



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD E  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL HOSPITAL CLÍNICA GERIÁTRICA  
SAN ISIDRO LABRADOR 2021

PRESENTADO POR

MAYRA ARIANA FRANCO ZAPATA

ASESOR

JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD E  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**HOSPITAL CLÍNICA GERIÁTRICA SAN ISIDRO LABRADOR**

**2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA**

**PRESENTADO POR**

**MAYRA ARIANA FRANCO ZAPATA**

**ASESOR**

**DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

# ÍNDICE

	Págs
PORTADA	I
ÍNDICE	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	3
1.3 OBJETIVOS .....	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN .....	4
1.4.1 IMPORTANCIA.....	4
1.4.2 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD .....	5
1.5 LIMITACIONES .....	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
2.1 ANTECEDENTES .....	6
2.2 BASES TEÓRICAS.....	12
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	16
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....</b>	<b>18</b>
3.1 FORMULACIÓN .....	18
3.2 VARIABLES Y SU DEFINICIÓN OPERACIONAL .....	189
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....</b>	<b>21</b>
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO .....	21
4.2 DISEÑO MUESTRAL .....	21
4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	22
4.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	23
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>25</b>
<b>PRESUPUESTO.....</b>	<b>26</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>31</b>
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	
2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. Descripción de la situación problemática**

En el periodo de los años 2000 y 2050, la Organización Mundial de la Salud cree que la cantidad de los habitantes del mundo con una edad mayor de 60 años llegará a ser el doble que la actual, convirtiéndose así en el 11% al 22%. En total, las personas que tengan esta edad serían entre 605,000 000 a 2000,000 000 millones en solo mitad siglo. Además, la cantidad de adultos mayores de 80 años o más logrará cuadruplicarse hasta llegar los 395 millones <sup>(1)</sup>.

El envejecimiento de la población es motivo de gran preocupación y un problema de salud pública a nivel mundial, no solo por los aspectos económicos, sino que también involucra aspectos sociales y políticos, y con una mayor importancia en los países que están en vías de desarrollo, ya que en estos el gasto en salud comienza con habitantes menores de los 60 años.

Además, es conocido que el número total de casos de hipertensión arterial está muy relacionado con el envejecimiento de la población. A los 60 años que los vasos sanguíneos tienen una mayor rigidez, y ya no preservan la hipervascularidad sanguínea que pueden tener los vasos en los adultos jóvenes, lo cual estaría siendo subsanada por una mayor plasticidad de las paredes arteriales <sup>(2)</sup>. Lo anterior mencionado, no solo es importante en la patogenia de la enfermedad vascular, enfermedad coronaria y cerebrovascular; sino que también es causa de su incremento: los años vividos con discapacidad, el deterioro de la calidad de vida del adulto mayor hipertenso y/o los años que fueron perdidos de manera prematura por mortalidad.

La OMS tiene previsto que para el año 2050 la proporción de los adultos mayores dependientes, también se cuadruplicaría sobre todo en los países en vía de desarrollo <sup>(1)</sup>. Gran cantidad de adultos mayores de edades muy avanzadas pierden sus capacidades para poder vivir de manera independiente, esto debido a que tienen distintas condiciones como la fragilidad, que hace que pierdan movilidad, además de perder funciones cognitivas. En su gran mayoría necesitan de

programas de seguimiento y monitoreo a largo plazo, como visitas domiciliarias y soporte en las actividades de la vida diaria, algunos incluso, necesitarán de casas de reposo o asilos, debido a las largas estancias hospitalarias, por lo que se vuelve de mayor preocupación el llegar a la vejez con algún tipo de discapacidad y no solo el hecho de envejecer.

En el Perú, observamos que demográficamente nuestra pirámide poblacional está cambiando y envejeciendo. Si se observan las dinámicas, el número de la población de ancianos en el 2020, es de cuatro millones 140 mil. En los últimos años, se ha estudiado cómo la población de esta edad ha aumentado, en un 4.9%, mucho más incluso que la población total del país, que fue de 1.3%. Entre los meses de enero y marzo del presente año, el 43.9% de las viviendas tenían por lo menos un adulto mayor de 60 años o más. También se observó que, al evaluar a los adultos mayores de sexo femenino, esta población presentaba en un 82.3% alguna morbilidad crónica, y en el sexo masculino este porcentaje fue de 72.9%. De todo este sector, se evidenció que un 46.1% forman parte del total de la población peruana con alguna discapacidad. La población adulta mayor tiene una prevalencia de hipertensión arterial de un 31.3%, siendo un 40% parte de la población dentro de los quintiles I y II, los más pobres, además de ser la población con mayor número de casos de obesidad <sup>(3)</sup>.

En geriatría se realiza la valoración integral del adulto mayor, la cual mide tres aspectos principales. Primero, la capacidad funcional o grado de discapacidad; segundo, la satisfacción del paciente, y finalmente, la calidad de vida. Se han ido desarrollando diversos materiales e instrumentos que puedan captar estas dimensiones.

En la hipertensión arterial es un punto clave la calidad de vida del paciente y la adecuada valoración de la misma; aún más en los adultos mayores para quienes los tratamientos estarán directamente relacionadas a evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida, la cual se ve afectada debido a esta enfermedad <sup>(4)</sup>. Considerando también que incluso los efectos secundarios, y el tener que usar constantemente una medicación, puede desmejorar la sensación previa de bienestar <sup>(5)</sup>.

Se observa que en nuestro país la mayor cantidad de pacientes acude al consultorio con alguna complicación de la hipertensión arterial como los accidentes cerebrovasculares o ataques isquémicos que comprometen la funcionalidad y discapacidad, lo que altera su calidad de vida. <sup>(3)</sup>.

Es por ello que la medición de esta calidad de vida relacionada con la salud como un nuevo indicador, ha sido una innovación necesaria que se agregaría en la consulta médica <sup>(6)</sup>.

En el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, una de las primeras causas de morbilidad durante tres años consecutivos es la Hipertensión arterial. Se observa que algunos pacientes presentan una adecuada disposición al tratamiento en forma continua y ordenada. Otros no registran estas características, pues en su mayoría son pacientes ambulatorios, mientras que un grupo acude por complicaciones de la hipertensión arterial con secuelas de accidente cerebro vascular que compromete la funcionalidad y discapacidad, en el que se pretende brindar una Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más óptima o aceptable en estos pacientes.

De esta forma, una manera de evaluar el trabajo desempeñado en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, sería la incorporación de mejores decisiones médicas en pacientes con hipertensión arterial determinando inicialmente la Calidad de Vida relacionada a la Salud (CVRS); ya que, el papel de la medicina no solo debe ser el alargar la vida del paciente, sino que se debe tener, sobre todo, el poder brindar una mejor calidad de vida a nuestros adultos mayores.

