduciendo los efectos de la afección y promoviendo formas de mejores condiciones de salud a través de sesiones educativas conforme al grado de entendimiento de las personas.

La investigación es de utilidad metodológica, por razones que se emplearon procedimientos y técnicas científicas con instrumentos de estudios con los cuales se midió la variable calidad de vida y adherencia al tratamiento farmacológico y así se pudo obtener una proximidad del acontecimiento, para proporcionar una solución certera a los objetivos trazados. Esta investigación nos brindó un conocimiento valioso para conseguir un progreso de la adherencia al tratamiento farmacológico y en la calidad de vida de los individuos con este padecimiento.

1.4. OBJETIVO

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima - 2018.
- Identificar la calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018.
- Identificar la calidad de vida relacionada a la salud, según dimensión estado de ánimo, en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018.
- Identificar la calidad de vida relacionada a la salud, según dimensión manifestaciones somáticas, en personas con hipertensión arterial atendidas en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Como resultado del análisis de diversas fuentes bibliográficas, se encontró los siguientes estudios relacionados al tema de investigación:

2.1.1 Antecedentes internacionales

Solórzano Rodríguez Marlín, en la ciudad de Valencia, Venezuela, el año 2015, realizó un estudio titulado: “Adherencia al tratamiento farmacológico en sujetos hipertensos”, con el objetivo de definir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en los sujetos hipertensos. En cuanto al método es un estudio observacional, descriptivo, no experimental, de corte transversal. La población y muestra fue conformada por 110 individuos con presión alta examinados en la consulta y servicios de hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, entre Enero-Mayo 2015. Se utilizó la escala de Morisky-Green y la 4ta versión de una herramienta para determinar la adherencia al tratamiento en sujetos con factores de peligro cardiaco. Como resultado, el 60% fueron damas, la edad promedio $61 \pm 13,93$ años, la adherencia al tratamiento fue de 35% y la medición de la presión sanguínea fue de 41%. Se visualizó una relación estadísticamente significativa entre dichas variables ($p < 0.05$). El 72,70%, señaló a la omisión del tratamiento como un motivo usual de no adherencia. Al valorar las escalas de peligro, se descubrió que 16,4% se hallaba en un alto

peligro y no se vinculaba con comportamiento de adherencia. Llegó a la siguiente conclusión:

La incorrecta adherencia al tratamiento farmacológico se asocia significativamente al no seguimiento de la presión arterial elevada. Por encima del 60% de la población valorada se encuentra en una condición de peligro medio y alto, lo que significa una alarmante predicción de la conducta a la adherencia en este conjunto poblacional (11).

Guarín Loaiza Gloria y Pinilla Roa Anélida, en la ciudad de Bogotá, Colombia, en el año 2014, realizaron un estudio titulado: “Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en sujetos de dos hospitales de Bogotá”, con el objetivo de definir la adherencia al tratamiento antihipertensivo y fijar su relación con la calidad de vida. En cuanto al método, es un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Participaron 242 pacientes, en cuanto a los instrumentos se usaron aquellos que incorporaban variantes demográficas; el test de Morisky-Green (adherencia) y Minichal (Calidad de Vida). Como respuesta, se obtuvo que de 242 pacientes (hospitalizados y ambulatorios), 31.4% eran adherentes y 81% tenían la presión arterial controlada con una calidad de vida relacionada con la salud dentro de un rango medio de 49.2%. En los pacientes ambulatorios se presentó asociación entre la variable calidad de vida y adherencia ($p < 0.001$). Llegaron a la siguiente conclusión:

Es necesario evaluar la adherencia y la calidad de vida con instrumentos específicos, rápidos, económicos y convenientes en el espacio hospitalario como en el ambulatorio; cada vez que se apliquen antihipertensivos a un paciente, no se debe poner en riesgo la calidad de vida y debemos participar en los aspectos que puedan afectarla (12).

Zetina Aguilar Fernando y Trinidad Cámara Susana, en el año 2011, realizaron un estudio titulado: “Calidad de vida en sujetos con presión

arterial alta”, con el objetivo de determinar la calidad de vida en sujetos con hipertensión arterial. En cuanto al método, fue un estudio descriptivo transversal. Participaron 60 pacientes, el instrumento utilizado fue el cuestionario MINICHAL. Los resultados indican que el 78.3% de los investigados goza de buena calidad de vida, en las dimensiones se adquirió mejor nivel de salud (Estado de ánimo con 81.7% y Manifestaciones somáticas con 76.7%). Llegaron a la siguiente conclusión:

En lo referido a la calidad de vida en la dimensión Estado de ánimo, la totalidad de los sujetos alcanzó un deseable nivel de salud; de igual manera en la dimensión Manifestaciones somáticas. En la calificación general de la Calidad de vida, el 78.3% de los hipertensos muestran una buena calidad de vida (13).

Moreno Cano Carlos, en la ciudad de Albacete, España, en el año 2010, realizó un trabajo titulado: “Calidad de vida en sujetos hipertensos en relación con la salud y con variables clínicas y sociodemográficas”, con el objetivo de saber la relación existente entre la calidad de vida en relación con la salud, con variables clínicas y sociodemográficas. En cuanto al método es un estudio descriptivo transversal. Participaron 434 pacientes, los instrumentos utilizados fueron el temario validado de calidad de vida en relación con la salud, el Minichal, Test de Morisky- Green para el cumplimiento de la terapéutica y los temarios utilizados para el estudio del ejercicio, así como para la recolección de datos sociodemográficos y clínicos. Los resultados señalan que tienen buena adherencia terapéutica y hacen ejercicio asiduamente más de la mitad de los pacientes. El sexo femenino y la clase social en relación con el trabajo realizado fueron las variables que se reflejaron más relacionadas con la calidad de vida en relación con la salud. Llegó a la siguiente conclusión:

Todos los resultados del estudio confirman la relación de la calidad de vida con la salud de los sujetos hipertensos con variables clínicas y sociodemográficas, en tanto el alto

porcentaje de pacientes de 60 años y más, de ellos, 30 mujeres más que varones y 78% total de casados con más del 62% sin estudios (analfabetos/leen y escriben). Todo ello interrelacionado en la dimensión más significativa, estado de ánimo del Minichal (14).

2.1.2 Antecedentes nacionales

A continuación, se presentan los estudios desarrollados en Perú:

Apaza Argollo Gaby, en Tacna Perú, en el año 2013, elaboró un trabajo titulado: “Adherencia al Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en los sujetos del programa de Hipertensión Arterial de EsSalud - Red Tacna, Febrero 2013 “, con la finalidad de determinar la asociación de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la presión arterial elevada en los sujetos del Programa de Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud - Red Tacna, Febrero 2013. En cuanto al método se efectuó un estudio correlativo, prospectivo y observacional. Se trabajó con una población de 1563 y se encuestó a 517 individuos que superan los 18 años, en cuanto al instrumento se usó el Test de Morisky-Green. Como resultado se obtuvo que el 57,1% son mujeres, y el 80,3% superan los 60 años, 38,9% tenían menos de 5 años, 68% mostraron mala adherencia, 40% mantenían sin control la tensión arterial. Se encontró asociación entre el control de la hipertensión y el sexo femenino ($p=0,019$), asimismo, se presentaba mayor riesgo de hipertensión sin supervisión en pacientes mal adherentes ($OR=1,93$). Llegando a la conclusión siguiente:

La mala adherencia al tratamiento antihipertensivo tiene una asociación significativa a la ausencia de control de la tensión arterial ($p=0.001$) (15).

Falcón Madeleine Mauricio y Yelitza Nación John, en Huánuco Perú, en el año 2011, elaboraron un trabajo titulado: “Calidad de vida en relación a la salud, adherencia terapéutica y control de la presión

arterial en pacientes de la cartera de hipertensión arterial del hospital base II EsSalud, Huánuco, 2009 – 2011”, con la finalidad de determinar la asociación entre la adherencia terapéutica, calidad de vida relacionada a la salud y el control de la presión arterial en pacientes de la cartera de hipertensión del Hospital base II EsSalud Huánuco. En cuanto al método es un estudio observacional, descriptivo, transversal, correlacional. Participaron 196 pacientes, en cuanto al instrumento de la calidad de vida relacionada a la salud, se utilizó el cuestionario EUROQOL-5D y el MINICHAL para pacientes con presión alta. La adherencia terapéutica se midió a través de otro cuestionario (MBG). El resultado obtenido fue que la edad media logró los 62,48 años, 52,04% del total son mujeres y el promedio en cuanto a la edad más frecuente fue de 60 a 69 años. El 88,78% de sujetos fueron adherentes parciales y de ellos en mayor proporción fueron mujeres. El 6,63% del total presentaron antecedente de infarto agudo de miocardio y 10,71% de accidente cerebrovascular. 51,5% de los enfermos presentaron sin control la tensión arterial. Llegando a la siguiente conclusión:

Gran parte de los pacientes tienen adherencia parcial y no tienen supervisión de la presión arterial. En cuanto a la CVRS, está vinculada a un nivel significativo de adherencia terapéutica. La supervisión de la presión sanguínea se observa falta de asociación con la calidad de vida en relación a la salud y con el nivel de adherencia terapéutica (16).

Rolando Carhuallanqui Gabriela, Diestra Cabrera Jessica y Tang-Herrera Germán, Lima Perú, en el año 2010, ejecutaron un trabajo titulado: “Adherencia al tratamiento farmacológico en sujetos con elevada presión arterial atendidos en un hospital general”, con el propósito de determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en sujetos con elevada presión arterial atendidos en un hospital general. En cuanto al método se elaboró un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal. Participaron 103 sujetos atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en

cuanto al instrumento utilizaron el Test de Morisky-Green para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico. Como resultado se obtuvo en mayores a 60 años (80,6%) y en sexo femenino (69,9%). 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% presentaban instrucción primaria, 68% eran desposados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se descubrió asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia con presión arterial controlada ($p < 0,05$). Llegando a la conclusión siguiente:

La supervisión de la tensión arterial se halló en el 62,1% de sujetos y la adherencia al tratamiento farmacológico fue de 37,9% (17).

Fernández Arias Marta, Acuna-Villaorduna Ana, Miranda J. Jaime, Diez-Canseco Francisco y Málaga Alemán German, Lima - Perú, en el año 2014, ejecutaron un trabajo titulado: “Adherencia a la farmacoterapia y las creencias relacionadas con la medicación en sujetos con tensión arterial elevada en Lima, Perú”, con el propósito de determinar la adherencia a los medicamentos farmacológicos y las creencias hacia la medicación en un grupo de sujetos con tensión arterial elevada en un gran hospital nacional. En cuanto al método se elaboró un estudio transversal. Participaron 115 pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia en los meses de mayo y junio de 2012, en cuanto al instrumento utilizaron el Test de Morisky-Green para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico. Como resultado se obtuvo que la edad promedio fue de 62,7% y 77 (67%) eran mujeres. Ciento dos (88,7%) estaban tratados por más de 6 meses, con uno a dos medicamentos (47,8%) y con tres a más (52,2%). Llegaron a la conclusión siguiente:

Baja adherencia a la medicación en el 57,4% de los sujetos, es con predominio en jóvenes y en aquellos que tienen prescrito más de dos medicamentos (18).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1. Hipertensión arterial

A. Fisiología de la hipertensión

La hipertensión es una enfermedad en la cual la fuerza en las arterias es ininterrumpidamente elevada. Los vasos sanguíneos conducen la sangre hacia todo el cuerpo desde el corazón. Cuando este órgano origina un latido propicia la actividad de la sangre hacia los vasos sanguíneos. La presión sanguínea es producto de la fuerza con que recorre la sangre hacia las partes internas de las arterias cuando esta es impulsada por el órgano cardíaco. Cuanto más tiempo se encuentre elevada la presión arterial, el corazón se esforzará más, en su función de impulsar la sangre. Si no se realiza un seguimiento rápido de este trastorno podría producir un deterioro letal. La medida de la presión arterial es evaluada en milímetros de mercurio, de tal manera que se registra entre dos a tres cifras, la cual se encuentra distanciados entre una barra. El valor inicial pertenece a la presión sistólica, la de mayor valor se origina en el momento en que este órgano cardíaco es contraído. En cuanto a la presión diastólica, la de menor valor se desarrolla cuando el corazón se distiende entre una pulsación y la siguiente (19).

B. Definición de hipertensión

La hipertensión arterial es definida como el incremento de la presión sistólica a 140 mmHg o más, o presión diastólica a 90 mmHg o más, o ambos valores inclusive, teniendo como criterio individuos con más de 18 años (20).

