



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“ESTILOS DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATI, LA CONVENCION-
CUSCO 2019”**

Presentado por la Bachiller:

Huanchuaman Ccorimanya, Jenny.

Para optar al Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Asesor:

Mgt. Julio Valencia García.

CUSCO – PERÚ

2019



DEDICATORIA

A DIOS

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, dándome fortaleza y la salud para lograr alcanzar mis metas y por cuidarme en cada instante de mi vida en cada paso que doy.

A MIS PADRES

Por ser mi motivo de inspiración, por brindarme su amor, cariño, su estímulo constante y su fortaleza, por los cuidados brindados a lo largo de mi vida, porque creyeron en mí en todo momento, por enseñarme a no rendirme nunca, que lo que me proponga lo puedo lograr y que sólo depende de mí.

A MI HIJA MAYA

Por ser el mejor regalo que Dios me pudo dar, por ser el motor y motivo para poder salir adelante

A MI ESPOSO LUIS ALBERTO

Por ser mi compañía, mi motivación, por su amor y apoyo incondicional por incentivar me siempre a lograr mis metas para superarme cada día más, ser mi confidente y amigo ayudándome a enfrentar y vencer obstáculos en el recorrido que atravesé para ser profesional.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina del Cusco, cuna de mi formación profesional carrera profesional

A los docentes por su dedicación y por brindarme todos sus conocimientos experiencias, responsabilidad y disciplina.

Al Lic. Julio Valencia García, por su paciencia, brindando asesoramiento valioso para poder culminar mi trabajo de tesis por las aportaciones me ayudó a crecer como persona y profesional.



PRESENTACIÓN

Señor.

Dr. Juan Carlos Valencia Martínez

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD
ANDINA DEL CUSCO.

Sres.: Miembros del Jurado.

En cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, pongo a vuestra consideración la tesis de investigación intitulada **“ESTILOS DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATI, LA CONVENCIÓN-CUSCO 2019”**; con la finalidad de optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería, conforme a lo previsto en la Ley Universitaria.

LA AUTORA



RESUMEN

Tesis intitulada ESTILOS DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATI, LA CONVENCIÓN-CUSCO 2019, que tuvo como objetivo determinar los estilos de vida y la adherencia terapéutica en pacientes que acuden al Programa Integral de prevención y control de Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Echarati, la Convención- Cusco 2019; la metodología de estudio fue descriptivo y transversal; aplicada en una población de 80 pacientes con hipertensión arterial, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

Los resultados 79% de los pacientes con hipertensión arterial tiene más de 51 años, 51% son de sexo masculino, 45% casados, 40% tiene nivel de instrucción primaria.

En cuanto a los estilos de vida de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial un 16% nunca come frutas y verduras, 56% consume comidas a sus horas, 71% frecuentemente come comida chatarra, 76% consume agua con frecuencia, 76% consume con frecuencia agua fuera de las comidas, 61% consume menos de 4 vasos al día, 46% nunca realiza caminatas, 47% realiza actividad física menor de 30 minutos, 65% duerme entre 6 a 8 horas, 39% disfruta de la televisión frecuentemente, 61% a veces consume de alcohol, 47% consume alcohol en cumpleaños, 69% su inicio de consumo es 21 a 30 años, 69% no fuma.

Sobre la Adherencia terapéutica 33% de los pacientes no presenta adherencia al tratamiento, 28% no toma la medicación a las horas debidas, el 25% deja de tomar la medicación al sentirse bien, un 78% deja de tomar el medicamento si le sienta mal.

PALABRAS CLAVES: Estilos de vida, Hipertensión y Adherencia.

**ABSTRACT**

Thesis entitled STYLES OF LIFE AND THERAPEUTIC ADHERENCE IN PATIENTS OF THE INTEGRAL PROGRAM OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE HEALTH CENTER ECHARATI, THE CONVENTION-CUSCO 2019, the aim of this research is to determine lifestyles and therapeutic adherence in patients who attend the Program Comprehensive prevention and control of Hypertension in the Echarati Health Center, Convention- Cusco 2019; the methodological study was descriptive and transversal; applied in a population of 80 patients with arterial hypertension, who fulfill the inclusion criteria.

The results, 79% of patients with arterial hypertension are over 51 years old, 51% are male, 45% are married, 40% have primary education level.