## **1.1 Formulación del problema**

¿Cuál es la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador en los meses de enero a julio año 2021?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Describir cuál es la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador en los meses de enero a julio año 2021.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar las características demográficas del adulto mayor hipertenso en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador.

Identificar cómo está afectada la funcionalidad física y social en la calidad de vida del adulto mayor hipertenso en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador.

Identificar los efectos de las limitaciones físicas causadas por la hipertensión en la calidad de vida del adulto mayor hipertenso en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

Permite revisar aspectos teóricos relacionados con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial con la finalidad de determinar si estas premisas y conceptos guardan o no significativa relación con la realidad concerniente al Hospital Geriátrico San Isidro Labrador que servirán en la planificación y asignación de recursos en beneficio de este tipo de pacientes.

Los resultados de la investigación permitirán elaborar estrategias de fortalecimiento del autocuidado en beneficios de los pacientes hipertensos, que permitan el mejoramiento de la calidad de los pacientes en este nosocomio

La investigación proporcionará un instrumento de investigación que servirá de modelo para realizar estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en diversos tipos de pacientes que presenten una limitación física y funcional.



La importancia radica en que, al conocer la Calidad de Vida relacionada a la Salud en pacientes hipertensos, ayudaría a mejorar la comunicación entre el médico y su paciente. Ello haría más sencillo la identificación de otras comorbilidades o síndromes geriátricos, que tengan relación con la capacidad física, cognitiva o social que no habían sido identificados previamente en una consulta médica habitual. Asimismo, permitiría tener un mejor monitoreo y un control de los pacientes; para lograr prevenir las complicaciones secundarias de esta, como los accidentes cerebrovasculares y diferentes grados de discapacidad física y mental.

Así mismo se ha evidenciado que el aumento de los años de vida y de las patologías crónicas como la HTA, son un gran problema en Salud Pública, que propician que la monitorización clínica de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) de estos pacientes, se convierta en un indicador primordial en la consulta médica. La medida de la CVRS, brinda la información necesaria sobre el estado de salud de los pacientes hipertensos y permitirá cumplir con los objetivos de disminuir los años de vida con discapacidad. Asemás, ayudará con las decisiones en salud; siendo así, se considera que esta propuesta es de importancia y justifica su desarrollo.

#### **1.4.1 Viabilidad y factibilidad**

El proyecto es factible porque se encuentra con el recurso humano capacitado para la recolección de datos. Además, del recurso financiero suficiente el cual será asumido por el investigador en su totalidad. Por último, existe la infraestructura adecuada para la realización del proyecto y la aprobación social.

#### **1.5 Limitaciones**

El estudio es de tipo transversal por lo que no existirán problemas de seguimiento. Las encuestas serán realizadas por personal capacitado para evitar sesgos de información y cualquier influencia sobre los resultados. El tiempo y el presupuesto, serían inconvenientes para poder analizar a una población mayor por lo que permitirá solo resultados representativos a nivel local.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Jafar T et al., en 2020, realizaron una intervención que incluyó visitas domiciliarias por parte de trabajadores de salud comunitarios capacitados del gobierno para el monitoreo y asesoramiento de la presión arterial, capacitación de médicos y coordinación de la atención en el sector público. Se inscribieron un total de 2645 adultos con hipertensión. El resultado principal se basó en la disminución de la presión arterial sistólica a los 24 meses. El seguimiento se completó para más del 90% de los participantes. El control de la presión arterial (<140/90 mm Hg) se logró en el 53.2% de los participantes en el grupo de intervención, en comparación con el 43.7% de los del grupo que no recibió la intervención. Se obtuvo que la mortalidad en general fue 2,9% en el grupo de intervención y del 4,3% en el grupo control. Se concluyó que las comunidades rurales de Bangladesh, Pakistán y Sri Lanka, que fueron sometidas a una intervención multicomponente, condujo a una mayor disminución de la presión arterial, que la atención de rutina entre los adultos con hipertensión <sup>(7)</sup>.

Brunström M et al., en 2020, mencionaron que la presión sistólica elevada es un riesgo importante de que exista discapacidad. Además de ser un factor predominante para una muerte temprana en todo el mundo. Se evidenció preocupación porque aún la detección y las tasas de control de personas con hipertensión arterial, son subóptimas. En su estudio, tuvieron como objetivo evaluar la asociación de la educación y la retroalimentación a los médicos de atención primaria con las tasas de control de la hipertensión y la PAS a nivel poblacional. Un total de 136 541 participantes en el condado de intervención se compararon con 146 538; 58.3% mujeres; promedio de inclusión fue de 144/80 mmHg en el control. El control de la hipertensión mejoró en 8.4 puntos porcentuales, y el control se logró en el 37.8% de los participantes en el condado de intervención en comparación con el 29.4% en el condado de control (odds ratio ajustado, 1.30; IC 95%, 1.29-1.31). Las diferencias entre los condados aumentaron durante el período de intervención

y fueron más pronunciadas en los participantes con mayor PAS. Los resultados fueron consistentes en todos los subgrupos. Los incentivos financieros individuales, dieron como resultado un mayor control de la presión arterial, pero ninguno de los incentivos logró un mayor uso de medicamentos recomendados por las guías <sup>(8)</sup>.

Liang Z et al., en 2019, publicaron un estudio comparando la calidad de vida relacionada a la salud entre hombres y mujeres de la comunidad rural en Jiangsu, China. En este estudio se demostró que los pacientes con hipertensión arterial tenían una calidad de vida relacionada a la salud menor que en estudios previos y fue significativo. Esta fue asociada con el género, la edad, la formación académica, tabaquismo, duración de la enfermedad y la presencia de otra comorbilidad. Concluyeron que es necesario un mejor abordaje de esta enfermedad, y considerar a las personas con más factores de riesgo <sup>(9)</sup>.

Riley E et al., en el 2019, publicaron un estudio cuyo objetivo principal fue determinar si la calidad de vida relacionada a la salud estaba asociada con la presencia de hipertensión arterial en la población hispana de los Estado Unidos, además de determinar factores relacionados a esta. Es importante determinar la afectación física y mental de esta enfermedad, las cuales se vieron ambas afectadas negativamente. Se encontró también que la calidad de vida de las mujeres tenía puntajes menores que la de los varones. El estudio determinó que son necesarias más investigaciones debido al aumento de la incidencia de hipertensión en los Estados Unidos. Se expresó el deseo de conocer mejor a las poblaciones vulnerables para crear intervenciones multidisciplinarios y mejorar la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas <sup>(10)</sup>.

Arija V et al., en 2018, realizaron un estudio en España en el cual deseaban observar si el control de la presión arterial tendría o no algún impacto con la presencia de actividad física, y una buena calidad de vida. Este estudio fue un ensayo clínico aleatorizado que incluyó un programa de actividad física de 9 meses, e incluía una caminata 120 min por semana, supervisado y con actividades socioculturales. Participaron 207 sujetos hipertensos, en los cuales evaluó la dieta, el riesgo de un accidente cerebrovascular, la presión arterial, el índice de masa corporal, el tabaquismo y la calidad de vida relacionada a la salud con el cuestionario SF-36, los cuales fueron evaluados al inicio y al final de la intervención.