El ente de salud a nivel global, señala que este trastorno mantiene niveles similares o mayores a 140 mmHg en presión sistólica y en presión diastólica es considerada mayor a 90 mmHg. Los rangos, dentro de la normalidad de ambos movimientos, son importantes

para llevar una marcha eficaz de los órganos principales como el cerebro, corazón y riñones, para conseguir una buena cantidad y calidad de vida (19).

La hipertensión presenta niveles de presión sanguínea que simbolizan para quienes lo poseen, un aumento del riesgo para desarrollar algún agravamiento, así como un descenso de la esperanza y calidad de vida.

Tabla 1. Calificación de la presión arterial en personas que superen los 18 años

CATEGORÍA	SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión	≥140	≥90
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	≥160	≥100

Fuente: Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. American Heart Association. Hypertension 2003; 42:1206-1252.

C. Causas

C.1 Hipertensión primaria

Actualmente no se encuentra un origen que se pueda identificar. Existen diversas causas vinculadas, asimismo, es considerado un factor hereditario, pero todavía no podemos asegurar que sea un único gen causante. No obstante, perjudica a una cantidad superior al 95% de la afección señalada (21).

C.2 Hipertensión secundaria

Posee un origen reconocible, cuyo cambio o modificación produce una regulación adecuada de la presión sanguínea, muchas veces se observa mejor la afección. Esto corresponde a una cantidad inferior al 5% de las personas que padecen de hipertensión arterial. Entre ellos predominan las enfermedades renales, enfermedades endocrinas, enfermedad de Paget, coartación de aorta, tumores, medicamentos (corticosteroides, anticonceptivos hormonales, vasoconstrictores, simpaticomiméticos, antidepresivos, inhibidores de la monoaminoxidasa, ciclosporina, eritropoyetina, antiinflamatorios no esteroideos, anfetaminas, etc.) (21).

D. Fisiopatología

La arteria es el órgano principal de la afección y que en su conformación está el tejido que la cubre internamente. Este miembro es básico en la homeostasis vascular ya que su común actividad es necesaria para la estabilización y también la salud total vascular. La tensión sanguínea es controlada por varias causas neurohormonales de hechos sistémicos, también locales, que actúan en sistemas de regulación propia, haciendo que permanezca adentro de espacios ceñidos. Diferentes causas tales como legado y modo de vivir, sistema toracolumbar hiperactivo, consumo elevado de cloruro de sodio, sustancias liberadas por el endotelio afectado u hormonas, tal vez varíen la resistencia vascular periférica o el gasto cardiaco, lo que es el origen de la afección. La angiotensina II causa vasoconstricción y facilita el aumento celular, es permanente y primordial para la continuidad de la afección. La alteración del funcionamiento endotelial, que va en forma conjunta con la afección hipertensiva, impulsa el aumento de las células, y libera gran cantidad de sustancias protrombóticas vasoactivas, y procoagulantes que posteriormente desencadenarán en el endurecimiento de las arterias. Si

hablamos de esta afección, la hiperplasia e hipertrofia vascular, el incremento del área extracelular y el incremento de la resistencia vascular periférica demuestran el engrosamiento de la pared cardiaca y el agravamiento vascular (arterioesclerosis), cardiaco (insuficiencia cardiaca y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia, encefalopatía), urológico (disfunción eréctil), nefrológico (insuficiencia renal) y oftalmológico (retinopatía hipertensiva) (21).

E. Datos epidemiológicos

Según el reporte de la entidad de salud a nivel global (OMS), en 2013, en nuestro planeta las afecciones cardiacas causan más o menos 17,5 millones de defunciones anualmente (esto indica un 31% de defunciones), señalando la presión elevada como una de las causas principales y continuas, entonces de los 7.4 millones de defunciones por isquemia cardiaca, el 49% se pueden señalar a un seguimiento poco ideal de la presión sanguínea; y de las 6.7 millones de defunciones debidas a infartos cerebrales, el 62% son también el resultado que se debe a un equivocado uso tensional; en consecuencia, está constituido que el agravamiento hipertensivo son responsables cada año de 9,4 millones de defunciones, la mayor parte evitables (19).

En el año 1980, las personas que padecían de hipertensión en el mundo eran de 691 millones de individuos y hoy en día, luego de casi 3 décadas, llega a la cantidad de mil millones, con una prevalencia entre el 15 y 30% en la mayor parte de las naciones (22).

En el Perú, a finales de 1993, se encontraron escasos estudios acerca de la predominación de la hipertensión; sin embargo, la predominación en la región costera estaba alrededor del 17%, en la región andina y la región amazónica, el 5% (23).

En el país, desde 2006 al 2011, el predominio de este padecimiento se incrementó de 23,7% a 27,3% en solo media

década, presentándose mayormente en varones con 30.3% y en las mujeres de 24.4%. Teniendo en cuenta estos resultados, dos de cada seis pacientes mayores de 18 años padecen de la enfermedad, es decir, casi 5 millones de personas sufren de esta enfermedad. Asimismo, solo el 48,2% de personas en el país tienen conocimiento de su mal, de estas, el 81,5% reciben algún tratamiento (24).

Según el informe de la Entidad Estadística Nacional, en 2014, se halló un 14,8% de predominación de hipertensión en los habitantes que superan los 15 años de edad, presentándose una mayor frecuencia en varones (18.5%) que en mujeres (11.6%). La predominancia de este padecimiento es superior en nuestra capital (18,2%), siguiéndoles a continuación las cifras por región, en donde la costa (exceptuando la capital) tiene el 15,5%, mientras que los porcentajes minoritarios los ubicamos en la región andina (12,0%) y en la región amazónica (11,7%) (6).

La Entidad Demográfica y de Salud Familiar en 2016 mostró que el predominio hipertensivo en individuos que superen los 15 años alcanzó el 17,6%. De este total, el 48,6% de individuos que superan los 60 años de edad, presentaban presión alta o hipertensión. Además, el Primer Puerto (Callao), la Provincia de Lima y los departamentos de Piura, Tumbes, Loreto, Ica y Pasco manifestaron tener cantidades que estaban por encima del 19% (25).

F. Factores de riesgo

Existe el conocimiento de que algunas características, afecciones y costumbres son causas de riesgo y acrecientan las posibilidades de padecer hipertensión. A continuación, se especifican las causas de riesgo cambiables y no cambiables a los que una persona se expone habitualmente. Causas no cambiables a los que por su forma de ser no pueden ser controlados o modificados

como: varón, años (varones 55; damas 65), raza, antecedente genético en rango inicial de afección cardiaca precoz o igual (hombres, <55; damas, <65). Causas cambiables: son aquellos asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o cambiados por prácticas saludables, dentro de estas causas se encuentran el tabaco, dislipemia (colesterol>200mg/dl, LDL>130mg/dl, triglicéridos>150 mg/dl, HDL: caballeros, <40mg/dl; damas, <50mg/dl.), obesos (IMC k30 kg/m²), obesidad abdominal (perímetro abdominal: hombres, >102cm; damas, >88cm) sobrepeso (IMC:25-29.9kg/m²), hiperglicemia antes de comer de 100-125mg/dl, intolerante a la glucosa, diabetes sacarina, estrés, consumo de alcohol, elevado consumo de sal, sedentarismo (26).

G. Peligro cardiaco

Señala que es posible que un sujeto pueda padecer una afección cardiaca en el lapso de un periodo probable de una década, para el cual será necesaria una cantidad de causas de riesgo que se encuentren en el mismo momento del individuo. Para darle una calificación a la persona hipertensa y asignarle el riesgo cardiovascular total se tomarán en cuenta estas valoraciones: grado de presión arterial, causas de riesgo, daño que no presenta sintomatología a órgano diana, suceso vascular (27).

H. Evaluación del riesgo cardiovascular

Se clasifica al individuo considerando el nivel de peligro cardiaco, indicados en la tabla: bajo, moderado, alto y muy alto. Muy alto peligro: aquellos individuos que han mostrado un acontecimiento de afección cardiovascular (presentan arterosclerosis), o son diabéticos con otros factores de riesgo, afecciones renales crónicas agravadas o ninguna de las antes mencionadas, un riesgo estimado por score >10%. Alto riesgo: incluye a individuos con hipercolesterolemia familiar, diabetes sin otro factor de riesgo

asociado, o un score entre el 5 y el 10%. Riesgo moderado: aquellos individuos con un score entre el 1 y el 5%. Estos individuos podrían ascender a otro nivel si tienen los mismos factores de riesgo moduladores como son los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura, HDL bajo, etc. Riesgo bajo: individuos con un score <1%. Es conveniente destacar que aquellos individuos que ya han sufrido un problema cardiovascular o son diabéticos o tienen hipercolesterolemia familiar, se deben valorar de alto o muy alto peligro. En estos casos se tendrán que alejar del score para valorar su peligro cardiovascular (28).

Tabla 2. Nivel de peligro cardiaco

Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)			
	PAS 130-139 O PAD 85-89	PAS 140-159 O PAD 90-99	PAS 160-179 O PAD 100-109	PAS >180 O PAD >110
Sin otros FR		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
>3 FR	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo Alto	Riesgo alto muy alto
ACV sintomática, ERC de grado >4 o diabetes con daño orgánico/FR	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

ACV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FR: factor de riesgo; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

Fuente: Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, et al. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 34, 2159-221

I. Cuadro clínico

La hipertensión arterial tiene pocos síntomas evidentes. Es más frecuente reconocer a una persona con hipertensión arterial cuando ya muestra deterioro crónico como: insuficiencia cardiaca, cardiomegalia, patologías del riñón, desórdenes visuales (retinopatía hipertensiva) o complicaciones neurológicas por infarto cerebral.

Las personas hipertensas no presentan síntoma alguno y no están conscientes de su situación. En cambio, en algunas oportunidades la hipertensión provoca más de una de las posteriores manifestaciones en incidentes de riesgo hipertensivo como: dolor de cabeza, mareos, visibilidad nublada o sensación de vómito (29).

J. Diagnóstico

Tradicionalmente, la evaluación de la hipertensión se fundamenta en el seguimiento que se le hace a la presión sanguínea en la atención médica. De este modo se considera a un individuo como hipertenso cuando presenta reiteradamente cifras elevadas o similares a 140/90 mmHg. Además, se aconseja medir la presión arterial en todos los habitantes que superen los 18 años. Esta se tendrá que realizar nuevamente en un periodo de 60 meses teniendo en cuenta que la evaluación de la presión sanguínea está en niveles regulares sistólica menor de 120 mmHg y diastólica menor de 80 mmHg y que dejen de tener causa de peligro. Si tal vez halláramos una causa de peligro cardiaco o si los rangos de sistólica son de 120-139 mmHg o diastólica 80-89 mmHg, tendrá que realizarse el seguimiento cada año. Los métodos diagnósticos abarcan: historial clínico, valoración médica, controles frecuentes de la hipertensión y exámenes auxiliares (21).

K. Exámenes auxiliares

Se sugieren los siguientes estudios de laboratorio primordiales para todo paciente hipertenso: glucosa antes de comer, si la glucemia se hallase entre 100-125 mg/dl se aconseja practicar un test de tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina y hematocrito, análisis completo de orina: análisis bajo el microscopio; proteína en orina, creatinina en suero y la medición de la tasa de filtración glomerular estimada o depuración de creatinina, urato sérico en sangre, perfil lipídico y electrolitos en sangre. Los estudios ecocardiográficos son los métodos no invasivos que ayudan a conseguir información de los volúmenes del ventrículo y de la aurícula y examinar la actividad sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo. Deberá hacerse de manera total en personas con hipertensión con riesgo cardiovascular alto. El electrocardiograma es una exploración complementaria que se realiza a todos los individuos que sufren de presión arterial elevada teniendo el objetivo de ubicar cardiomegalia, trastornos cardíacos o del ritmo. Si se consigue el efecto regular, aconsejan efectuar seguimiento de electrocardiograma anualmente (20).

L. Terapéutica

La hipertensión arterial es la afección cardiovascular más común en el planeta y el de mayor riesgo cardiovascular. El tratamiento farmacológico y el no farmacológico constituyen los instrumentos principales para su control. El control no farmacológico incluye las recomendaciones que varían las costumbres de alimentación, ejercicios, presencia de adicciones, manejo de presiones y conflictos de la vida diaria. El tratamiento con medicina reduce el peligro de enfermedad cardiovascular y muerte, por lo que debe empezar de inmediato después de haber establecido el diagnóstico. El tratamiento debe empezar con una sola medicina y debe ajustarse la dosis completa para lograr disminuir la presión sanguínea. La determinación de empezar el tratamiento

farmacológico combinado irá de acuerdo al inicio de la respuesta clínica. De no lograrse el objetivo en al menos de 2 a 3 meses del control regular y permanente, tiene que combinarse. Si la cantidad normal de un elemento no es eficiente, también se aconseja combinar. Para el control de la hipertensión arterial están incluidos los siguientes medicamentos: Inhibidores de enzima convertidora de Angiotensina (IECA, como la enalapril), bloqueadores de los receptores de A Angiotensina (BRA), beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio (BCC) y diuréticos tipo tiazidas (como la hidroclorotiazida) (30).