Regarding the lifestyles of patients diagnosed with hypertension, 16% never eat fruits and vegetables, 56% consume meals at their hours, 71% frequently eat junk food, 76% frequently drink water, 76% frequently drink water outside of meals, 61% drink less than 4 glasses of water a day, 46% never go for walks, 47% do physical activity less than 30 minutes, 65% sleep between 6 to 8 hours, 39% frequently enjoy watching television, 61 % sometimes drink alcohol, 47% drink alcohol on birthdays, 69% start drinking alcohol between the ages of 21 and 30 , 69% do not smoke.

Regarding therapeutic adherence, 33% of patients do not show adherence to treatment, 28% do not take medication at the appropriate time, 25% stop taking medication when they feel well, 78% stop taking the medication if they feel ill.

KEY WORDS: Lifestyles, Hypertension and Adherence



INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es el incremento sostenido de la presión arterial, enfermedad silente que sin embargo tiene serios efectos en la salud de las personas que los padece, condicionándoles a un infarto, accidente cerebro vascular, además de causar daños irreversibles en órganos internos muy sensibles.

La influencia de los estilos de vida en la salud de las personas con enfermedades crónicas tiene un gran impacto en la evolución de los pacientes que la padecen. Desde esta perspectiva los estilos de vida relacionada con la salud implica un esfuerzo para que una enfermedad crónica sea más fácil de sobrellevar mejorando su calidad de vida. La adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial es importante poder controlar y evitar complicaciones.

Con el desarrollo de esta investigación se buscó determinar los estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes del programa integral de hipertensión arterial Centro de Salud Echarati, la Convención – Cusco 2019, el que de manera general está compuesto por cuatro capítulos, los que se detallan a continuación:

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA, que contiene la caracterización del problema, formulación del problema, objetivos, variables, justificación, limitaciones, consideraciones éticas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO, que presenta los Antecedentes de estudio, bases teóricas, definición de términos.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO, que contiene el tipo de estudio, línea de investigación, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, técnica e instrumento, validación de resultados.

CAPÍTULO IV: Interpretación y análisis de resultados presentando los mismos en los gráficos correspondientes, finalizando conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas, anexos.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
PRESENTACIÓN
RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN

**CAPÍTULO I
EL PROBLEMA**

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA..... 1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 5
1.3 OBJETIVOS 5
 1.3.1 OBJETIVO GENERAL 5
 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 5
1.4 VARIABLES 5
 1.4.1 VARIABLE IMPLICADAS 5
 1.4.2 VARIABLES NO IMPLICADAS..... 6
1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... 7
1.6 JUSTIFICACIÓN 12
1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO 12
1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS..... 13

**CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO**

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO..... 14



2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL 14

2.1.2 A NIVEL NACIONAL..... 19

2.1.3 A NIVEL LOCAL22

2.2 BASES TEÓRICAS23

**CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO**

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN41

3.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN41

3.3 POBLACIÓN MUESTRAL41

3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....41

3.3.2 MUESTRA.....41

3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN41

3.3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....42

3.3.5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO42

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS42

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....43

**CAPÍTULO IV
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	PÁGINA
Nº 1 EDAD DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.	45
Nº 2 SEXO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATI, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.	46
Nº 3 ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.	48
Nº 4 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.	49
Nº 5 FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.	50
Nº 6 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CHATARRA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.	52



Nº 7 FRECUENCIA DE CONSUMO DE AGUA FUERA DE LAS COMIDAS EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.....53

Nº 8 FRECUENCIA DE CONSUMO DIARIO DE AGUA EN PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.54

Nº 9 FRECUENCIA DE CAMINATAS DIARIAS EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.55

Nº 10 FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.56

Nº 11 HORAS DE SUEÑO DIARIAS EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.....57

Nº 12 FRECUENCIA DE VER TELEVISIÓN, PELÍCULA O ESCUCHA MÚSICA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.....58



Nº 13 CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.....59

Nº 14 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.60

Nº 15 EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.61

Nº 16 CONSUMO DE CIGARRO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.....62

Nº 17 FRECUENCIA DE FUMAR EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.....63

Nº 18 ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES EN EL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.....64

Nº 19 ADHERENCIA TERAPÉUTICA (PUNTACIÓN) AL TRATAMIENTO EN PACIENTES EN EL PROGRAMA INTEGRAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.....66



CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Los estilos de vida son los hábitos referentes a alimentación, actividad física, por lo cual a los pacientes con hipertensión se les aconseja modificar el estilo de vida de forma sostenible y mantener un tratamiento farmacológico, para reducir su presión arterial a menos de 140/90 mm Hg. La agencia de salud pública de Canadá, observa que la mayoría de los pacientes son diagnosticados con hipertensión arterial, 89% limita el consumo de sal, el 80% realiza actividad física tratando de controlar su peso, el 78% dejan de fumar y 57% reduce la ingesta de alcohol a los niveles recomendados.¹

Se evidencia el incremento de malos estilos de vida, según la Organización Mundial de la Salud reportaron, para el año 2014, más de 1 900 millones de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, en el 2017 la epidemia de tabaquismo mataría a casi seis millones de personas, el nivel de consumo de alcohol a escala mundial en 2010 se estimaba en 6,2 litros de alcohol puro en mayores de 15 años. La prevalencia de los episodios de ingesta masiva de alcohol se registra en Europa y América.²

En el 2016 a nivel mundial, uno de cada cinco adultos tiene la tensión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Observándose las complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo.³

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo en términos de mortalidad atribuible, por lo que se considera uno de los mayores problemas de

¹ American Journal of Cardiology. Estilo de Vida Preventivo en Hipertensión arterial [en línea]; 2012 febrero [citado 10 de junio 2018]. Disponible en: <http://www.sochicar.cl/index.php/hoteles-congreso-2007-268/2922estilo-de-vida-preventivo-en-hipertension-arterial.html>

² CUBA M., Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria [en línea]; 2017 mayo [citado 10 de junio 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200008

³ Organización Mundial de la salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [en línea]; 2017 septiembre [citado 05 abril 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>



salud pública. Para el 2015 a nivel mundial se estima que la hipertensión arterial causa 7,5 millones de muertes siendo el 12,8% del total de las defunciones. Esto representa 57 millones de años de vida ajustados por discapacidad.⁴

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el 2017 estima que la hipertensión arterial afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región, lo que significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta.⁵

En España 2014 se presentaron el 52% de pacientes con hipertensión, 56% con diabetes y 41% con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas presentan, valores bajos de adherencia. La irregularidad del curso clínico, la complejidad de los tratamientos y algunos aspectos socioculturales y psicológicos, asociados a estas enfermedades, determinan en muchos casos la falta de adherencia. Además, en estas patologías la dificultad que plantean los tratamientos no farmacológicos asociados, que a menudo implican cambios en los hábitos de vida, pueden suponer una barrera importante para la adherencia.⁶

Según el Ministerio de Salud de la Habana Cuba, reporta casos de hipertensión arterial de 214,9 por cada 1000 habitantes. Por su parte la provincia Cienfuegos tiene una tasa de prevalencia de 228 por cada 1000 habitantes y la evidencia clínica sugiere que esta problemática de salud continuará en aumento.⁷

El 2016 en Cuba se observa adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial ofrece resultados poco alentadores. Algunos estudios confirman que la cifra de pacientes no cumplidores alcanza cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % para el tratamiento médico no farmacológico,

⁴ ZUBELDIA L. Prevalencia de Hipertensión Arterial y de sus factores asociados. Valencia 2016 [en línea]; 2016 abril [citado 05 de abril 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272016000100406

⁵ SANTANA S. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Hipertensión. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2017 abril [citado 22 de abril 2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf>

⁶ Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al tratamiento. Adherencia al tratamiento en la Comunidad de Madrid España 2015 [Internet]. 2015 abril [citado 20 de abril 2019]. Disponible en: <http://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2015/10>

⁷ Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2016 [citado 20 de abril 2017]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>



que abarca las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos entre otros.⁸

La Hipertensión Arterial (HTA) también es un problema de salud altamente frecuente en Chile. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 del Ministerio de Salud, evidenció una prevalencia de 3.630.853 personas con Hipertensión Arterial, lo que significa que en Chile al menos 1 de cada 4 adultos son hipertensos, se observa que hay un riesgo cardiovascular bajo en un 48.5%, 26% moderado y 25.5% riesgo alto; esto se traduce en un problema de Salud Pública de alto impacto, particularmente si consideramos que los resultados de la encuesta estratificada por nivel socioeconómico revelan que una de cada dos personas adultas del estrato socioeconómico bajo es hipertensa.⁹