Se observó que hubo mejoras sobre todo en los dominios de la función física. También se evidenció mejoría en la salud general y el dolor corporal <sup>(11)</sup>.

Ye R, et al., en 2018, desarrollaron una revisión sistemática y meta análisis de la calidad de vida relacionada la salud de la hipertensión arterial en China, en el cual vieron que en 27 casos existían importantes diferencias para los ocho dominios del cuestionario de calidad de vida, entre los grupos hipertensos y normotensos en ocho estudios, que indicó puntuaciones más bajas en hipertensos. En solo 13 estudios, las diferencias fueron registradas para la mayoría de los dominios, pero en uno de ellos, las diferencias se encontraron solo para función física y dolor corporal. La mayoría de los estudios determinaron que características como la edad, sexo, nivel de educación y un adecuado control de la presión arterial, influyen negativamente en la calidad de vida. Por ello recomiendan orientar al personal de salud a un mejor abordaje de la función física y mental, y que este tome una mayor importancia en los factores que influyen en las probables complicaciones de esta enfermedad <sup>(12)</sup>.

Hee N et al., en 2017, decidió estudiar si es que la adherencia médica y la alfabetización sanitaria influye de manera importante en la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con hipertensión, y si es que los adultos mayores con mejor adherencia a la medicación y mayor conocimiento sobre salud, tienen una mejor calidad de vida. Este fue un estudio descriptivo transversal, en el cual se observó que el cumplimiento de la medicación y la alfabetización en salud fueron factores importantes relacionados con la salud y la calidad de vida. Estos hallazgos resultan ser útiles para desarrollar programas de intervención de salud comunitaria efectivos para satisfacer las necesidades de la población vulnerable y promover un control eficaz de la presión arterial y manejo de enfermedad. Promover una buena calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores vulnerables, ejercicio, salud subjetiva <sup>(13)</sup>.

Muntner P et al., en 2018, hicieron un estudio para determinar la prevalencia de la hipertensión, las implicaciones de las recomendaciones para la medicación antihipertensiva y la prevalencia de la PA por encima del objetivo del tratamiento entre los adultos de EE. UU. Utilizaron los criterios de la guía ACC / AHA 2017. La prevalencia de hipertensión entre los adultos de EE. UU fue del 45,6% y se

recomendó medicación antihipertensiva para 36.5% de adultos. Se recomienda una intervención no farmacológica para el 9.4% de los adultos estadounidenses con hipertensión que no están recomendados para la medicación antihipertensiva de acuerdo con la guía ACC / AHA 2017. En comparación con la guía JNC7, la guía ACC / AHA 2017 da como resultado un aumento sustancial en la prevalencia de hipertensión, un pequeño aumento en el porcentaje de adultos estadounidenses recomendados para medicamentos antihipertensivos y una disminución más intensiva de la PA en muchos adultos que toman medicamentos antihipertensivos (14).

He J et al., en 2017, estudiaron si es que una intervención multicomponente dirigida por personal de salud comunitario, mejoraría los valores de la presión arterial en pacientes con hipertensión de bajos ingresos. Realizaron intervenciones en 9 centros con 743 pacientes que fueron asignados al azar la participación multicomponente. Esta incluía una atención domiciliar dirigida por un trabajador de salud comunitario, una médica y una de mensajes de texto para mayores de 18 años. Se obtuvo como conclusión y se vio como relevante que los pacientes de bajos ingresos en Argentina con hipertensión no controlada que participaron lograron disminuir la presión sistólica y diastólica. Indudablemente, este modelo multicomponente mejoró la calidad de vida de los participantes que redujeron los valores de presión arterial (15).

Fernández L et al., en 2007, en su estudio refieren que el 70% de pacientes que recibe tratamiento antihipertensivo, no llega a tener valores aceptables de presión arterial. Este tuvo como principal objetivo evidenciar la diferencia del impacto de diversas medidas que se usaron para la adecuada formación de pacientes hipertensos, y un grupo control cual manejaría de manera independiente la medicación, peso y la calidad de vida de los mismos. El tipo de estudio fue un ensayo clínico aleatorizado, con 520 pacientes, los cuales fueron divididos entre aquellos que recibían intervención educativa, los que contaban con información de manera estricta y un tercer grupo control. Se incluyeron las variables de mayor importancia para el antecedente de: conocimiento sobre la enfermedad y calidad de vida. Como resultado se obtuvo que tuvieron una disminución significativa de los niveles de presión arterial aquellos pacientes del grupo de la intervención educativa. Este grupo también obtuvo un mejor cumplimiento terapéutico y mejores

conocimientos. Se observó también que la mayor cantidad de pacientes estudiados estuvieron muy satisfechos con la calidad de atención del personal de salud en los diferentes aspectos en los que se realizó la intervención <sup>(16)</sup>.

Vinaccia et al., en 2007, en Colombia estudiaron como objetivo principal, determinar las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud. Realizaron su estudio en un total de 282 pacientes hipertensos, a los cuales se le aplicó el cuestionario calidad de vida relacionada a la salud en hipertensión arterial. Se obtuvo como resultados que estos pacientes evidenciaban una desmejora de su calidad de vida y que también veían influenciado negativamente su estado de ánimo, incluso llegando a manifestarse de manera somática <sup>(17)</sup>.

Tuesca et al., en 2007, realizaron un estudio en España, refiriendo que en los últimos 10 años se evidenció una mejora de los niveles y manejo de la presión arterial, que a su vez se veía reflejada en la disminución de la patología y la mortalidad por causas cardiovasculares. Como principal objetivo, se fijaron el poder determinar los factores que estuvieran relacionados con el adecuado o el mal manejo de la presión arterial, esto fue analizado en hipertensos de ambos sexos con medicación para la patología. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. Con una población total de 1461 hipertensos, de los cuales se obtuvieron sus características. Como conclusión del estudio, los factores que se ven mejor relacionados con el adecuado manejo de la presión arterial en los hombres fueron el vivir en un área rural, tener como estado civil: soltero, y el realizar algún tipo de actividad física. Y en las mujeres se vio relacionado con el consumir alcohol de manera moderada <sup>(18)</sup>.

Diversos autores han publicado artículos científicos sobre adultos mayores con hipertensión arterial; pero con respecto a la Calidad de Vida relacionada a la salud en este tipo de pacientes no son muy frecuentes; sin embargo, se ha logrado hallar los siguientes antecedentes del exterior.