M. Complicaciones

El agravamiento de las personas que padecen hipertensión depende de cuán afectado se encuentren los diferentes órganos diana como: miocardio (infarto del miocardio, cardiomegalia, muerte súbita y trombosis coronaria), cerebro (arteroesclerosis, aneurisma, infartos, trombosis cerebral, hemorragia, embolia cerebral y demencia), riñón (daño renal, nefropatía, deficiencia renal), ojo (retinopatía hipertensiva y ceguera) (31).

N. Procedimiento para la medición eficiente de la presión sanguínea

Para realizar una evaluación de presión arterial se tiene que utilizar el instrumento aceptado que puede ser de mercurio, digital o aneroide. El individuo deberá estar debidamente ubicado en la silla y ubicar la espalda correctamente, descansando 5 minutos antes de la medición de la presión sanguínea, los miembros inferiores deberán estar debidamente afirmados sobre el suelo con los brazos descubiertos, alargados y en superficie fija, al nivel del corazón. El individuo no tendrá que consumir cigarrillo o beber cafeína, licor u otras bebidas calientes con una anticipación de 30 minutos al momento de la medición. En la cita inicial se deberá llevar acabo la medición de la presión sanguínea en los dos

miembros superiores y tener en cuenta aquella del valor más alto, el cual será considerado como referente para mediciones posteriores (20).

Ñ. Evaluación

Definir tocando con los dedos el lugar en el que se encuentra la arteria braquial. El brazalete tiene que ser ubicado a un par de centímetros arriba de la flexura del codo. El brazalete debe mantenerse a nivel del corazón. Sentir el latido de la arteria. Inflar lentamente. Anotar en qué nivel de la presión arterial deja de aparecer y es nuevamente palpable el pulso al dejar salir el aire. El número que es igual a la de ese instante indicará la presión arterial sistólica palpatoria referencial. Dejar que salga el aire y dejar pasar un par de minutos. Situar el estetoscopio a la altura de la arteria braquial anteriormente situada. A continuación, insuflar velozmente alcanzando los 30 mmHg arriba del nivel de la presión sistólica palpatoria referencial. Dejar que salga el aire despacio con un movimiento aproximado de un par de segundo. Se definirá la presión sistólica al control inicial logrado después de oír cuando menos dos sonidos seguidos. Se definirá como la presión diastólica a la que pertenece al sonido final perceptible. Se tiene que lograr un par de anotaciones con un tiempo de diferencia de 2 minutos y calcular la cantidad aproximada para dar un resultado manométrico. Tomar la presión arterial 3 minutos luego de pararse y en especial en conjunto de pacientes con enfermedades de fondo como personas con elevados niveles de azúcar, sospecha de hipotensión ortostática y en personas que superen los 60 años (20).

O. Participación de Enfermería en el control del individuo hipertenso

El papel de enfermería en la valoración y seguimiento de la hipertensión arterial y otras causas de riesgo cardiovascular, así

como en el control de objetivos, en el individuo con afección cardiovascular es importante. En este aspecto, las áreas de labor específicamente básica para enfermería son la toma de la presión arterial en el total de sus formas, toma en la atención médica, auto medida de la presión sanguínea y seguimiento ambulatoria de la presión sanguínea, orientación y rastreo del individuo en la medicación no farmacológica, en el cumplimiento terapéutico y el logro de objetivos de control.

2.2.2 Adherencia al tratamiento

Existen al respecto distintas posturas teóricas.

A. Definiciones

La adherencia al tratamiento se ha definido como la actitud que tiene una persona en realizar la toma de fármacos, cumplir la dieta nutricional, y hacer una reforma en la práctica de vida, la cual está relacionada con las indicaciones acordadas con el médico (32).

La adherencia al tratamiento es la acción activa y libre del paciente consentido entre ambas partes, con la finalidad de lograr un tratamiento deseado (33).

La adherencia al tratamiento es la intervención propia y libre del paciente con su terapéutica, con el fin de conseguir buenas disposiciones de salud, y que no solo se trata de ejecutar las recomendaciones médicas (34).

La adherencia al tratamiento significa la actitud que asume el individuo de acuerdo a las indicaciones de salud, la cual abarca la facultad del paciente para asistir a los controles médicos, ingerir los fármacos según la orden médica, hacer los cambios en la

práctica de vida sugeridos y realizar los estudios de laboratorio requeridos (35).

La adherencia al tratamiento son las maniobras que se realiza el paciente para conservar y continuar con el tratamiento, logrando reformas significativas en su conducta que van a mejorar su vida. Hoy en día se dispone con una gran variedad de alternativas farmacológicas, pero existe un problema consistente en aquellas personas con tratamientos prolongados por enfermedades crónicas tal como la hipertensión arterial.

B. Medición de la adherencia terapéutica

Para valorar el cumplimiento de la adherencia terapéutica se usa un instrumento apropiado para optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades, siendo diversas con este propósito (36).

Para conocer si el paciente realiza o no el cumplimiento terapéutico, se debe conocer el criterio de estos individuos a través de sus manifestaciones por medio de los diversos instrumentos que miden la adherencia.

Los métodos que se emplean para valorar el cumplimiento se agrupan en dos formas, directos e indirectos. Entre los métodos directos se hallan el metabolito en la sangre o medición del nivel del medicamento, terapia directamente observada y la medición del marcador biológico en la sangre. De esta forma, las ventajas que presentan son: objetividad, especificidad y aportan los mayores porcentajes de la falta de cumplimiento, asimismo, son costosos, complejos e inaccesible para la atención primaria. En cuanto a los métodos indirectos usados son el recuento de pastillas, el auto-reporte, el MEMS, los datos de las reposiciones de farmacia, el test de Morisky-Green, la observación directa, los cuestionarios específicos de la enfermedad y cumplimiento de

citas. Y a la vez, los métodos indirectos son sencillos, económicos y prácticos (37).

De todos los instrumentos de medición señalados, para este estudio se utilizará el Test de Morisky-Green, siendo considerado un método con validez para múltiples padecimientos crónicos, elaborado por Morisky Green Levine (38). Asimismo, valora la adhesión terapéutica en pacientes hipertensos. Este instrumento consta de 4 interrogantes con respuestas dicotómicas (sí/no), que pone en evidencia la actitud del paciente conforme a la adhesión. A la vez, presenta la ventaja de que facilita la información acerca de las razones de la falta del cumplimiento. Asimismo, es sencillo de elaborar al ser breve y que no presenta problemas en su aplicación porque presenta un elevado valor de especificidad, de valor predictivo positivo y no se requiere de un alturado bagaje cultural para su entendimiento (39). Al paciente se le puede considerar que cumple, si contesta de manera correcta a las cuatro interrogantes, es decir, No/Sí/No/No y no adherente si responde al menos una en forma incorrecta.

C. Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica está relacionada con la actitud humana involucrada en la salud y manifestación de compromiso del paciente con la atención y conservación de su salud. En la “adhesión a la terapéutica” es el paciente quien realiza o no el consumo de la medicación y otros cuidados médicos, al final es él quien elige cómo y cuándo lo hará (40).

D. No-adherencia terapéutica

La “no-adherencia” es el incumplimiento de las indicaciones médicas que puede ser por decisión propia y libre o intencional; uno de los problemas está vinculado a la medicación. La falta en seguir el plan terapéutico indicados por el médico es una opción particular de origen multifactorial. La mayoría de pacientes

analizan el riesgo-beneficio entre lo que requiere y conviene ingerir los fármacos. Existen la apreciación de cuatro causas en que se fundamenta esta opción:

- La importancia de tomar el medicamento
- La apreciación de la severidad de la afección
- La fiabilidad en la efectividad de los fármacos
- Aprobación particular de las modificaciones sugeridas

La no adherencia es un problema que se suscita en todo el mundo con severas secuelas: fracaso del manejo de la afección, elevados precios del sistema de salud por la elevación en admisiones hospitalarias, disminución en la práctica de vida, etc. Esto empeora cuando el paciente prolonga el tiempo con el tratamiento (35).

E. Consecuencias clínicas de una adherencia inadecuada

Las graves secuelas de una ineficiente adherencia terapéutica son numerosas como la ausencia de un resultado terapéutico o demora en la recuperación, agravamiento y la manifestación de diversos problemas o complicaciones. La evaluación incorrecta de la eficacia terapéutica ya sea por incremento o reducción del manejo de la dosis, la modificación de la adherencia terapéutica con el uso de otros fármacos muy potentes y el posible daño de las reacciones secundarias o al riesgo de depender del fármaco en un tiempo prolongado.

Según la OMS, existen ciertos riesgos que afrontan las personas que no cumplen con el tratamiento:

- Recaídas graves de mayor intensidad
- Se incrementa la probabilidad de dependencia
- Se incrementa el posible daño de los efectos adversos
- Se incrementa la probabilidad de toxicidad por sobre abuso

-Se incrementa la presencia de posibles accidentes (combinación de medicamentos de acuerdo a la forma de vida, como evitar ingerir alcohol) (40).

F. Adherencia al tratamiento antihipertensivo

A pesar de que existen grandes avances en cuanto a la hipertensión, aún continúa siendo considerado como una de las razones esenciales de mortalidad e incapacidad a nivel global. El alto predominio, la morbimortalidad y el precio de las complicaciones evidencian la falta por realizar muchas cosas para obtener las cifras deseadas. Los grandes progresos en cuanto a la farmacología han brindado un tratamiento mucho más eficaz en los países desarrollados en relación a la supervisión de este padecimiento, pero lamentablemente la baja adherencia al tratamiento farmacológico es un motivo que dificulta una buena supervisión de la presión arterial, la cual forma un ciclo vicioso de un manejo incorrecto de las enfermedades crónicas. Es importante para una buena supervisión de la hipertensión que el enfermo obedezca las pautas sobre los cambios de su forma de vida, pero resulta muy difícil dado el obstáculo propio de la persona a la reforma de la conducta. Es sumamente importante reconocer los motivos por los cuales un paciente incumple el tratamiento para poder crear y redireccionar la participación con el propósito de mejorar el cumplimiento de la terapia farmacológica y no farmacológica (41).

La falta de adherencia a la terapia farmacológica es un factor primario para obtener resultados negativos en cuanto a la adherencia terapéutica, la cual constituye un eje elemental en el control de las afecciones crónicas y considerado una causa principal de riesgo cardiovascular (42).

Las acciones o conductas de la persona que cumple con todo lo que engloba el tratamiento para hipertensión comprende el consumo de los fármacos antihipertensivos según las recomendaciones médicas, acudir a sus controles médicos, emplear maniobras efectivas para evocar el consumo de los fármacos y controlar sus reacciones nocivas, averiguar datos acerca del padecimiento y el manejo terapéutico, manifestar y debatir las incertidumbres e incomodidades con el médico, hacer ejercicios físicos frecuentemente, tener una alimentación sana (disminución de la sal y grasas, elevado consumo de potasio, etc.); el manejo de una circunstancia emocional que puede afectar los valores de la tensión arterial (ejemplo: la ansiedad y el estrés, etc.); reducir el uso bebidas etílicas, evadir el uso del cigarrillo. La falta de cumplimiento al tratamiento puede evidenciarse de variadas formas como: problemas para comenzar el tratamiento, interrupción precoz o dejarlo, adhesión inconclusa de las recomendaciones (falta de omisión, de la dosis, el tiempo y la finalidad - error en el manejo del medicamento), faltas a las consultas e interconsultas y al cambio de la forma de vida, automedicación, etc.

El problema de la adherencia al tratamiento es sumamente importante porque está dada por las consecuencias que se dan a nivel clínico, económico y psicosocial; asimismo, la reacción en cuanto a la calidad de atención, la relación del médico con el paciente, etc. En resumen, debido a una escasa adherencia, una gran cantidad de pacientes no alcanzan la utilidad básica de los tratamientos médicos, y como consecuencia se obtienen efectos deficientes en la salud y una pobre calidad de vida (43).

2.2.3 Calidad de vida

Calidad de vida es la apreciación del individuo frente a la postura que tiene de su existencia en relación a la formación, a los principios

los cuales están vinculados con los propósitos, perspectivas y preocupaciones (44).