En Argentina 2015 uno de cada tres adultos sufre de hipertensión arterial, que es el principal factor de riesgo cardiovascular (ya que se encuentra presente en el 80% de los casos de muerte por esa causa) y es por lejos la más importante causa de Accidente Cerebro Vascular, capaz de producir la muerte o discapacidad de por vida. Esto se da a pesar de que existen hoy en día medidas de prevención y una multiplicidad de tratamientos eficaces para tratarla.¹⁰

En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador y la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular secundaria. Un 46% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial y, lo triste del asunto es que solamente un 15% de esa población que se sabe hipertensa, tiene un control adecuado de sus cifras de presión arterial.¹¹

El Ministerio de Salud informa que una de cada tres personas padece de hipertensión arterial en el Perú, mientras que un 30% desconoce que vive con este silencioso mal. Además, especialistas del MINSAL señalaron que la preeclampsia,

⁸ ALDERAQUÍA G., Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Cuba 2017 [en línea]; 2017 junio [citado 20 de abril 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342017000200003

⁹ Encuesta Nacional de Salud. Riesgo cardiovascular. Chile HE. [en línea]; 2018 febrero [citado 17 de abril 2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-ResultadosENS_MINSAL_31_01_2018.pdf

¹⁰ INGRASSIA V. Hipertensión Arterial, uno de cada tres argentinos la padece. Argentina HE. [en línea]; 2016 mayo [citado 05 de abril 2018]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/hipertension-arterial-uno-decada-tres-argentinos-la-padece-nid1899536>

¹¹ CERVANTES L. En América Latina el país con la mayor prevalencia de Hipertensión es el Ecuador. Ecuador HE. [en línea]; 2012 abril [citado 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://temas.sld.cu/hipertension/tag/ecuador/>.

caracterizada por la hipertensión en el embarazo, es la primera causa de muerte materna en el mundo desarrollado y la segunda en nuestro país.¹²

En la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar realizada en el 2016 se hizo la medición de la presión arterial en el grupo etario de 15 y más años de edad; y se encontrando a un 12,7% con presión arterial alta; en el 2015 fue de 12,3%. En el mismo año según sexo, los hombres fueron los más afectados 15,6% que las mujeres 9,9%, igual relación que en el 2015 (los hombres 14,4% y las mujeres 10,2%). Según región natural, la prevalencia de la hipertensión arterial fue mayor en Lima Metropolitana con 16,1%, seguido por el Resto Costa con 13,7%. La menor prevalencia se registró en la Selva y en la Sierra con 10,3% y 10,6% respectivamente. Según región, de acuerdo a la medición efectuada en el 2016 los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que presentaron hipertensión arterial, por encima del promedio nacional, se registraron en la Provincia de Lima (16,1%), la Provincia Constitucional del Callao (15,9%) y en la Región Lima (15,4%). Los menores porcentajes se presentaron en Madre de Dios (7,1%), Ucayali (7,5%) y Cusco (8,5%).¹³

En el centro poblado de Echarati que es jurisdicción del Puesto de Salud Echarati se pudo observar pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con estilos de vida poco adecuados, cambiando sus hábitos podrían cambiar sus estilos de vida al indagar con el personal de salud los pacientes no cumplen con el tratamiento en muchas oportunidades retornan por emergencia con complicaciones propias por la falta de la adherencia al tratamiento de esta enfermedad crónica, en el centro de salud de Echarati para el 2017 se contó con 72 pacientes identificados y diagnosticados con hipertensión arterial donde la mayoría son adultos mayores, los cuales acuden a sus controles a este establecimiento; para el 2018 esta cifra se incrementó con 6 pacientes más, en lo que va del año ya son 80 pacientes con hipertensión arterial y no todos acuden de manera mensual para recibir su tratamiento y poder controlar la enfermedad que padecen, los cuales acuden por emergencia al presentar complicaciones en su salud como consecuencia de esta

¹² Ministerio de Salud. Hipertensión arterial a nivel en el país. Perú HE. [en línea]; 2015 mayo [fecha de revisión 08 de mayo 2018; citado 2018 mayo 08]. Disponible en: <http://vital.minsa.gob.pe/salud/hipertension-arterial-en-el-Peru>.