Hay muchas publicaciones sobre la calidad de vida, algunas refieren que esta debe estar de acuerdo con las necesidades humanas, en el ámbito psicológico, social, la vida laboral, estado civil, e incluso económico. De esta manera, se han creado múltiples herramientas para medir la calidad de vida, teniendo en cuenta diversos indicadores como la salud en sí, las relaciones familiares, satisfacción en el trabajo,

religión, además de también involucrar en el ámbito médico los tratamientos, la función física, cognitiva y social <sup>(19)</sup>.

Villareal-Zegarra D et al., en 2020, en Perú publicó un estudio sobre las tendencias a corto plazo en la prevalencia, sensibilización, tratamiento, y control de personas hipertensas. Este fue análisis transversal pues utilizó datos secundarios (4 años) de la Demografía y Encuesta de Salud del Perú (ENDES), que se realiza anualmente y es representativa a nivel de país. Se incluyeron un total de 109,401 participantes en los años del 2015 al 2018, la prevalencia estandarizada por edad de hipertensión aumentó, mientras que la proporción de personas con conciencia de la enfermedad e hipertensión controlada disminuyeron. Además, se observó que las personas de bajo nivel socioeconómico y personas que viven en zonas rurales áreas tienen la proporción más baja de conciencia de la enfermedad, tratamiento y control de la hipertensión. Como conclusión llegan a que deberían establecerse políticas e intervenciones de salud para reducir la prevalencia y aumentar la proporción de conciencia, tratamiento y control de la hipertensión, ya que es un problema de salud pública para el Perú <sup>(20)</sup>. También sugieren que estas estrategias deben tener un apoyo emocional componente para personas recién diagnosticadas, porque hay evidencia de que las personas que reciben un diagnóstico de hipertensión tienen el doble de probabilidades de tener síntomas depresivos, en comparación con personas sin hipertensión o hipertensión sin conciencia de la enfermedad <sup>(21)</sup>.

Hernández-Vásquez A, et al., describió en el 2019 el impacto que tendría en modificar el umbral para diagnosticar hipertensión arterial de acuerdo a las Guías ACC/AHA 2017 para poder aplicarla en Perú. Se evidenció que el número de casos de hipertensión arterial tendría un incremento en los 24 departamentos del país, presentándose de manera más frecuente en los departamentos de Tacna, Ica y Lima Metropolitana. Esto afectaría la salud mental de las personas, aumentando el riesgo de ansiedad y depresión. Además de afectar económicamente a las familias por aumentar el gasto de bolsillo en salud. Estas afectarían directamente a la carga de enfermedad relacionada a la patología, tanto de manera individual como a nivel comunitario. Además, en el sector económico en salud implicaría un aumento de costo en medicamentos antihipertensivos por el aumento de la prescripción de la

misma. Concluyeron que en Perú se tiene la necesidad de aumentar los recursos necesarios para la prevención primaria, tratamiento y seguimiento <sup>(22)</sup>.

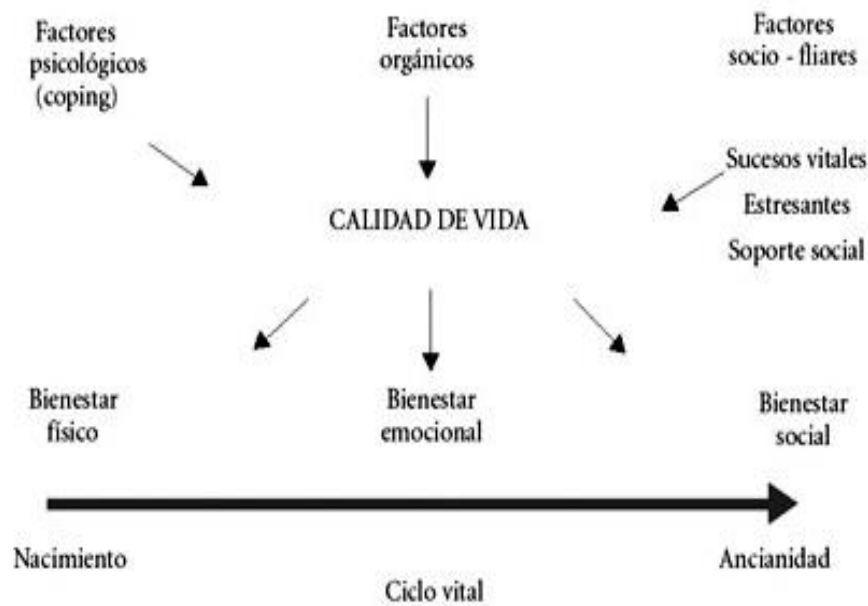
## **2.2 Bases teóricas**

### **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

En los últimos diez años la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en una importante medida del impacto en los servicios médicos. Mientras se conoce más opiniones entre los trabajadores de la salud de que la medicina tradicional no es suficiente para poder tener una versión apropiada de qué impacto se logra con la atención en intervención de esta, junto con otras características que traen los problemas de la salud, el que se desarrollen constantemente nuevos fármacos y nuevas tecnologías en salud, han hecho que se tome más interés en el concepto y en el poder medir la calidad de vida relacionada a la salud. Entonces, se afirma, que la atención ya no solo estará basada en cuanto tiempo vives, sino, en la calidad de vida estas teniendo. Es muy importante en este nuevo siglo, cómo se siente paciente, que exista un ambiente cómodo, una buena relación médico paciente. Sin embargo, se ha observado que la respuesta de los síntomas o la supervivencia ya no son indicadores de que el paciente este llevando un buen y adecuado tratamiento, sobre todo en las enfermedades crónicas, en los cuales deberíamos buscar que el paciente preserve su funcionalidad física, cognitiva y social. El principal objetivo de utilizar cuestionarios y de medir la calidad de vida relacionada a la salud, se basa en poder evaluar de una manera más integral al paciente, y poder prevenir futuros riesgos. La salud comprende diversos ámbitos y estos van mejorando y van siendo mejor valorados conforme pasa el tiempo. La calidad de vida relacionada a la salud abarca todos los elementos que hacen a una persona un ser integral, y aparta los que existen de manera independiente de ella, aun estos puedan tener interacción.

Tradicionalmente, la evaluación del estado de salud de los individuos se ha basado en métodos objetivos sustentados en examen físico, la anamnesis y exámenes complementarios, estos eran clasificados como confiables y sobre todo cuantificables. Y también existían otros métodos basados en la percepción subjetiva, los cuales no eran tan fiables y mucho menos cuantificables <sup>(23)</sup>.





### **Cuestionario de calidad de vida SF-36**

El cuestionario de calidad de vida relacionado a la salud SF-36 nos brinda una herramienta exhaustiva, útil y psicométricamente fuerte para medir la salud desde el punto de vista del paciente. Se registra un puntaje a las respuestas estandarizadas de preguntas estandarizadas. Este instrumento se formó a partir de una extensa batería de cuestionarios del Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study: MOS) <sup>(24)</sup>.