Es una definición muy extensa que tiene influencia de forma compleja de su estado tanto físico como psicológico, su grado de autonomía, sus interrelaciones personales de la persona, asimismo, con los elementos que lo rodea. La calidad de vida es el bienestar que procede de la apreciación que hace la persona de las diferentes condiciones de su vida, tomando en cuenta el impacto de su condición (45).

Calidad de vida es una idea compleja que parte de la apreciación por parte de la persona en cuanto a su bienestar tanto físico, mental y social, formado por elementos tanto objetivos (requisitos materiales y el grado de vida) como subjetivos (la satisfacción y la felicidad) (46).

La calidad de vida es la complacencia de una persona en relación al estado físico, vinculadas con la existencia y magnitud de las manifestaciones de la afección y/o ligados a la adherencia terapéutica; factores sociales, donde se percibe las restricciones funcionales que se interponen en el acondicionamiento social del enfermo; y elementos psíquicos, referente a las muestras emocionales como resultado del padecimiento y la hospitalización (47).

2.2.4 Calidad de vida relacionada a la salud

A. Definiciones

La calidad de vida, en relación a la salud, es la valoración subjetiva acerca del estado de salud reciente, la atención sanitaria y la difusión del bienestar sobre el potencial de la persona para obtener y mantener un óptimo rendimiento que le facilite continuar con el trabajo que son trascendentales para la persona y que no dañen su buen estado físico y mental (48).

La calidad de vida, en relación a la salud, es la idea que tiene la persona acerca del padecimiento que la aqueja, en relación al estado físico, psicológico y social (49).

La calidad de vida, en relación a la salud, es el grado subjetivo del buen estado que guarda relación con la ausencia de síntomas, el estado psicológico y las acciones que se pretende efectuar (50).

En resumen, la calidad de vida que guarda una relación con la salud va depender específicamente de la experiencia obtenida desde la perspectiva del individuo acerca de su enfermedad, basándose exclusivamente en el sentir de la persona, y no necesariamente en los resultados clínicos.

B. Medición de calidad de vida

La calidad de vida es un elemento primordial para un buen estado físico y mental, la cual en diversas ocasiones no es percibida directamente, y se determina a través de cuestionarios que comprenden una relación de ítems donde se asume un valor verdadero que se puede calcular indirectamente a través de escalas.

Estos instrumentos se dividen en genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos son independientes del diagnóstico, por lo que brindan la ocasión de ser utilizadas en diversos tipos de población o padecimientos y también pueden aplicarse cuando no existe un instrumento específico en una afección determinada (51).

Entre los diversos instrumentos genéricos encontramos: Karnofsky, PSI (Sickness Impact Profile), PECVEC (Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos), EQ-5D (EuroQuol), SF-36 (Short-Form 36-items Health Survey), FANTASTIC (52).

Los instrumentos específicos se focalizan en aspectos muy propios de la afección. Por lo tanto, no cuentan con la dimensión de los instrumentos genéricos, pero sí son muy sensibles a aspectos de la calidad de vida definidas por efectos de una afección en particular (53).

Entre los instrumentos Específicos tenemos: PSDI (Physical Symptoms Distress Index) y el CHAL (Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial) (52).

Para evaluar la calidad de vida con relación a la salud en el individuo con hipertensión, amerita el manejo de instrumentos específicos para esta afección crónica, y cuyas características de medición como la fiabilidad, validez y la sensibilidad al cambio sean firmes (54).

De todos los instrumentos de medición señalados, para este estudio se utilizará el cuestionario MINICHAL propuesta por los propios autores del CHAL. Este instrumento es una interpretación reducida del cuestionario específico sobre Calidad de vida para la Hipertensión arterial (CHAL), desarrollado y validado en España en el año 2000. Es un instrumento autoadministrado, compuesto por 16 preguntas congregados en 2 dimensiones: Estado de ánimo formado por 10 preguntas (1 - 10) y Manifestaciones somáticas que abarca 6 preguntas (11 a 16) con cuatro opciones de respuesta en escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (No, en absoluto), 1 (Si, algo), 2 (Si, bastante), y 3 (Si, mucho). El resultado de cada respuesta se refiere a los últimos siete días. El puntaje total se da por la sumatoria de todas las preguntas y puede variar entre 0 (mejor nivel de salud) y 3 (peor nivel de salud). La resultante que deriva del menor nos indicará mejor nivel en cuanto a la calidad de vida (55).

C. Dimensiones calidad de vida relacionado con la salud

Tanto la salud mental y la capacidad funcional son componentes que más afectan en la percepción del estado de salud. Según Badia y cols. lo determina en dos puntos:

- **Estado de ánimo:** es una condición que se deriva de sensaciones agradables o desagradables, que se asocia a una idea o situación y cuya duración se prolonga por algún tiempo.

El estado de ánimo es producido por una variedad de sucesos cuyo significado varía para cada persona. Tales como los éxitos, fracasos, pláticas agradables o incómodas, información amena o penosa. De igual manera incide la forma de cómo se encuentran en lo físico, en la salud, la fatiga. Las causas de un estado de ánimo de vez en cuando no son conscientes para la persona, mostrando carencia de motivación, aunque obedece al final a una razón específica (56).

Las alteraciones frecuentes del estado del ánimo son la depresión y la ansiedad, siendo considerada la depresión como el problema más frecuente tratado hoy en día, la cual aumenta en incidencia con el envejecimiento (57).

Presentándose como un síndrome complejo “síntomas vegetativos”, tales como insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso, estreñimiento, los individuos deprimidos en muchas ocasiones pueden referir autodesprecio, apatía, remordimiento, melancolía, incapacidad, e ideas de que está por demás en el mundo. Mientras que la ansiedad va más en relación con las molestias somáticas, rigidez de pensamiento y conducta, insomnio, fatiga, hostilidad, inquietud, confusión y aumento de la dependencia”. Incluso los valores normales de los signos vitales se pueden ver alterados, al igual que la micción, de la misma manera el apetito puede estar disminuido o aumentado (56).

La personalidad es una pieza primordial en la medición de la calidad de vida, habiéndose comprobado que la confianza en las propias habilidades y la estabilidad emocional contribuyen a experimentar una mejor condición en la vida del paciente. Además, se considera clave en la valoración de esta (58).

La dimensión del estado del ánimo tiene un vínculo estrecho con la salud, ya que esta influye sobre el bienestar emocional de las personas.

- **Las manifestaciones somáticas:** hace referencia a las sensaciones o dolencias que son exclusivamente físicas, la cual se expresan de forma clara y evidente en alguna parte del cuerpo. Entre las diferentes manifestaciones somáticas tenemos la dificultad al respirar, hinchazón en los pies, aumento de frecuencia al miccionar, aumento de la sensación de sed, dolor de pecho, hormigueo corporal (59).

Si bien es cierto, las manifestaciones somáticas se dan como producto de la enfermedad, pero tanto la depresión como la ansiedad son factores que provocan o empeoran la lesión del paciente, por lo tanto, el estado de ánimo se considera desde una perspectiva emocional la condición interna de una persona donde repercute de una forma potencial para conllevar al éxito o al fracaso de la recuperación de la persona hipertensa y que puede acompañarse de manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, agotamiento, etc., que al final conllevarán a la gravedad de la enfermedad de la persona.

Asímismo, si se pretende evaluar la calidad de vida es de vital valor considerar en mayor parte el estado de ánimo de los individuos, ya que muchas de las veces no es solo la enfermedad la que deteriora la salud de los pacientes.

D. Importancia de la calidad para la enfermería

El efecto que brinda la calidad de vida en sujetos con la presión arterial elevada, a nivel de la atención primaria de la salud, colabora en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la afección, propiciando un mejoramiento en el estilo de vida del enfermo.

Es deber del profesional de enfermería, en el nivel primario en la atención a la salud, reconocer las señales que presenta las personas que padecen alteraciones de la presión arterial para advertir las complicaciones de esta afección a nivel del aspecto psicológico, físico y social del sujeto. Cuando se realiza a nivel psicológico, se alude a las emociones, estado de ánimo y la percepción del sujeto con relación al padecimiento. Es desde una perspectiva física, al referirse a los síntomas, las alteraciones en el organismo y de la habilidad para elaborar eventos diarios y a nivel social se da a través del impacto de la afección en referencia al entorno laboral, familiar, amical (13).

Es muy importante que el personal de enfermería descubra de manera oportuna las complicaciones en relación con las alteraciones de la presión arterial, contribuyendo por medio de esta investigación el sustento teórico para el abordar en un futuro en la toma de decisiones, estrategias y programas para prevenir complicaciones de salud en los pacientes hipertensos, con el objetivo de avanzar en el control de la afección para lograr una mejor calidad y cantidad de vida.

E. Interrelación entre calidad de vida e hipertensión arterial

Existe una relación muy marcada en el impacto que la hipertensión conserva en la calidad de vida, en particular, por referirse a un padecimiento crónico. Cuando se evalúa la calidad de vida en los sujetos con presión alta, es fundamental valorar distintos parámetros: a) el diagnóstico de hipertensión ocasiona

una reforma en la vida del sujeto y cómo lo percibe, supeditado de sus propios síntomas y de los valores de la presión arterial; b) el tratamiento higiénico dietético; c) los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva, y d) la ausencia de las indicaciones prescritas (52).

2.2.5 Teoría relacionada al cuidado de enfermería

A. Teoría del autocuidado: Dorothea E. Orem

Para Orem: “El propio cuidado es la práctica de actos que los sujetos desarrollan para favorecer el sostenimiento de la existencia, la salud y el bienestar” (60).

La teoría descrita por Dorothea Orem es el inicio que ofrece a los enfermeros instrumentos para ofrecer un servicio de calidad en cualquier circunstancia tanto para individuos enfermos como para individuos que adoptan determinaciones sobre su salud, y por individuos sanos que desean mantener o cambiar comportamientos que arriesguen su salud. El propio cuidado es un procedimiento de intervención activa y específico del sujeto que le posibilita distinguir, adoptar determinaciones y desarrollar actos de cuidado propio para el sostenimiento y elevar la calidad de su salud, entre ellas, la adherencia al tratamiento.

2.3 TERMINOLOGÍA BÁSICA

- **Calidad de vida:** Es el bienestar que procede de la apreciación que hace la persona de las diferentes condiciones de su vida, tomando en cuenta el impacto de su condición (45).
- **Calidad de vida relacionada con la salud:** Es el grado subjetivo del buen estado que guarda relación con la ausencia de síntomas, el estado psicológico y las acciones que se pretende efectuar (50).

- **Adherencia al tratamiento:** Es la actitud que asume el individuo de acuerdo a las indicaciones de salud, la cual abarca la facultad del paciente para asistir a los controles médicos, ingerir los fármacos según la orden médica, hacer los cambios en la práctica de vida sugeridos y realizar los estudios de laboratorio requeridos (35).
- **Hipertensión arterial:** La hipertensión arterial es definida como la elevación de la presión sistólica a 140 mmHg o más, o presión diastólica a 90 mmHg o más, o ambos valores inclusive, teniendo como criterio individuos con más de 18 años (20).
- **Riesgo cardiovascular:** Señala que es posible que un sujeto pueda padecer una afección cardíaca en el lapso de un periodo probable de una década, para el cual será necesario una cantidad de causas de riesgo que se encuentren en el mismo momento dentro del individuo (28).

2.4 HIPÓTESIS

Al ser un estudio de alcance correlacional, se plantea hipótesis (61). Las cual se describen a continuación:

Ho: La adherencia al tratamiento farmacológico no tiene relación con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el servicio de consultorio externo de cardiología del hospital nacional Hipólito Unanue.

Hi: La adherencia al tratamiento farmacológico sí tiene relación con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el servicio de consultorio externo de cardiología del hospital nacional Hipólito Unanue.