¹³ INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, Perú. Perú HE. [en línea]; 2017 mayo [citado 08 de mayo] Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc_salud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2016.pdf



enfermedad, todos estos pacientes están incluidos dentro del padrón del programa integral de hipertensión arterial, con los cuales el personal de salud no se abastece para realizar el seguimiento correspondiente cuando no acuden a su control.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los estilos de vida y como es la adherencia terapéutica en pacientes que acuden al Programa Integral de prevención y control de la Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Echarati, la Convención- Cusco 2019?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los estilos de vida y la adherencia terapéutica en pacientes que acuden al Programa Integral de Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Echarati, la Convención- Cusco 2019.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características generales de pacientes que acuden al Programa Integral de prevención y control de la Hipertensión Arterial del Centro de Salud Echarati, La Convención.
- Describir los estilos de vida de los pacientes que acuden al Programa Integral de prevención y control de la Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Echarati, La Convención.
- Identificar la adherencia terapéutica en pacientes que acuden al Programa Integral de Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Echarati, La Convención.

1.4 VARIABLES

1.4.1 VARIABLE IMPLICADAS

- Estilos de Vida.
- Adherencia terapéutica.



1.4.2 VARIABLES NO IMPLICADAS

- Edad.
- Sexo
- Estado civil
- Grado de instrucción



1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

1.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE IMPLICADA

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUB DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	NATURALEZA	ESCALA
Estilos de vida	Conjunto de comportamientos habituales que desarrollan los pacientes que acuden al programa de prevención y control de hipertensión arterial.	Alimentación	Consumo de frutas y verduras	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Casi nunca • Frecuentemente • Siempre 	Cualitativo	Ordinal
			Consumo de alimentos chatarra: frituras, salchipapas.	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Casi nunca • Frecuentemente • Siempre 	Cualitativo	Ordinal
			Consumo de agua	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Casi nunca • Frecuentemente • Siempre 	Cualitativo	Ordinal
			Cantidad de agua que consume por día.	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 4 vasos • 4 a 6 vasos • 7 a 8 vasos • Más de 8 vasos 	Cuantitativo	Intervalar



Actividad física	Caminatas diarias	<ul style="list-style-type: none">• Nunca• Casi nunca• Frecuentemente• Siempre	Cualitativo	Ordinal
	Tiempo de actividad física	<ul style="list-style-type: none">• Menor a 30 min• De 30 a 60 min• 60 min a más	Cuantitativo	Intervalar
	Frecuencia de descanso de horas adecuadas	<ul style="list-style-type: none">• Nunca• Casi nunca• Frecuentemente• Siempre	Cualitativo	Ordinal
	Horas de sueño	<ul style="list-style-type: none">• Menos de 6 horas• 7 a 8 horas• 8 a mas	Cuantitativo	Intervalar
	Actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none">• Nunca• Casi nunca• Frecuentemente• Siempre	Cualitativo	Ordinal
Hábitos nocivos	Consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none">• Si• No• A veces	Cualitativo	Nominal



			Frecuencia de consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none">• Solo en cumpleaños• A veces con amigos• Fiestas patronales• Otros	Cualitativo	Nominal
			Edad de inicio de consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none">• Menor de 20 años.• De 21 a 30 años• De 31 a 40 años• Pasado los 40 años.	Cuantitativo	Intervalar
			Fuma cigarrillo	<ul style="list-style-type: none">• Si• No• A veces	Cualitativo	Nominal
			Frecuencia que fuma	<ul style="list-style-type: none">• Nunca• Solo en reuniones• Una vez a la semana• Siempre	Cualitativo	Ordinal



VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORÍA	NATURALEZA	ESCALA	EXPRESIÓN FINAL
Adherencia al tratamiento	Es el cumplimiento de las indicaciones del personal de salud para tomar el medicamento en pacientes que acuden al programa de prevención y control de hipertensión arterial.	Olvida alguna vez de tomar sus medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa	Nominal	Buena adherencia = 4 No adherencia = menor o igual a 3
		Toma sus medicamentos a la hora indicada.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa	Nominal	
		Cuando está bien deja alguna vez de tomar sus medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa	Nominal	
		Cuando está mal deja alguna vez de tomar sus medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa	Nominal	