El SF-36 ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente. A través del proyecto Evaluación internacional de la calidad de vida (International Quality of Life Assessment: IQOLA) se obtuvo la versión española, la cual presenta niveles adecuados de validez y fiabilidad. Además, ha sido diseñado para poder administrarse de diferentes maneras; auto administrado, por teléfono, o durante una entrevista cara a cara con personas mayores de 14 años.

La encuesta sobre medida de salud SF-36 es el instrumento más extensamente usado en encuestas sobre CVRS de los Estados Unidos, abarca 36 preguntas donde determina 8 conceptos de la salud usando en 35 preguntas: funcionalidad física (10 preguntas), limitaciones del rol causadas por los problemas de salud

físicos (4 preguntas), limitaciones del rol causadas por los problemas emocionales (3 preguntas), funcionalidad social (2 preguntas), bienestar emocional (5 preguntas), energía y fatiga (4 preguntas), dolor (2 preguntas) y percepción general de la salud (5 preguntas). Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud <sup>(25, 26)</sup>.

### **Definición y normas de hipertensión arterial en el adulto mayor**

La hipertensión es un problema común en los adultos mayores, con una prevalencia tan alta como 70 a más del 80 por ciento <sup>(5)</sup>. En los Estados Unidos, por ejemplo, la hipertensión se define como una presión sistólica  $\geq 130$  mmHg y/o presión diastólica  $\geq 80$  mmHg en 76 por ciento de los adultos de 65 a 74 años y 82 por ciento de los adultos de 75 años o más que fueron participantes en la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) <sup>(27)</sup>.

Los objetivos de presión arterial pueden no ser fáciles de alcanzar en adultos mayores, particularmente en aquellos con una presión sistólica basal mayor de 160 mmHg. Si tener una presión arterial objetivo resulta difícil o demasiado oneroso para tales pacientes, la presión sistólica que se logra con dos o tres agentes antihipertensivos, una vez que se tiene la terapia máximamente tolerada y los valores de presión arterial, siguen siendo subóptimos, los esfuerzos adicionales para involucrar a los adultos mayores en un cambio de estilo de vida saludable.

### **Hipertensión sistólica aislada**

Definida como la presión sistólica superior a 160mmHg, con una presión arterial diastólica inferior a 90mmHg <sup>(28)</sup>. Sin embargo, utilizando las definiciones de la Guía de Presión Arterial de la American Heart Association / American Heart Association 2017 <sup>(5)</sup>, una presión sistólica de 130 mmHg es el límite superior de lo normal en todas las edades.

La presión sistólica aislada ocurre principalmente en pacientes mayores. Los datos del Framingham Heart Study y el National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demostró que la presión sistólica tiende a aumentar y la diastólica a bajar en hipertensos normotensos y no tratados después de los 60 años. y que

esta representa 60 al 80 por ciento de los casos de hipertensión en adultos mayores (29).

### **Diagnóstico de hipertensión arterial**

Para el diagnóstico adecuado de la Hipertensión Arterial (HTA), es primordial conocer las técnicas y medidas apropiadas para poder medir la presión arterial, tanto como el personal que realiza la medición, el instrumental, el ambiente adecuado y que el paciente tenga las condiciones adecuadas. En los adultos mayores cuyas arterias puedan estar con algún nivel de esclerosis, puede hacer que se sobrestime la medición, considerándose una pseudo-hipertensión. Se debe registrar la PA acostado, de pie y sentado si es que queremos detectar hipotensión ortostática. Es común en los adultos mayores que debido a la disminución de la sensibilidad de los barorreflejos, puede existir gran variabilidad, sobre todo relacionada a un mayor estado de alerta al momento de la toma de la PA.

En los adultos mayores con fragilidad severa, demencia y / o una esperanza de vida limitada o en pacientes no ambulatorios o institucionalizados (por ejemplo, que residen en un centro de enfermería especializada), se individualizan los objetivos y se comparte la toma de decisiones con el paciente, los familiares y los cuidadores. En lugar de apuntar a uno de los objetivos de presión arterial mencionados anteriormente, se sugiere una meta no tan agresiva.

### **Calidad de vida e hipertensión arterial**

El paciente hipertenso, suele no tener síntomas, y si es que no lo manifiesta, en su mayoría no tiene una percepción adecuada de su enfermedad. Cuando comienzan a recibir un tratamiento, además de ya tener conciencia de la enfermedad, estos pueden tener reacciones adversas a la medicación lo que explica muchas veces por qué abandonan los tratamientos. Esta es una situación que produce molestias subjetivas que tienden a disminuir la calidad de vida.

La calidad de vida no es un concepto de fácil definición. Para poder ver su importancia y valor, se deben tener en cuenta diversos aspectos de la vida del paciente. Agrupa términos que de manera integral van a abordar las capacidades y limitaciones, los síntomas y aspectos sociales y psicológicos que son importantes para que el individuo se sienta satisfecho con su vida. No basta para medirla, el ver

si los antihipertensivos están controlando la presión o si no se han presentado efectos secundarios de la misma, sino también cómo el paciente percibe su vida desde su diagnóstico.

### **Deterioro cognitivo**

Como resultado del envejecimiento de la población en todo el mundo, la prevalencia e incidencia de demencia se encuentran en rápido crecimiento. La HTA parece predisponer al desarrollo de deterioro cognitivo y en un período variable, desde años a décadas, la evolución posterior hacia la demencia <sup>(20)</sup>.

El análisis de una posible asociación entre HTA y demencia ha planteado un gran desafío, el de intentar demostrar una causalidad entre tratamiento antihipertensivo y progresión a demencia en hipertensos mayores. También nos presenta una encrucijada, debido a la confusión que existe alrededor de la información disponible hasta la actualidad. La evaluación de la terapéutica antihipertensiva y la función cognitiva y demencia será el motivo de análisis de los próximos años de estudios como el HYVET (Hipertensión in the very elderly) <sup>(30)</sup>, y el DEPHY <sup>(31)</sup>. (Dementia prevention in Hypertension) entre otros.

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Calidad de vida:** Es definida por la OMS como la manera que una persona percibe su posición sobre la vida, de acorde a su cultura y valores, y en relación con lo que desea lograr y lo que le inquieta. Una definición amplia influida por la salud física, psicológica, su independencia, vida social, y la relación con su entorno.

**Función física:** La capacidad de realizar actividades de la vida diaria, a esfuerzos moderados e intensos. Se evidenciará si la salud influye en estas de manera positiva o negativa.

**Rol físico:** El nivel en el que la función física interfiere en las actividades de la vida diaria, si es que influye en el desarrollo de las mismas o si existe alguna limitación.

**Dolor corporal:** El tener un dolor y si este limita alguna capacidad funcional, su intensidad y si influye en su estado anímico.