2.5 VARIABLES

Variable 1: Calidad de vida

Dimensiones de la variable 1:

- Estado de ánimo
- Manifestaciones somáticas

Variable 2: Adherencia al tratamiento

Dimensiones de variables 2: No tiene dimensiones

2.5.1 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
Variable 1	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida relacionado con la salud	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal.	Es el grado subjetivo del buen estado que guarda relación a la ausencia de síntomas, el estado psicológico y las acciones que se pretende efectuar (50).	Es el grado subjetivo del buen estado que guarda relación a la ausencia de síntomas, el estado psicológico y las acciones que se pretende efectuar en sujetos con presión elevada atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, que se expresa en el estado de ánimo y manifestaciones somáticas, la cual será medido mediante el cuestionario Minichal.	Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de sentirse enfermo Incapacidad de disfrutar actividades habituales. Agotado y sin fuerzas. Sensación de lucha continua Agobiado y en tensión Incapacidad para toma de decisiones. Sentirse que no es útil en la vida. Dificultad para entenderse con la gente. Dificultad para relaciones sociales Dificultad para el sueño 	10 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	0 (mejor nivel de salud) 30 (peor nivel de salud)	De 0 a 48 (0 mejor nivel de salud, 48 peor nivel de salud) Alta: 0 – 10 puntos. Media: 11 – 24 puntos Baja: 25 – 48 puntos
				Manifestaciones Somáticas	<ul style="list-style-type: none"> Adormecimiento en el cuerpo Dolor de pecho Sequedad boca Aumento orina Edema tobillos Dificultad para respirar-falta de aire 	6 (11, 12, 13, 14, 15, 16)	0 (mejor nivel de salud) 18 (peor nivel de salud)	

Variable 2	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Ítems	Número de ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Adherencia al tratamiento	Tipo de variable según su naturaleza: Cuantitativa Escala de medición: Ordinal.	Es la actitud que asume el individuo de acuerdo a las indicaciones de salud, la cual abarca la facultad del paciente para asistir a los controles médicos, ingerir los fármacos según la orden médica, hacer los cambios en la práctica de vida sugeridos y realizar los estudios de laboratorio requeridos (35).	Es la actitud que tiene la persona hipertensa de acuerdo a las indicaciones de salud, la cual abarca la facultad del paciente para asistir a los controles médicos, ingerir los fármacos según la orden médica, hacer los cambios en la práctica de vida sugeridos y realizar los estudios de laboratorio requeridos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, la cual será medido mediante el test Morisky Green.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicación. • Horario adecuado para tomar la medicación. • Descuido en la medicación. • Abandono de la Medicación. 	4 (1, 2, 3, 4) NO, SI, NO, NO	Adherente	Puntaje: 4 Sera considerado como adherente al tratamiento si responde correctamente (NO, SI, NO, NO).
						No adherente	no adherente si responde al menos una en forma incorrecta.

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de investigación de enfoque cuantitativo porque permite medir las variables en estudio: adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud, y con diseño de estudio no experimental porque las variables no fueron manipuladas, los sujetos de estudios fueron entrevistados en el consultorio de cardiología, correlacional porque se relacionaron ambas variables y de corte transversal ya que implica la obtención y captación de los datos del fenómeno investigado en un momento específico (62).

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 210 pacientes continuadores diagnosticados con presión arterial elevada que asisten al consultorio externo de Cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el mes de mayo de 2018 que acatan los criterios de inclusión, seleccionados mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia. Es muestreo por conveniencia cuando el investigador emplea una muestra integrada por los pacientes o los objetos cuya disponibilidad como entes de estudio sea más provechoso (62).

3.2.1 Criterios de inclusión

Han sido incorporados en la investigación personas con estas consideraciones:

- Personas que superan la mayoría de edad.
- Evaluación de hipertensión practicada hace 24 semanas.
- Que reciban medicación para la hipertensión.
- Población (hombres y mujeres) con diagnóstico de hipertensión que asistan a sus controles.
- Personas que dieron su firma para el consentimiento informado para formar parte del estudio.

3.2.2 Criterios de exclusión

- No puedan dar respuesta a los ítems contenidos en el instrumento.
- Pacientes no colaboradores y desorientados en tiempo, espacio y persona.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnica

La técnica que se usó para el estudio fue la encuesta, la cual se adaptó de forma personal mediante el diálogo con cada paciente que asistía a la consulta en el hospital, durante el mes de mayo del año 2018.

Para la recolección de la información se utilizaron 2 instrumentos: el cuestionario MINICHAL para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en sujetos hipertensos y el test de Morisky-Green para evaluar adherencia al tratamiento.

3.3.2 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos fueron:

- A. Se utilizó el cuestionario MINICHAL, el cual es una muestra reducida del cuestionario específico y validado sobre Calidad de vida para la Hipertensión Arterial (CHAL). El MINICHAL fue realizado y validado en España en el año 2002, cuenta con una fiabilidad de 0.92 y 0.75 respectivamente. Es una herramienta

autoadministrada, conformado por 16 ítems divididos en dos dimensiones: los cuales 10 competen a la dimensión "Estado de Ánimo" (EA) y 6 a la dimensión "Manifestaciones Somáticas" (MS). Las preguntas hacen alusión a los últimos 7 días con cuatro probables opciones de contestación: 0 = No, en absoluto; 1 = Sí, algo; 2 = Sí, bastante; 3 = Sí, mucho. El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0 a 18 en la segunda. La puntuación final es conseguida sumando todos los ítems y podría cambiar entre cero (mejor nivel de salud) y 48 (peor nivel de salud). Es un conjunto de preguntas realizado para ser resuelto en un tiempo cercano a los 7.2 minutos (13).

B. El Test de Morisky-Green es un procedimiento de medición indirecto de la adherencia a los tratamientos, aceptado para varias afecciones crónicas no solamente para la Hipertensión Arterial; creado originalmente por Morisky Green y Levine en el año 1986 y aprobado en su presentación española por Val Jiménez, Amorós, Martínez, Fernández y León 1992. El nivel de validez reportado este dado con una fiabilidad $\alpha=0,6$, se trata de una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica si/no, las que están dirigidas a definir la presencia o no de adherencia al tratamiento, la persona es estimado como cumplidor si contesta de manera adecuada a las 4 preguntas, es decir No/Sí/No/No y no cumplidor cuando no responde correctamente a las 4 preguntas (38).

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En la investigación participaron 210 pacientes hipertensos mayores de 40 años del consultorio externo de cardiología en el Hospital Nacional Hipólito Unanue del distrito de El Agustino. En los casos donde algunos pacientes por su nivel educativo o condición física no pudieron desarrollar los instrumentos se les brindó colaboración por parte de las

investigadoras. Las encuestas se realizaron en el horario de mañana y la duración estimada fue de 10 minutos por paciente.

Al culminar el trabajo de campo, se procedió a revisar cada una de las encuestas realizadas y se vio la calidad del llenado. La información conseguida se registró en una base de datos, la cual se ordenó con cada respuesta que brindaran los participantes en los instrumentos Minichal y Morisky-Green. Luego se le brindó un número a cada uno de modo que fuera más sencilla la ubicación de los encuestados. La información se analizó utilizando el programa estadístico IBM SPSS Estadística, versión 24.0., este proceso se hizo cuidadosamente para así evitar errores y valores perdidos al momento del análisis.

Los resultados se presentaron en las tablas y gráficas respectivas que serán posteriormente descritas y luego estas permitieron realizar la discusión del estudio respectivo.

Al ser el presente estudio de diseño correlacional, se utilizaron pruebas estadísticas para evaluar las hipótesis de si existe relación o no entre las dos variables del presente estudio, la prueba de hipótesis se realizó con el estadístico chi cuadrado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para el presente estudio de adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida en personas con hipertensión arterial se respetaron los aspectos éticos de la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, brindando un consentimiento informado a cada paciente que decidió formar parte del estudio de investigación.

Para el estudio se utilizó los siguientes principios:

- **Beneficencia:** Se refiere a la obligación moral de aumentar lo provechoso y reducir la afeción. Esta base responde a los patrones que constituyen que los peligros en el estudio sean justos a la luz de

los rendimientos o beneficios esperados, que el modelo del estudio sea confiable y que los indagadores estén capacitados para realizar el estudio y preservar la comodidad de las personas indagadas. Asimismo, la beneficencia restringe por sobre todo ocasionar daño intencionado a los sujetos (63). El estudio beneficiará no solo a los pacientes del consultorio si no a la institución misma.

- **No maleficencia:** Se explicará a los pacientes que su participación en el estudio no implicará daños físicos, psicológicos, ni morales y no se divulgará las respuestas brindadas por ellos.
- **Autonomía:** Es el espacio de los sujetos de meditar sobre sus intenciones propias y actuar bajo la dirección de los valores que pueda coger. Todas las personas deben ser consideradas con humanos independientes y las personas que tienen su libertad disminuida tienen derecho a ser protegidos.

De acuerdo a este principio se respetó la decisión que tomó el paciente, él decide participar en el estudio libremente, se preguntó a cada uno de los pacientes si desean participar en la encuesta, respetando en todo momento la voluntad de la participación en la investigación.

- **Justicia:** Es el deber moral de atender a cada sujeto en convenio de lo que se estima honestamente perfecto y adecuado. El tema hace referencia a guardar el secreto y el anonimato de los investigados, tanto al inicio, en el transcurso y luego de su aportación en la investigación (63).

Se consideró por igual a todos los pacientes sin discriminación ni preferencias, sin dejarnos llevar por las diversas influencias que se puedan presentar.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Según datos generales de los 210 pacientes hipertensos con relación al sexo, el 62,9% (132) es femenino, el 35,2% (74) presentan edades entre 61_70 años, en cuanto al estado civil el 47,1% (99) son casados, con respecto al grado de instrucción el 43,3% (91) tienen primaria completa y el 49% (103) está sin ocupación (Ver anexo A).

Tabla N° 3: Tabla de contingencias y pruebas de Chi-cuadrado de las variables Adherencia al tratamiento y Calidad de vida relacionada a la salud (N=210)

		Adherencia al tratamiento		Total	
		Adherente	No adherente		
Calidad de vida relacionada a la salud	Alta	Recuento	77	31	108
		% del total	36,7%	14,8%	51,4%
	Media	Recuento	12	86	98
		% del total	5,7%	41,0%	46,7%
	Baja	Recuento	0	4	4
		% del total	0,0%	1,9%	1,9%
Total	Recuento	89	121	210	
	% del total	42,4%	57,6%	100,0%	
Pruebas de Chi-cuadrado		Valor X²	g.l.	Sig.	
		9,597	2	,008	

Fuente: Encuesta realizada por los bachilleres de la EAPE- UPNW..

La tabla anterior nos presenta la adherencia al tratamiento de las personas con relación al nivel de calidad de vida relacionada a la salud. Notamos entonces, que las personas que son adherentes presentan una calidad de vida alta con el 36,7%, y que las personas no adherentes presentan una calidad de vida media con el 41,0%.

Por lo tanto, observamos que la adherencia al tratamiento se asocia significativamente con la calidad de vida relacionada a la salud con una tendencia a aumentar o disminuir su índice de calidad en relación al tipo de adherencia que presenta.

Dada la hipótesis: “Existe una relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima- 2018” se formularon una hipótesis nula (Ho) y una hipótesis alterna (Hi):

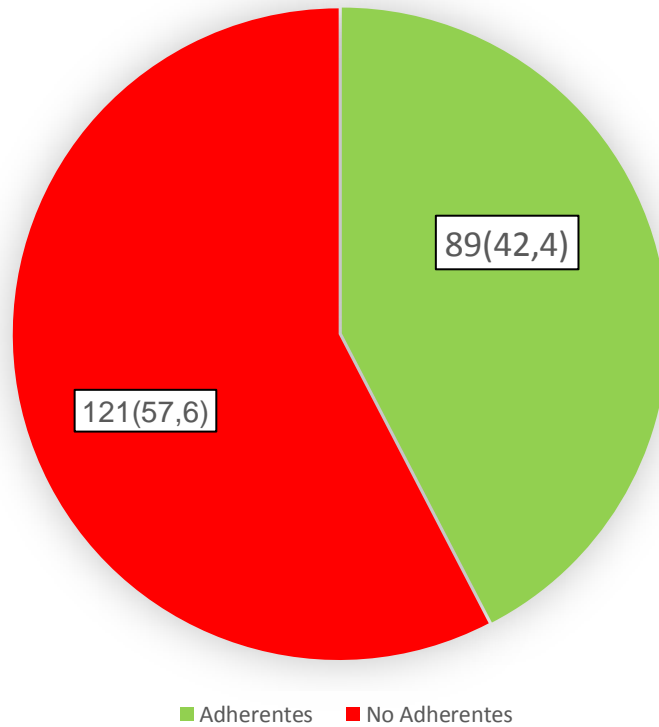
Ho: No existe una relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018.

Hi: Existe una relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima - 2018.

Para determinar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima- 2018, se utilizó la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, la cual evidenció la relación entre dos componentes de agrupación.