1.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES NO IMPLICADAS

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo de vida, desde el nacimiento hasta el momento actual en años de los pacientes que acuden al programa de prevención y control de hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none">• 30 a 40 años• 41 a 50 años• 51 a 60 años• 61 años a mas	Cuantitativa	Intervalar
Sexo	Diferenciación anatómica y fisiológica de los pacientes que acuden al programa de prevención y control de hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none">• Masculino.• Femenino.	Cualitativo	Nominal
Estado civil	Situación jurídica con respecto al registro civil de los pacientes que acuden al programa de prevención y control de hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Conviviente• Viudo• Divorciado	Cualitativo	Nominal
Grado de Instrucción	Nivel educativo alcanzado hasta la actualidad de los pacientes que acuden al programa de prevención y control de hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none">• Sin instrucción.• Primaria• Secundaria• Superior	Cualitativo	Ordinal



1.6 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es una patología que acompaña al paciente de por vida y en estos últimos tiempos se ve un incremento de casos en los países en vías de desarrollo, afectando con mayor frecuencia a la población adulta porque las personas adoptan estilos de vida que perjudican y deterioran su salud.

La hipertensión arterial es una enfermedad en la que los pacientes requieren el cumplimiento estricto del tratamiento indicado y el cambio de estilo de vida como parte de los cuidados para sobrellevar esta enfermedad, con el fin de disminuir los riesgos cardiovasculares y situaciones de emergencia.

El comportamiento de la población de Echarati es variada en su diversidad cultural, al tener costumbres arraigadas mantienen un comportamiento recesivo a atenderse en el Centro de Salud lo que impide determinar un diagnóstico oportuno, control y seguimiento adecuado de la Hipertensión Arterial.

El trabajo de investigación tiene la finalidad de determinar los estilos de vida y la adherencia terapéutica en pacientes que acuden al programa de prevención y control de la hipertensión arterial, resultado que contribuirá a fortalecer las acciones de promoción, educación del sector salud, por ser una situación grave y preocupante que afecta la calidad de vida, evitar las complicaciones y posibles discapacidades en los pacientes, pues la poca adherencia puede conllevar al aumento del riesgo cardiovascular, accidentes cerebrovasculares, infarto y la muerte.

Los resultados servirán de base para otros estudios similares de investigación sobre esta problemática.

1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el transcurso de la aplicación del instrumento se tuvo que realizar visitas domiciliarias y en muchos casos no se les pudo encontrar por sus diferentes actividades laborales por lo que se tuvo que realizar visitas reiterativas a las mismas viviendas, para realizar la encuesta y se explicó a cada participante la importancia y objetivo del estudio cuando no desearon participar del trabajo de estudio y al



recalcar el anonimato de la aplicación del cuestionario se logró superar dichas dificultades.

1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la investigación se aplicaron los principios éticos respetando a los pacientes que participaron en este trabajo donde la información se obtuvo de manera anónima y voluntaria, previa firma del consentimiento informado, los datos obtenidos se guardaron con absoluta confidencialidad y fueron usados solo con fines académicos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

SUAREZ M., En el estudio “**LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**” - UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MEXICO - MÉXICO 2013.

Objetivo: Describió la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial de un centro de salud del Estado de México.

Metodología: Estudio es de tipo descriptivo transversal, la muestra fue realizada en 161 pacientes con hipertensión arterial donde participaron 141 mujeres y 20 hombres.

Resultados: se obtuvo 45 % tuvo entre 40 y 49 años, 54 % más de 60 años, con un 89% mujeres, 11% hombres 69% ama de casa, 17% eran comerciantes, 10% jubilada, 4% empleada doméstica, 3% obrero. 46% eran casadas, 54 % solteros, 67% provenían de zona Urbana, 33% rural, 92% recibe un solo tratamiento antihipertensivo, 13% tienen su presión controlada, 87% no controlada, el 82.2% tiene un bajo nivel de escolaridad, de acuerdo al Test Morisky y Green, 32% de pacientes manifestaron no adherencia al tratamiento, el medicamento de mayor uso fue el captopril, 89 % declararon no adherentes, de acuerdo con esta escala contestaron en forma negativa. Esos datos mostraron asociación estadísticamente significativa entre el nivel socio económico 92% de los pacientes indicaron hacer tratamiento con el medicamento de mayor uso, en su día a día y fue referido el captopril, representado por 89%, en tanto 8% relataron no tomar el medicamento debido a los efectos secundarios el 71% indico el uso de tratamientos alternativos.¹⁴

¹⁴ SUAREZ M., “La adhesión al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial” - Universidad Autónoma del estado de México – México 2013. [en línea]. México: HE; 2013noviembre [citado 11 de abril]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66121/TESIS%20MARILU%20DEL%20CARMEN%20SUAREZ%20JAI ME.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



GORDON M. Y GUALOTUÑA M., En el estudio “**HIPERTENSIÓN ARTERIAL RELACIONADA CON EL ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TIPO A PUJILÍ EN EL PERIODO JULIO - DICIEMBRE 2014**” UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR 2014.