**Salud:** Define a cómo el sujeto valora su salud de manera personal y la perspectiva de cómo irá en los próximos años.

**Vitalidad:** Qué tanta energía y vitalidad tiene el paciente, frente a la sensación de cansancio o agotamiento.

**Función social:** Si es que los problemas de la salud interfieren en la vida social del paciente.

**Rol emocional:** Cómo las emociones y sentimientos influyen en las actividades de la vida diaria y si afecta o no la funcionalidad del paciente, así mismo como su estado anímico.

**Salud mental:** En general, abarca los problemas de depresión, la ansiedad, control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo o negativo de la misma en la funcionalidad del paciente.

**Hipertensión arterial:** Patología clínica caracterizada por un aumento de la presión arterial mayor de 140/90mmHg.

**Adulto mayor:** Definido por la OMS como las personas mayores de 65 o más años de edad, usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos.

**Secuela de hipertensión arterial:** Eventos que derivan de una hipertensión arterial no controlada, básicamente secuelas cerebro-vasculares como Accidente Cerebro vascular (ACV), que compromete la función motora, psíquica, e intelectual del paciente.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación

El proyecto de investigación por ser descriptivo, no requiere hipótesis.

### 3.2 Variables y su definición operacional

#### Variable independiente:

Adulto mayor con hipertensión arterial

Sexo.

Edad.

Estado civil.

Grado de instrucción.

Ocupación.

Procedencia

Peso

Talla

Ejercicio en tiempo libre

Tratamiento antihipertensivo

#### Variable dependiente:

Calidad de vida relacionada con la salud

Función Física (PF).

Rol físico (RP).

Dolor corporal (BP).

Salud general (GH).

Vitalidad (VI).

Función social (SF)

Salud mental (MH)

Variables	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Edad	Edad en años del paciente	Cuantitativa	Años	Ordinal	---	Ficha de datos
Sexo	Sexo del paciente	Cualitativa	Género	Nominal	Masculino Femenino	Ficha de datos
Estado civil	Estado civil del paciente	Cualitativa	Estado civil	Nominal	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado	Ficha de datos
Grado de instrucción	Grado de instrucción del paciente	Cualitativa	Nivel de instrucción	Nominal	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico incompleta Técnico completa Superior incompleta Superior completa	Ficha de datos
Lugar de procedencia	Lugar donde reside	Cualitativa	Lugar donde reside	Nominal	Rural Urbano	Ficha de datos
Ocupación	Que realizó en su juventud	Cualitativa	ocupación	Nominal	---	Ficha de datos
Talla	Talla en centímetros	cuantitativa	talla	continua	---	Ficha de datos
Peso	Peso en kg	cuantitativa	talla	continua	---	Ficha de datos
Ejercicio en tiempo libre	Si realiza actividad en su tiempo libre	cualitativa	Ejercicio en tiempo libre	nominal	Si No	Ficha de datos
		cualitativa		nominal	Sin tratamiento	Ficha de datos

Tratamiento antihipertensivo	Presencia de tratamiento antihipertensivo		Tratamiento antihipertensivo		Un solo medicamento	
					Más de un medicamento ----	

Variables	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Calidad de vida relacionada con la Salud	Cómo el paciente percibe su calidad de vida	Cualitativa	Y1 Función Física	Ordinal	----	Ficha de datos
			Y2 Rol físico			
			Y3 Dolor corporal			
			Y4 Salud General			
			Y5 Vitalidad			
			Y6 Función social			
			Y7 Rol emocional			
			Y8 Salud Mental			



## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

La siguiente investigación es de corte transversal, descriptiva y prospectiva. Además, tendrá un enfoque cuantitativo porque se realizarán cuestionarios al momento de la investigación con la finalidad de tener información sobre los múltiples factores relacionados a la salud que influyen en la calidad de vida en Salud del adulto mayor hipertenso en el Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador. La investigación propuesta es de tipo aplicada.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Todos los pacientes adultos mayores de 60 años que fueron hospitalizados y tengan diagnóstico de hipertensión arterial, en Lima – Perú.

#### **Población de estudio**

Todos los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

#### **Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión**

Paciente adulto mayor con hipertensión arterial que recibe atención en el Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

Adulto mayor con hipertensión arterial que acepten participar y que hayan firmado el consentimiento informado para resolver el cuestionario.

##### **Criterios de exclusión**

Adulto mayor con HTA, que presenten limitaciones en la comprensión y/o mal uso de la lengua castellana.

Pacientes con dependencia total.

Los que presentan alteración cognitiva severa.

Con hipoacusia severa, ceguera.

Aquellos con cuadros de enfermedad aguda activa, o inestabilidad hemodinámica.

### **Tamaño de la muestra**

Todos los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, en los meses de enero a junio del 2021.

### **Muestreo**

Muestreo consecutivo, no probabilístico intencional. Al ser un estudio exhaustivo no requerirá la utilización de muestra.

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

Se realizará el proceso de recolección de datos mediante la aplicación de un cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud SF-36, el cual será aplicado por el investigador de manera aleatoria en los pacientes que se atiendan en el Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador en el mes de junio del 2021.

### **Instrumentos de recolección y medición de variables**

El instrumento autoadministrado utilizado en este estudio constará de una ficha de recolección de datos anónima, donde se tomará información sobre sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia; y el cuestionario de calidad de vida relacionado con a la salud SF-36, en la versión castellana traducido y validado en España por Alonso et al, en 1995 cuestionario con 36 ítems que califica 8 áreas del estado de salud general: función física, rol físico, dolor corporal, percepción de la salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Para cada parámetro se extrajeron las puntuaciones, se codificaron, se sumaron y se transformaron en una escala continua de 0 a 100; una mayor puntuación indicaba un mejor estado de salud.

## **Ficha de Datos**

Se confeccionó una Ficha de Datos como protocolo para la recuperación de información respecto a las variables intervinientes y fue estructurada específicamente para cumplir con los objetivos propuestos.

## **Cuestionario SF – 36 modificado**

### **Parámetros**

Función Física (PF).

Rol físico (RP).

Dolor corporal (BP).

Salud general (GH).

Vitalidad (VI).

Función social (SF).

Salud mental (MH).

## **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Los datos recolectados serán ordenados y tabulados bajo un sistema computarizado, empleando el paquete estadístico SPSS. Con el fin de realizar el análisis descriptivo, se calcularán las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar de las características de la muestra y del cuestionario SF-36; así mismo utilizaremos el Programa Excel para la estructuración de las tablas estadísticas.

Los resultados serán considerados estadísticamente significativos, si  $p < 0.05$ , para comprobar estas significancias nos apoyamos en el Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) y el coeficiente de correlación de contingencia (prueba exacta de Fisher) luego se aplicarán una regresión logística de las variables significativas. Lo que permitirá evaluar la relación entre las variables principales y la calidad de vida de los pacientes, pudiendo así determinar cuáles son los factores relacionados a la hipertensión arterial que se ven más afectados.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Este trabajo contará con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de San Martín de Porres y con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

Como investigador principal se aceptará la responsabilidad de realizar este estudio de acuerdo a lo consignado en el reglamento del Comité de Ética del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

Del mismo modo, los participantes que acepten participar en el estudio firmarán un consentimiento informado en el cual se les informará la finalidad del siguiente estudio.