Entre la variable Adherencia al tratamiento y Calidad de vida relacionada a la salud, la prueba obtuvo un valor de significancia de 0,008 ($p < 0,05$). Por lo que existe relación estadísticamente significativa. Debido al análisis anterior, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

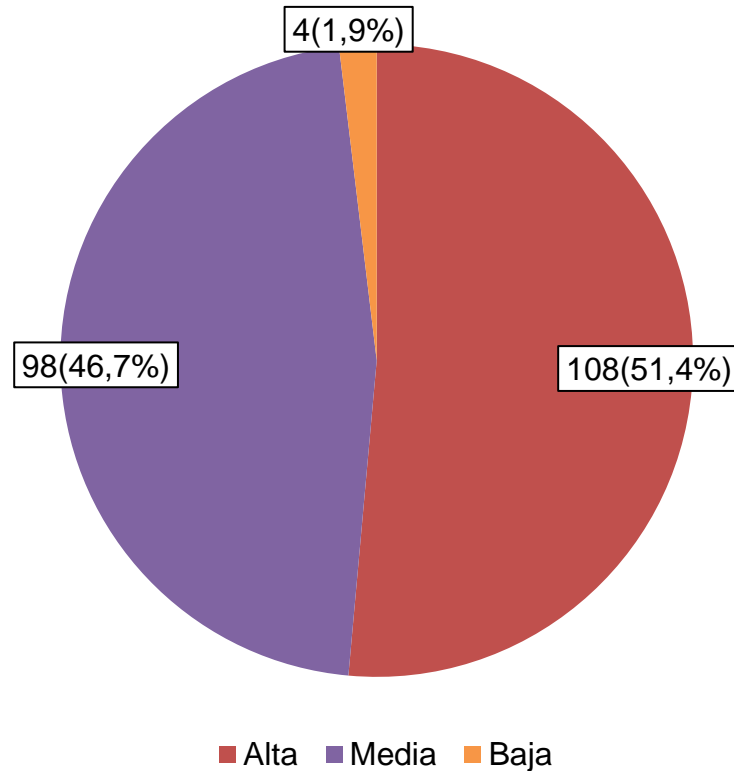
Gráfico N° 1: Adherencia al tratamiento farmacológico en personas con hipertensión arterial atendido en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima- 2018 (N=210)



Fuente: Encuesta realizada por los bachilleres de la EAPE- UPNW.

En el gráfico anterior se evidencia que 121 pacientes que representan el 57,6% no son adherentes al tratamiento farmacológico y 89 pacientes que representan el 42,4% son adherentes al tratamiento farmacológico.

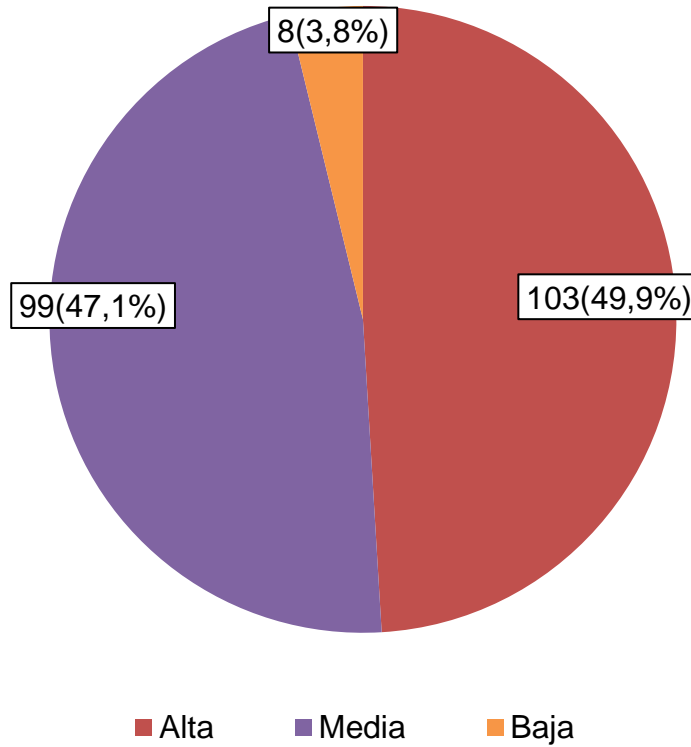
Gráfico N° 2: Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión arterial atendida en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima- 2018 (N=210)



Fuente: Encuesta realizada por los bachilleres de la EAPE- UPNW.

Como se ve expuesto en el gráfico 2, según el cuestionario de Calidad de Vida relacionado con la salud en hipertensión arterial, se observa que la mayoría de los encuestados tienen calidad de vida alta 51,4%.

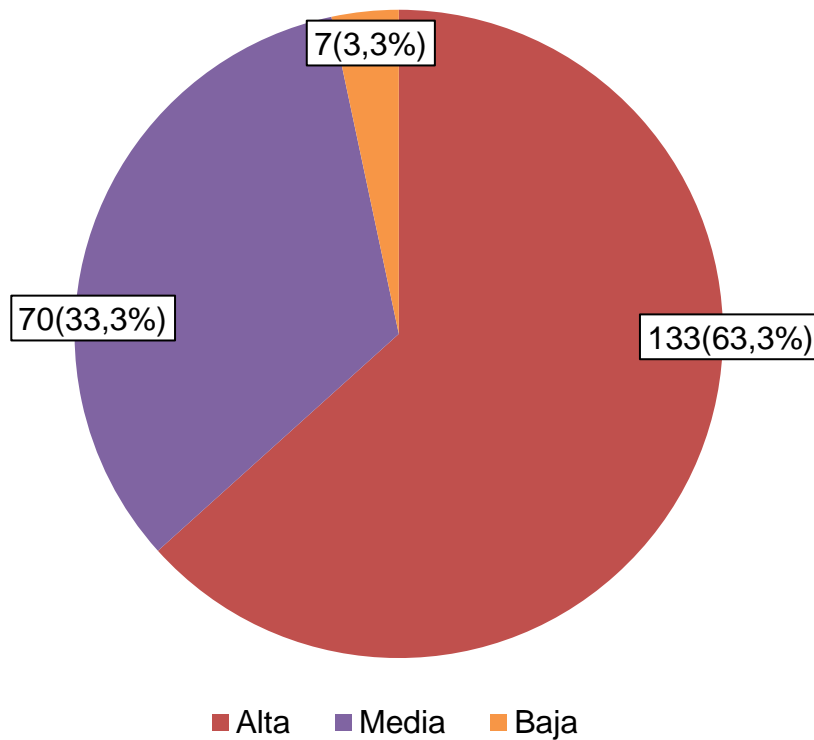
Gráfico N° 3: Calidad de vida relacionada con la salud, según dimensión estado de ánimo, en personas con hipertensión arterial atendida en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima- 2018 (N=210)



Fuente: Encuesta realizada por los bachilleres de la EAPE- UPNW.

En el gráfico 3 se puede observar que la mayoría de los pacientes presentan un nivel alto en la dimensión “Estado de ánimo” del cuestionario MINICHAL 49.9%. Esta dimensión se relaciona con la afectación en las relaciones interpersonales, estado de ánimo y visión del futuro.

Gráfico N° 4: Calidad de vida relacionada con la salud, según dimensión manifestaciones somáticas, en personas con hipertensión arterial atendida en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima- 2018 (N=210)



Fuente: Encuesta realizada por los bachilleres de la EAPE- UPNW.

En el gráfico 4 se puede observar que la mayoría de los pacientes presentan un nivel alto en la dimensión “Manifestación somática” del cuestionario MINICHAL 63.3%. Esta dimensión se relaciona con la presencia de síntomas somáticos de la enfermedad como: taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía.

4.2 DISCUSIÓN

Este es uno de los primeros estudios en el Perú que utiliza el cuestionario Minichal y el Test de Morisky-Green, el cual nos dejó recolectar la información, debido a que permite medir la calidad de vida relacionada a la salud y la adherencia al tratamiento farmacológico, siendo instrumentos específicos usados en personas hipertensas. El estudio de investigación estuvo orientado al logro del objetivo general determinar la relación entre 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. En referencia a la relación entre variable la adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en los sujetos que se atienden de manera ambulatoria se evidenció una correlación en que un paciente sea adherente al tratamiento con la calidad de vida con un valor estadísticamente significativo de 0,008 ($p < 0.005$) Sig. Asintótica (bilateral) de 0.008. Donde se evidencia que las personas que son adherentes presentan una calidad de vida alta con el 36,7 %, y que las personas no adherentes presentan una calidad de vida media con el 41,0 %. Hoy en día, no hay investigaciones realizadas previamente en Perú que establezcan la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida relacionada a la salud, pero dentro de los estudios latinoamericanos se encuentra, uno de Colombia de Gloria Guarín y Anélida Pinilla en la ciudad de Bogotá Colombia, en el año 2014, cuyo título “Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá” (12), donde usaron los instrumentos: el test de Morisky-Green (adherencia) y Minichal (Calidad de Vida), participaron 242 pacientes dando como resultados de 242 pacientes (hospitalizados y ambulatorios), 31.4% eran adherentes y 81% presentaban presión arterial bajo control con una calidad de vida relacionada con la salud dentro de un rango medio de 49.2%. En las personas atendidas de modo ambulatorios se presentó similar resultado a nuestra investigación donde se presentó asociación entre la variable calidad de vida y adherencia ($p < 0.001$); y, por último, un estudio realizado

por Mauricio Falcón y Jhon Yelitz, en Huánuco Perú, en el año 2011, realizaron un estudio titulado: “Calidad de vida relacionada a la salud, adherencia terapéutica y control de la presión arterial en pacientes de la cartera de hipertensión arterial del hospital base II EsSalud Huánuco, 2009 – 2011” (16), los instrumentos utilizados fueron EUROQOL-5D y el MINICHAL para pacientes con presión alta y la adherencia terapéutica se midió a través de otro cuestionario (MBG), donde participaron 196 pacientes que también encontró similares resultados el 88,78% de los pacientes fueron adherentes parciales y no tienen control de la presión arterial, en cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud está vinculada a un grado significativo de adherencia terapéutica.

Estos resultados proponen que la adherencia farmacológica es una parte importante en el tratamiento antihipertensivo, pues el comportamiento adherente eleva la calidad de la apreciación subjetiva de la salud del paciente. Esta apreciación mejoraría de manera positiva el tratamiento médico y la realización de actos de conductas saludables; entonces, hay que desarrollar actos que mejoren la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes que sufren de hipertensión arterial.

La adherencia al tratamiento farmacológico en el presente estudio se encontró que del 100% de los pacientes el 57,6% no son adherentes y el 42,4% presenta adherencia al tratamiento farmacológico valor inferior respecto a nivel mundial con cifras alrededor del 50%. Situación similar se contrasta con la investigación de Martín Solórzano, en Valencia Venezuela, en el año 2015, en su investigación titulada: “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos” (11), en cuanto al instrumento se usó el Test de Morisky-Green. Como resultado el 35% fueron adherentes al tratamiento y la medición de la presión sanguínea fue de 41%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre dichas variables ($p < 0.05$). El 72,70%, señalo a la omisión del tratamiento como el motivo más común de no adherencia. En otro estudio realizado por Gaby Apaza, en Tacna Perú, en el año 2013, elaboró un

trabajo titulado: “Adherencia al Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en los pacientes del programa de Hipertensión Arterial de EsSalud - Red Tacna febrero 2013” (15), en cuanto al instrumento se usó el Test de Morisky-Green, evidenciaron una mala adherencia y que el 40% tenían la presión arterial sin control. En el estudio de Gabriela Rolando Carhuallanqui, en Lima Perú, en el año 2010, ejecutó un trabajo titulado: “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general” (17), en cuanto al instrumento utilizó el Test de Morisky-Green. Encontró que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9% y la no adherencia al tratamiento farmacológico fue 62.1%, por lo tanto, se evidencia un mayor número de personas no adherentes al tratamiento. En relación al trabajo de Marta Fernández, Ana Acuna, Jaime Miranda, Francisco Diez-Canseco y German Málaga, en Lima Perú, en el año 2014, realizaron un trabajo titulado: “Adherencia a la farmacoterapia y las creencias relacionadas con la medicación en pacientes con hipertensión en Lima, Perú” (18), en cuanto al instrumento utilizaron el Test de Morisky-Green, encontraron baja adherencia a la medicación en el 57,4% de los pacientes.

Por los resultados conseguidos, el profesional de enfermería debería replantear los actos y que no suceda lo que aparece en la investigación donde la adherencia es correcta solo en el 42,4% de los pacientes que sufren hipertensión, llevando controles de enfermería y realizando una observación minuciosa a los pacientes se lograría revertir esta realidad por medio de la comunicación constante con el paciente y los demás integrantes del grupo de salud, ya que la falta de adherencia constituye una causa posible de fragilidad para presentar manifestaciones somáticas tempranas y modificaciones en el estado de ánimo pudiéndose ver perjudicada su calidad de vida por las complicaciones que sufren.

La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes del consultorio de cardiología del hospital Hipólito Unanue se encuentra principalmente en las categorías media (46,7%) y alta (51,4%)

constituyendo entre ambas categorías un total de 98.1% del 100% de la población.

En el presente estudio se encontraron que los investigados en relación al estado de ánimo y manifestaciones somáticas se ve presente en los tres niveles de calidad siendo de mayor predominio ambas dimensiones en la persona con una alta calidad de vida. En la dimensión (estado de ánimo con 49,9% y manifestaciones somáticas 63,3%), similar resultado se puede observar en el estudio de Fernando Zetina y Susana Trinidad, en Veracruz México, en el año 2011, realizaron un trabajo titulado: “Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial” (13), el instrumento utilizado fue el cuestionario Minichal, encontraron que el 78.3% de los investigados tiene buena calidad de vida, en la dimensión Estado de Ánimo la totalidad de las personas obtuvo un deseable nivel de salud (81.7%); al igual que en la dimensión Manifestaciones Somáticas (76.7%). Carlos Moreno, en España, en el año 2010, realizó un estudio titulado: “Calidad de vida en pacientes hipertensos relacionada con la salud y con variables clínicas y sociodemográficas” (14), los instrumentos utilizados fueron el cuestionario validado de calidad de vida relacionado con la salud Minichal, el Test de Morisky- Green para el cumplimiento del tratamiento y los cuestionarios, empleados para el estudio del ejercicio, así como para la recogida de datos sociodemográficos y clínicos. Los resultados indican que los pacientes tienen buena calidad de vida relacionada a la salud. El sexo femenino y la clase social en relación con el trabajo desempeñado la mayor parte de la vida, en la dimensión estado de ánimo del análisis multivariante, fueron las variables que se mostraron más relacionadas con la calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida tiene influencia del estado físico de la persona, su salud psicológica, su autonomía, sus relaciones comunitarias así también con componentes básicos de su ámbito, por lo tanto, es fundamental que la persona atendida este posicionada de manera positiva y admita su afección y pueda disfrutar de su existencia sin presentar molestias mejorando su calidad de vida. La calidad de vida relacionada a la salud se ha convertido en una medida básica en la atención a las personas con

afecciones crónicas y se ha demostrado que se puede anticipar al uso de la atención médica y de la mortandad, por lo que se tendrá que definir con cualquiera de los instrumentos que han sido aprobados para tal objetivo, algunas específicas para la hipertensión, como la escala MINICHAL utilizada en el presente estudio.

En relación con las características sociodemográficos de la población con hipertensión arterial, se evidencia una mayor proporción del género femenino del 62,9% y el promedio de edad fue de 61 a 70 años 35,2%. Resultados similares se presentaron en la investigación de Mauricio Falcón, John Yelitz, en Perú, en el año 2009, cuyo título fue: “Calidad de vida relacionada a la salud, adherencia terapéutica y control de la presión arterial en pacientes de la cartera de hipertensión arterial del hospital base II Es Salud Huánuco” (16), los instrumentos utilizados fueron el cuestionario EUROQOL-5D y el MINICHAL para pacientes con presión alta. El resultado obtenido fue que el 52,04% del total son mujeres y el promedio en cuanto a la edad más frecuente fue de 60 a 69 años. Tal como se evidencia en los resultados encontrados en el estudio de Gaby Apaza, en Tacna Perú, en el año 2013, cuyo título fue: “Adherencia al Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en los pacientes del programa de Hipertensión Arterial de Es salud - Red Tacna” (15), donde usaron como instrumento el Test de Morisky-Green realizando la encuesta a 517 pacientes donde tiene como resultado que el 57,1% pertenecen al sexo femenino y el 80,3% superan los 60 años.

Como se puede ver en los resultados obtenidos las personas que superan los 60 años en la mayor parte sufren de hipertensión arterial, lo que confirma una vez más lo que señala el sustento teórico que con la edad se pierde la flexibilidad de los vasos sanguíneos endureciéndose, lo que acrecienta los factores predisponentes como la resistencia periférica, incrementando el riesgo y la fragilidad para las complicaciones de la hipertensión arterial. Los habitantes tienden a ser de edad mayor y es uno de los motivos que fallezcan millones de individuos al año por ser un factor de riesgo cardiovascular que podría ser variado por la formación

que se les dé a las personas tratadas, además el 62,9% de pacientes con hipertensión arterial son del género femenino, lo que confirma lo dicho en el sustento teórico que uno de los factores predisponentes para sufrir dicha enfermedad es el género femenino por sus características y formas de afrontar las diversas dificultades que se le presentan en la vida.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los pacientes hipertensos que se controlan regularmente en el consultorio de Cardiología del Hospital Hipólito Unanue del año 2018 han presentado una correlación entre las variables adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud, con un valor estadísticamente significativo. Se evidencia que cuanto más es la adherencia al tratamiento, mejora la calidad de vida del paciente hipertenso.
- Se evidencia que una mayor cantidad de pacientes adherentes conducen una calidad de vida alta, mientras que la mayoría de pacientes no adherentes manejan una calidad de vida media.
- En relación a la adherencia al tratamiento farmacológico en el presente estudio muestra un mayor porcentaje de pacientes no adherentes.
- En relación a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hipertensos del presente estudio, la mayoría de los encuestados tienen calidad de vida alta.
- Con respecto a las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, todos los pacientes hipertensos que participaron en el presente estudio tienen un nivel alto en las dimensiones estados de ánimo y manifestaciones somáticas.

- Según datos generales de los 210 pacientes hipertensos con relación al sexo, predomina el femenino; la mayoría presenta edades entre 61 y 70 años, en cuanto al estado civil la mayoría son casados, con respecto al grado de instrucción tienen primaria completa y la mayor parte se encuentran sin ocupación.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar estudios de tipo cualitativo con el propósito de identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud para establecer estrategias de intervención acorde a las necesidades de los pacientes hipertensos.
- Replicar estudios sobre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial en poblaciones rurales y urbanas en los diferentes niveles de atención especialmente en el nivel I y II en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para poder realizar una comparación y conocer la relación que existe entre dichas variables ya que los resultados fueron obtenidos de un solo hospital y no pueden generalizarse a todo el país.
- Observar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo como un factor importante y posible de ser variado y así lograr un mejor control de la hipertensión arterial y prever las dificultades relacionadas en este aspecto, es fundamental medir la adherencia con instrumentos precisos, rápidos, económicos y útiles como el test de Morisky – Green, dada su aplicación sencilla pues se trata de cuatro interrogantes con respuesta dicotómica (sí/no), por lo que es imprescindible una cantidad mínima de minutos.
- Se sugiere al personal de enfermería continuar realizando estudios sobre el fenómeno de la adherencia al tratamiento en personas con

hipertensión arterial, con el objetivo de aportar al desarrollo disciplinar y así mejorar las prácticas de cuidado como un aporte a la solución del problema de altos índices de morbimortalidad. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población hipertensa, se hace necesario diseñar un programa de promoción y prevención propio de enfermería, ya que por medio de estos tendría un espacio para el seguimiento y manejo de su enfermedad por medio de actividades propias de enfermería como visitas de control, sesiones educativas, ejercicios de relajación, controles médicos e interdisciplinarios (nutricionista, psicología, etc.).

- Intervención de la familia y la comunidad en el cuidado y manejo de la hipertensión arterial, en la cual se debe tomar en cuenta la dimensión física, la dimensión psicosocial y espiritual, con el objetivo de impulsar modos de vida saludable que contribuyan con el cuidado que deben adoptar por la enfermedad.
- Reforzar el aprendizaje del alumno universitario para que guíe con liderazgo las acciones de los programas de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades a través de la comunicación y de su rol docente con estrategias adecuadas de acuerdo al nivel de escolaridad de los pacientes para que exista un entendimiento sencillo y que sea aplicable en su vida cotidiana y participar en actividades educativas dirigidas a la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento Hipertensión arterial. [Sede web]. La Habana - Cuba: Ciencias Médica; 2017 [citado 30 marzo de 2018]. Disponible desde: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_hta_cubana__version_final_2007revisada_impresa.pdf
2. Sarmiento M. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. ACIMED [Internet] 2009 [citado 24 mayo de 2018]; 20(3): 92-100. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102494352009000900007&lng=es.
3. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud 2013. Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. [Sede web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 12 de marzo de 2018]. Disponible desde http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/
4. Arboix M. Día Internacional de la Hipertensión Arterial 2014. [Sede web]. España: Eroski; 2014 [citado 19 de abril de 2018]. Disponible: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2014/05/17/219898.php
5. Pereda A. La hipertensión causa la muerte de 9.4 millones de personas cada año: OMS. [Sede web]. España: Expansión; 2013 [citado 06 de febrero de 2018] Disponible: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/04/03/la-hipertension-causa-la-muerte-a-94-millones-de-pe>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Enfermedades transmisible y no transmisible 2014. [Sede web]. Lima-Perú: INEI; 2015 [citado 04 abril de 2018]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
7. Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensivos atendidos en un hospital general. Rev. Med. Hered. [Sede web] 2010[citado 23 de mayo de 2018];

- 21(4): 197-201. Disponible desde: www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1114/1116
8. Peralta M, Carbajal P. Adherencia al Tratamiento. Acta méd. Colombia [Internet] 2008 [citado el 24 mayo 2018]; 17(3): 84-88. Disponible desde: <http://promsalud.udenar.edu.co/wpcontent/uploads/2014/08/adherencia-revision.pdf>
 9. Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus M. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Aten Primaria [Internet] 2008 [citado 22 abril 2018]; 40(8): 413-7. Disponible desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708720766>
 10. Jarillo M, Moreno F, Rodríguez J, Mercado P. Calidad de vida e hipertensión, [Internet] 2008 [citado 26 abril 2018]; Disponible desde: <http://taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf>
 11. Solórzano M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. [Tesis de especialista en medicina interna]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2015 [Internet]. Disponible desde: riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2506/1/msolorzano.pdf
 12. Guarín G, Pinilla A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá. Fac. Med. [internet] 2016 [citado 20 abril de 2018]; 64(4): 651-657. Disponible desde: www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00651.pdf
 13. Zetina F, Trinidad S. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. [tesis para título de licenciado en enfermería]. México: Universidad veracruzana; 2011 [Internet]. Disponible desde: [repositorio.upch.edu.pe/bitstream/.../Calidad Mendoza_Williams.pdf? ...3...](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/.../Calidad_Mendoza_Williams.pdf? ...3...) Alfonso
 14. Moreno C. Calidad de vida en pacientes hipertensos relacionada con la salud y con variables clínicas y sociodemográficas. [Tesis Doctoral]. España: UCLM; 2010 [Internet]. Disponible desde: <http://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/2844>

15. Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la Hipertensión Arterial en los pacientes del programa de Hipertensión Arterial de EsSalud – Red Tacna. [Tesis Médico Cirujano]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013 [Internet]. Disponible desde: repositorio.unjbg.edu.pe/.../108_2013_apaza_argollo_ga_facsc_medicina.pdf?.1
16. Falcón M, Mauricio Y, Nación J. Calidad de vida Relacionada a la Salud, Adherencia Terapéutica y Control de la Presión Arterial en pacientes de la cartera de hipertensión arterial del Hospital Base II EsSalud Huánuco. [Tesis Médico Cirujano]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2011 [Internet]. Disponible desde: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/170518>.
17. Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Med. Hered.* [Internet] 2010 [citado 23 de mayo de 2018]; 21(4):197-201. Disponible desde: www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1114/1116.
18. Fernández M, Acuña A, Miranda J, Díez F, Málaga G. Adherencia a la farmacoterapia y las creencias relacionadas con la medicación en pacientes con hipertensión en Lima, Perú. *PLoS One.* [Internet] 2014 [citado 23 de mayo de 2018]; 34(12): 2344-2352. Disponible desde: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0112875>
19. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo [Sede web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013 [acceso 12 de marzo de 2018]. Disponible desde: www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es.
20. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* [Internet] 2003 [citado 05 de mayo de 2018]; 289(19):2560-72. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748199>.
21. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. [Sede web]. Lima-Perú: MINSAs;

- 2015 [citado 20 Abril de 2018]. Disponible desde: [GPC%202015/RM031-2015-MINSA%20Dx%20](#).
22. Ruiz E. Epidemiología de la hipertensión Arterial en el Perú. Acta med. Peruana [Internet] 2015 [citado 16 Mayo de 2018]; 54(4):179-183. Disponible desde: www.fihu-diagnostico.org.pe/epidemiologia-la-hipertension-arterial-peru/
23. Gamboa R. La hipertensión arterial esencial en el Perú. Per Cardiol [Internet] 1993 [citado 16 Mayo de 2018]; 19(2):92-99. Disponible desde: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v19_n2/la%20hiper.htm
24. Segura L, Agustí R, Ruiz E. La hipertensión arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. Rev Peru Cardiol. [Internet]2011[citado 16 abril del 2018];37(1):19-27. Disponible desde: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v37n1/a3.pdf>
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES; 2016. [Sede web]. Lima-Perú: INEI; 2017 [citado 07 abril de 2018]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/...7Libro.pdf.
26. Figueroa C, Ramos B. Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. Anales de psicología [Internet] 2006 [citado 16 Mayo de 2018]; 22(2): 160-174. Disponible desde: www.redalyc.org/pdf/167/16722201.pdf.
27. Catapano A, Graham I, De Backer, Wiklund O, Chapman J, Drexel H, Hoes A. Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias. Esp. Cardiol [Internet] 2017[citado 18 Mayo de 2018]; 70(2): 115-164. Disponible desde: dev.revespcardiol.elsevier.es/es/pdf/90460573/s300/.
28. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Esp Cardiol. [Internet] 2013[citado 18 Mayo 2018]; 66(10): 864-880. Disponible desde: hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/Guia-HTA-2.pdf.
29. Berenguer L. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN. [Internet] 2016 [citado 08 marzo 2018]; 20(11): 2434-2438. Disponible desde:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015&lng=es.