## CRONOGRAMA

Fases	2020			2021				
	julio	agosto	setiembre	enero	junio	agosto	setiembre	octubre
Redacción final del plan de tesis	X	X						
Aprobación del plan de tesis		X	X					
Recolección de datos			X	X				
Procesamiento y análisis de datos					X			
Elaboración del informe						X		
Revisión y aprobación de la tesis						X	X	
Sustentación								X
Publicación del artículo científico								X

## PRESUPUESTO

Para las necesidades del desarrollo del proyecto, el recurso financiero será asumido por el investigador en su totalidad.

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado (soles)</b>
<b>Material de escritorio</b>	620.00
<b>Adquisición de software</b>	800.00
<b>Internet</b>	100.00
<b>Impresiones</b>	500.00
<b>Logística</b>	500.00
<b>Traslados</b>	1000.00
<b>TOTAL</b>	<b>3520.00</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida, 2016. Encontrado en: [http://www.who.int/ageing/about/ageing\\_life\\_course/es/](http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/es/)
2. McDonough Jr, Hames CG, Garrison GE, et al. The relationship to cardiovascular states of health in the negro and white population of Evans County, Georgia. J Chronic Dis. 1965;18:243.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor – Informe técnico. No 2 Junio 2020. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>
4. Régulo C. Epidemiology of arterial hipertensión in Peru. Acta Med Per. 23(2) 2006.
5. Gil V, Esparcia A, Merino J. Calidad de vida en el hipertenso y factores que la determinan. Hipertension, Vol 18 (3),2001. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 04/04/2016.
6. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. Annals of Internal Medicine 1993; 118(8):622-62
7. Jafar TH, Gandhi M, de Silva HA et al -A Community-Based Intervention for Managing Hypertension in Rural South Asia. N Engl J Med. 2020;382(8):717.
8. Brunström M, Ng N, Dahlström J et al. Association of Physician Education and Feedback on Hypertension Management With Patient Blood Pressure and Hypertension Control. JAMA Netw Open. 2020;3(1):e1918625. Epub 2020 Jan 3.
9. Liang Z, et al. Health-related quality of life among rural men and women with hypertension: assessment by the EQ-5D-5L in Jiangsu, China. 2019. Quality of Life Research. Springer Nature Switzerland AG Disponible en : <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02139-3>
10. Riley E, et al. Hypertension and Health-Related Quality of Life (HRQoL): Evidence from the US Hispanic Population. Clin Drug Investig 39, 899–908 (2019). <https://doi.org/10.1007/s40261-019-00814-4>

11. Arijia V, et al. Physical activity, cardiovascular health, quality of life and blood pressure control in hypertensive subjects: randomized clinical trial. Health and quality of life outcomes. s (2018) 16:184. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1008-6>
12. Ye R, et al. Health-related quality of life of hypertension in China: a systematic review and meta-analysis. 2018 Italian Federation of Cardiology. DOI:10.2459/JCM.0000000000000678
13. Park NH, Song MS, Shin SY, Jeong J-H, Lee HY. The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *Int J Older People Nurs.* 2018;e12196. <https://doi.org/10.1111/opn.12196>
14. Muntner P, Carey RM, et al. Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. *Circulation.* 2018;137(2):109. Epub 2017 Nov 13.
15. He J, Irazola V, Mills KT et al. Effect of a Community Health Worker-Led Multicomponent Intervention on Blood Pressure Control in Low-Income Patients in Argentina: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2017;318(11):1016.
16. Fernández L, Guerrero L, Gutiérrez J, Estrada D Programa de intervención mixta sobre el cumplimiento y Calidad de Vida en pacientes hipertensos. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefro* 2007. I; 10(2): 1-11, Madrid España
17. Vinaccia S, Quiceno JM, Gómez A, Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Rev. Diversitas. Perspectivas en Psicología; España* 3(2): 203-211
18. Tuesca R, Guayar P, Banegas JR, Graciani A (2006) Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *Rev. Española de Salud Pública;* 80(3): 233-242.
19. Tirzo Serrano A, Ramírez E, Diez P, Orduña A, Serrano M et al. Evaluación de la calidad de vida en personas con osteoporosis tratadas en el Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia (CNR-O), *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación;* 13: 14-20, 2001.
20. Villarreal-Zegarra D, et al . A. Short-term trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of arterial hypertension in Peru [published



- online ahead of print, 2020 Jun 9]. J Hum Hypertens. 2020;10.1038/s41371-020-0361-1. doi:10.1038/s41371-020-0361
21. Villarreal-Zegarra D, et al. Association between arterial hypertension and depressive symptoms: Results from population-based surveys in Peru. Asia-Pac Psychiatry. 2020;12: e12385.
  22. Hernández-Vásquez A, et al ¿Qué representa cambiar el umbral diagnóstico de la hipertensión arterial? Guías ACC/AHA 2017 y su aplicación en Perú [Changes in the prevalence of hypertension in Peru using the new guideline of the American College of Cardiology]. Rev Med Chil. 2019;147(5):545-556. doi:10.4067/S0034-98872019000500545
  23. Marcel P. et al Individualization in Quality of Life Measurement: Instruments and Approaches. Arch Phys Med Rehabil. Annals of Internal Medicine 84(2): 3 – 14
  24. Medical Outcomes Trust Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Boston 1996.
  25. Gauthier-Gagnon C, et al Prosthetic profile of the amputee questionnaire: Validity and reliability. Arch Phys Med Rehabil Vol 75, December 1994: 1309-1314
  26. Ron D. Hays et al Use of the SF-36 and Other Health-Related Quality of Life Measures to Assess Persons With Disabilities. Arch Phys Med Rehabil . 2002 83( 2) : 4-9
  27. Muntner P, et al. Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. Circulation. 2018;137(2):109. Epub 2017 Nov 13.
  28. Staessen JA, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. Lancet 2000; 355:865.
  29. Franklin SS, et al. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. Hypertension 2001; 37:869.
  30. Nigel S. Beckett, M.B., et al. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. N Engl J Med 2008; 358:1887-1898

31. Ferri CP, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503): 2112-2117. doi:10.1016/S0140-6736(05)67889.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Cuál es la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador en los meses de enero a julio año 2021?	<p>Objetivo general</p> <p>Describir cuál es la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor con hipertensión arterial en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador en los meses de enero a julio año 2021.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>El Plan de Tesis por ser descriptivo, no requiere hipótesis.</p>	<p>La siguiente investigación es de corte transversal, descriptiva y prospectiva.</p>	<p>Todos los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador. Se realizará el proceso de recolección de datos mediante la aplicación de un cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud SF-36, el cual será aplicado por el investigador de manera aleatoria en los pacientes que se atiendan en el Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador en el mes de junio del 2021.</p>	<p>Se realizará el proceso de recolección de datos mediante la aplicación de un cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud SF-36, el cual será aplicado por el investigador de manera aleatoria en los pacientes que se atiendan en el Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador en el mes de junio del 2021.</p>
	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar las características demográficas del adulto mayor con hipertensión arterial en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador</p> <p>Identificar cómo está afectada de la funcionalidad física y social en la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador</p> <p>Identificar los efectos de las</p>				

	limitaciones causadas por los problemas de salud físicos en la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador				
--	---	--	--	--	--

## 2. Instrumento de Recolección de datos

### Ficha de Datos

DATOS GENERALES: Llenar los espacios o marcar con una (X) su respuesta.

**Sexo:** 1 ( ) Femenino 2 ( ) Masculino

**Edad:** ( )

**Estado civil:** 1 ( ) Soltero 2 ( ) Casado 3 ( ) conviviente

4 ( ) Viudo 5 ( ) Divorciado

### Grado de instrucción:

1 ( ) Sin instrucción 4 ( ) Secundaria Incompleta 7 ( ) Técnico Completa

2 ( ) Primaria Incompleta 5 ( ) Secundaria Completa 8 ( ) Superior Incompleto

3 ( ) Primaria Completa 6 ( ) Técnico Incompleta 9 ( ) Superior Completo

**Procedencia:** 1 ( ) Rural 2 ( ) Urbano 3 ( ) Urbano-Marginal

**Peso** ..... Kg. **Talla** ..... **IMC** .....

**Ejercicios en Tiempo Libre** SI ( ) NO ( )

### Tratamiento de Antihipertensivo a la admisión.

2. ( ) Ninguno

3. ( ) Sólo tratamiento mediante .....

( ) Tratamiento con ..... y .....

### 3. Cuestionario de Salud SF-36

#### Instrucciones:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

#### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1  Excelente      2  Muy buena      3  Buena

4  Regular      5  Mala

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

1  Mucho mejor ahora que hace un año

2  Algo mejor ahora que hace un año

3  Más o menos igual que hace un año

4  Algo peor ahora que hace un año

5  Mucho peor ahora que hace un año

#### En un día normal, usted...

	SI	NO
<b>SU SALUD ACTUAL</b>	1	2
¿le limita para hacer <b>esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?		
¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?		
¿le limita para <b>coger o llevar la bolsa de la compra</b> ?		
¿le limita para <b>subir varios pisos</b> por la escalera?		
¿le limita para subir un solo piso por la escalera?		

¿le limita para agacharse o arrodillarse?		
, ¿le limita para caminar <b>un kilómetro o más</b> ?		
¿le limita para caminar <b>varias manzanas</b> (varios centenares de metros)?		
¿le limita para caminar <b>una sola manzana</b> (unos 100 metros)?		
¿le limita para <b>bañarse o vestirse por sí mismo</b> ?		

**En su vida diaria o en su trabajo, usted...**

<b>Durante las 4 últimas semanas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (triste, deprimido, o nervioso)?		
¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?		



<b>Durante las 4 últimas semanas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?					
¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?					
¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?					

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNAS VECES	NUNCA
<b>Durante las 4 últimas semanas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
¿cuánto tiempo se sintió cansado?						
, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						

**Indique el nivel de verdad**

	TOTALMENTE CIERTA	BASTANTE CIERTA	NO LO SÉ	BASTANTE FALSA	TOTALMENTE FALSA
	1	1	3	4	5
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
Estoy tan sano como cualquiera					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente					

#### 4.Consentimiento Informado

## **INVESTIGADORES**

Mayra Ariana Franco Zapata

917321448

[mayrafz9431@gmail.com](mailto:mayrafz9431@gmail.com)

### **¿Quiénes somos?**

Médico residente de geriatría de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres.

### **¿Por qué estamos realizando este estudio?**

Nosotros estamos haciendo un estudio en personas atendidas en el servicio de geriatría del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador. El estudio se hará en el mes de octubre de este año. Con el siguiente estudio se trata de averiguar cuál es la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial en el hospital. La información será usada para mejorar programas de salud para desarrollar mejores métodos en ayudarlos a que tengan una mejor calidad de vida.

### **¿Qué sucedería si tú decides estar en el estudio?**

Si decides estar en el estudio, tendrás que contestar un cuestionario. No se realizarán preguntas incómodas o sobre temas delicados.

### **¿Qué de bueno vas a conseguir de este estudio?**

Con su participación en el estudio se podrá determinar la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial para poder desarrollar nuevas estrategias de abordaje de la enfermedad y poder prevenir el deterioro de su salud y mejorar su calidad de vida.

### **¿Quiénes sabrán que estás cooperando en este estudio?**

Solo el investigador sabrá quienes participan en esta Investigación y tu nombre no se dará a conocer a nadie más. Los datos que proporcionas serán usados solo para los fines de esta investigación, tus datos personales no se darán a conocer a nadie, ni serán publicados en ningún medio. El Comité de Ética de la Universidad San Martín de Porres ha aprobado esta Investigación después de constatar que cumple con las Normas de seguridad para los pacientes participantes.

### **¿Estás obligado a participar en este estudio?**

No, no estás obligado. Nadie se va a molestar, ni a fastidiar sino quieres participar en este estudio. Solo debe decirnos si quiere o no participar. De no participar, la atención en el Hospital no se verá afectada.

### **¿Tiene preguntas?**

Puede preguntar en cualquier momento, ahora o después. Si quiere hablar con cualquiera de los investigadores en cualquier momento puedes llamar al 917321448 con Mayra Ariana Franco Zapata o al siguiente correo [mayrafz9431@gmail.com](mailto:mayrafz9431@gmail.com)

Para saber sobre sus derechos en esta investigación puede llamar al: Dr, Amador Vargas Vera, Presidente del Comité de ética en Investigación de la Universidad de San Martín de Porres teléfono 999098514, al 3652300 anexo 160 o a la siguiente dirección de correo electrónico [ética\\_fmh@usmp.pe](mailto:ética_fmh@usmp.pe).

Dirección: Av Alameda del corregidor 1531, Urb Los Sirius III Etapa – La Molina, Lima.

Si acepta participar, lo haces en forma voluntaria, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento. En señal de ello, firmará este documento en el lugar que corresponde.

**CONSENTIMIENTO:**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo perfectamente las cosas que me pueden suceder si participa en el proyecto, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del adulto..... Fecha.....

Nombre en letra de Imprenta

.....

Firma del Investigador .....Fecha.....

Nombre en letra de Imprenta .....