30. Castaño R, Medina M, de la Rosa R, Loria J. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet] 2011 [citado 23 mayo de 2018]; 49(3): 315-324. Disponible desde: www.redalyc.org/pdf/4577/457745502016.pdf.
31. Miguel P, Sarmiento Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. ACIMED [Internet]. 2009 [citado 09 abril 2018]; 20(3): 92-100. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102494352009000900007&lng=es.
32. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [citado 5 junio 2018]:3. Disponible desde: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
33. Libertad M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 7 de abril 2018]; 30(4). Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es.
34. Holguín L., Correa D., Arrivillaga M., Cáceres D. & Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol., 2006 [citado 5 junio 2018];5:535-547 disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>
35. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta médica colombiana [Internet] 2005[citado 20 de mayo 2018]; 30 (4): 268-273. Disponible desde: www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004.
36. Nogués X, Sorli L, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna [Internet]. 2007 [citado 3 Setiembre 2018]; 24(3): 138-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992007000300009&lng=es.

37. López L, Romero S, Parra D, Rojas L. adherencia al tratamiento: concepto y medición. Promoc. Salud [Internet]. 2016 [citado 03 septiembre 2018]; 21 (1): 117-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
38. Morisky D, Green L, Levine D. Validez concurrente y predictiva de una medida autoinformada de adherencia a la medicación. Atención médica [Internet]. 1986 [citado 20 mayo 2018]; 24: 67-74. DOI: 10.1097 / 00005650-198601000-0000.
39. Rodríguez M, et al. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria [Internet]. 2008 [citado 02 mayo 2018]; 40(8): 413-417 Disponible desde: <http://hdl.handle.net/10481/33354>
40. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev. Cubana Salud Pública [Internet] 2006 [citado 2018 mayo 28]; 32(3). Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000300013&lng=es.
41. Varela M. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento Psicológico [Internet] 2010 [citado 25 febrero de 2018]; 7(14):127-140. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673010>.
42. Buitrago F. Therapeutic adherence. How difficult it is to comply Aten. Primaria [Internet] 2011 [citado 7 mayo 2018]; 43(7): 133-141. Disponible desde: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v43n07a90023817.pdf001.pdf>.
43. Van S, Sluijs E, Van L, Heerdink R, Bensing J. Adherencia del paciente al tratamiento médico: una revisión de las revisiones. BMC [Internet] 2007 [Citado 24 de abril 2018]; 7: 55-63. Disponible desde: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/55/>
44. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc. Enferm. [Internet] 2003 [citado 11 marzo de 2018];

- 9(2): 9-21. Disponible desde: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717
45. Urzua A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol.* [Internet] 2012 [citado 11 abril de 2018]; 30(1): 61-71. Disponible desde: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718
46. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas.* [Internet] 2005 [Citado 14 de abril 2018] 1(2): 125-137. Disponible desde: www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf.
47. Varela A, Arrivillaga Q, Cáceres R, Correa S, Holguín P. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *ACP* [internet] 2005 [citado 10/06/2018];8(2):.69-86 disponible desde: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S012391552005000200006&script=sci_arttext&lng
48. Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida fundamentos teóricos en: *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH.* 1ª ed. Madrid: Jarpyo, 2000.
49. Ramones I. Calidad de vida relacionada a salud e hipertensión arterial. *BMP* [Internet]. 2004 [Citado 20 febrero 2018]; 20:2-3. Disponible desde: http://bibmed.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm2004/bm200408.pdf
50. Bulpit C. Quality of life as an outcome measure. *Postgrad Med* [Internet]. 1997 [citado 10 junio 2018]; 73: 613-616. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2431483/pdf/postmedj00154-007.pdf>
51. TUESCA R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Rev. Cient. Sal Uninorte* [Internet]. 2012 [citado 18 Jul 2018]; 21:8. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4113>
52. Fiuza M, Jarillo M, Rodríguez J. Calidad de vida e hipertensión arterial. *Rev. Clin. Esp.* [internet] 2002 [citado 10 junio 2018]; 202(11):596-598. Disponible desde: [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(02\)71156-9](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(02)71156-9)
53. Brotons C, Permanyer C. La evaluación de los resultados y de su relevancia clínica en cardiología: especial referencia a la calidad de vida.

- Rev. Esp. Cardio. [internet] 1997[citado 15 febrero 2018]; 50: 192-200. Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S03000893297732032>.
54. Hjemdahl P, Wiklund I. Quality of life on antihypertensive drug therapy: scientific end-point or marketing exercise? Hypertension. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics [internet] 1992 [citado 15 de noviembre 2018]; 10:1437-1446. Disponible desde: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2710.1994.tb01116.x>.
55. Dalfo A, Badia X, Roca-Cusachs A, Llach I y Baqué I. Cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (CHAL). Aten Primaria [internet] 2002[citado 15 de febrero 2018]; 29 (2): 116-121. Disponible desde: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70516-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70516-7)
56. Smirnov A, Leontiev A, Rubinshtein S y Tieplov B. Objeto, problemas y métodos de la psicología. 1era. Ed. Mexico D.F: Grijalbo; 1960.
57. Eliopoulos C. Enfermería Gerontológica. 8va. Ed. Madrid: Wolters Kluwer Health; 2014.
58. Rojo F, Fernández G. Calidad de Vida y Envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida. 1era. Ed. Madrid: Fundación BBVA; 2011.
59. Varela A, Arrivillaga Q, Cáceres R, Correa S, Holguín P. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. ACP [internet] 2005 [citado 10 de junio 2018]; 8(2):.69-86. Disponible desde: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S012391552005000200006&script=sci_arttext&tlng
60. Rivera L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev. Salud Pública. [Internet] 2006 [citado 16 Mayo de 2018]; 8 (3):235-247. Disponible desde: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf
61. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGraw Hill; 2014.
62. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud, 6ta ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.

63. Sifuentes O. Satisfacción del usuario y la calidad del cuidado de Enfermería en los servicios de cirugía, Hospital Regional Docente de Trujillo. [tesis maestría]. Perú: Universidad de Trujillo; 2016. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1822/tesis>

ANEXOS

Anexo A.

Tabla N° 4: Características sociodemográficas de los pacientes que acuden al consultorio de cardiología en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-2018 (N=210).

Información de los pacientes	N	%
Total	210	100
Sexo		
Femenino	132	62,9
Masculino	78	37,1
Edad		
40 a 50	19	9,0
51 a 60	42	20,0
61 a 70	74	35,2
71 a 80	65	31,0
81 a 90	10	4,8
Estado Civil		
Soltero	20	9,5
Conviviente	39	18,6
Casado	99	47,1
Separado	17	8,1
Divorciado	2	1,0
Viudo	33	15,7
Grado de Instrucción		
Primaria incompleta	2	1,0
Primaria completa	91	43,3
Secundaria completa	90	42,9
Superior no universitaria	15	7,1
Superior Universitaria	12	5,7
Condición de la Ocupación		
Sin ocupación	103	49,0
Eventual	67	31,9
Trabajo Estable	26	12,4
Jubilado	14	6,7

Fuente: Pacientes con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima- 2018

Anexo B. Consentimiento



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación lleva como título: “Adherencia al tratamiento farmacológico y su relación con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial”, desarrollado por los egresados de enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener de la Facultad de Ciencias de la Salud.

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted nos pueda brindar, será manejada confidencialmente, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto, estará protegida. La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en dos cuestionarios, cuyo objetivo es: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Esta información será analizada por los egresados de Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con Maritza Cárdenas Huapaya y Gladys Machacuay Vilcatoma. (maritzacardenas0712@gmail.com/945449298-993853315).

DECLARACIÓN:

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE

.....
DNI

.....
FIRMA

Lima.....de.....de 2018

Firma de los investigadores

Maritza Cárdenas Huapaya
N° DNI: 09771443

Gladys Machacuay Vilcatoma
N° DNI: 40198130

Anexo C. Ficha de recolección de datos

EAP. ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN:

Estimados encuestados, la presente investigación necesita de su colaboración con respecto al tema "Adherencia al tratamiento farmacológico y su relación con la calidad de vida en pacientes hipertensos". Agradecemos anticipadamente tu participación respondiendo correctamente. La información es confidencial.

INSTRUCCIONES:

A continuación, encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico.

Marque por favor para cada ítem con una sola x en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular.

1.- Edad:	2.- Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	3.- Presión arterial máxima (Sistólica) mmHg:	4.- Grado de instrucción: <input type="checkbox"/> Sin Nivel <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior Universitaria <input type="checkbox"/> Superior no Universitaria
5.- Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	6.- Condición de la ocupación: <input type="checkbox"/> Trabajador Estable <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Sin Ocupación <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante	7.- ¿Toma medicamentos para la hipertensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles?	8.- Colesterol total (mg/dl)
9.- Fuma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10.- Es diabético <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	11.- Peso (Kg):	12.- Talla (Cm):

¿En qué año fue diagnosticada su enfermedad?

RCV: -----

Anexo D.

CUESTIONARIO MINICHAL

Instrucciones:

Marque con una X la opción que mejor corresponda a cada pregunta. No marcar más de 2 respuestas en cada pregunta.

	MINICHAL	No, en absoluto	Sí, algo	Sí, bastante	Sí, mucho
1	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?	0	1	2	3
2	¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?	0	1	2	3
3	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?	0	1	2	3
4	¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?	0	1	2	3
5	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?	0	1	2	3
6	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	0	1	2	3
7	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?	0	1	2	3
8	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?	0	1	2	3
9	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?	0	1	2	3
10	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	0	1	2	3
11	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?	0	1	2	3
12	¿Se le han hinchado los tobillos?	0	1	2	3
13	¿Ha notado que orina más a menudo?	0	1	2	3
14	¿Ha notado sequedad de boca?	0	1	2	3
15	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?	0	1	2	3
16	¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?	0	1	2	3

¿Diría usted que su hipertensión y el tratamiento de la misma afecta a su calidad de vida?

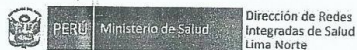
Anexo E.

TEST MORISKY-GREEN

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor corresponda a cada pregunta.

TEST DE MORISKY-GREEN		SÍ	NO
1	¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3	¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?		
4	¿Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?		
El paciente es considerado como adherente si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No y no adherente si responde al menos una en forma incorrecta.			

Anexo F. Autorización del Hospital Nacional Hipólito Unanue



NOTA INFORMATIVA N° 113 – 2018 – UADI – Agustino

A : Lic. Marcelino Auccasi Rojas
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ASUNTO : PROYECTO DE INVESTIGACION

FECHA : Agustino, 24 de julio del 2018

ATENCION: Lic. María Flores Céspedes
Jefa de Consultorios Externos




Por motivo del presente es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que con la finalidad de obtener el título de Licenciada de Enfermería se ha presentado la tesis titulada **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD EN PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, LIMA-2018”**; el cual ha sido revisado por el comité de ética e investigación.

Por lo expuesto solicito a usted, se brinde las facilidades a **CARDENAS HUAPAYA MARITZA de la U.N. WIENER** para proporcionar las facilidades para el desarrollo del proyecto **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD EN PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, LIMA-2018”** para desarrollar el Estudio de Investigación.

Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes referirle mi consideración y estima personal.

Atentamente.


Maritza Cardenas Huapaya
DNI.: 09771443


Gladys Hochocway Urcabona
DNI. 40192130