Objetivo: Determinar la relación de estilos de vida con la Hipertensión Arterial de los pacientes que acudieron al centro de salud de Pujilí de Julio a diciembre 2014.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, la muestra se obtuvo en un grupo de 50 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial.

Resultados: donde se obtuvo que 70% pacientes con hipertensión arterial son de sexo femenino, 76% adultos, 56% tienen sobrepeso, 50% realiza ejercicio ocasional, 46% consumen alimentos ricos en grasa, 11 64% tenían hábito de consumo del alcohol, 30% fuma, 72% tiene insomnio.¹⁵

MARLÍN Y. SOLÓRZANO R., En el estudio “**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO- MAYO 2015**” UNIVERSIDAD DE CARABOBO 2015.

Objetivo: Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, no experimental, de corte transversal, la población y muestra estuvo constituida por 110 pacientes hipertensos.

Resultados: donde se obtuvo 66% fueron de sexo femenino, 26,4% de 61 años, 44,55% solo tenían de 6 meses a 5 años de evolución de la enfermedad, 55,4% con estado socioeconómico bajo, la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue 35%. el control de la presión arterial fue de 41%, el olvido como la causa más

¹⁵ GORDON M. y Gualotuña M., “Hipertensión Arterial Relacionada con el Estilo de Vida en los Pacientes que Acuden al Centro de Salud Tipo A Pujilí en el Período Julio - diciembre 2014” UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR – Ecuador 2014. [en línea]. México: HE; 2013 noviembre [citado 11 de junio 2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/5133/1/T-UCE-0006-010.pdf>



frecuente de no adherencia fue 72,70%, las reacciones adversas al medicamento, afectan en menor medida en la no adherencia al tratamiento con un 43.6%.¹⁶

ANGULO I., En el estudio “**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ASISTEN A CONSULTA MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN TRES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y EN UN MUNICIPIO DE PUTUMAYO**” UNIVERSIDAD CESMEDELLIN 2015.

Objetivo: Describir los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo.

Metodología: Con estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo; con una muestra de pacientes que ingresaron al programa de HTA de enero a junio del año 2014.

Resultados: donde se obtuvo 35% de los pacientes tuvo entre 70 y 80 años, 60%, son de sexo femenino no adherentes donde se encontró que los pacientes con buena adherencia al tratamiento superan a los que no se adhieren al tratamiento, el 81% de los pacientes, de La Unión la atención es buena para el 85% y de Buesaco el 79% de los pacientes la atención es buena, para el 63% de los pacientes es regular, se observan pacientes hipertensos no adherentes con ingresos inferiores a un salario mínimo que es superiores al 70%.¹⁷

CHILUIZA M., En el estudio “**FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PARROQUIA SAN ANDRÉS.**” UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO 2016.

¹⁶ MARLÍN Y. SOLÓRZANO R., Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera. enero- mayo 2015 - Universidad de Carabobo 2015. [en línea]. México: HE; 2015 mayo [citado 11 de abril 2018]. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2506/1/msolorzano.pdf>

¹⁷ ANGULO I., Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo Universidad Cesmedellin 2015[en línea]. Colombia: HE; 2015 julio [citado 08 de abril 2018]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4244/1/Adherencia_tratamiento_HTA.pdf



Objetivo: Determinar la influencia de los factores sobre la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial de la Parroquia San Andrés del Cantón Píllaro. Enero-agosto del 2015.

Metodología: Estudio de nivel relacional, con diseño transversal.

Resultados: donde se obtuvo que un 42.7% se encuentra entre 50 a 59 años de edad, 70% con más de 70 años, 65.5 % son mujeres, , 57,3% trabaja en agricultura , 25, 5% son amas de casa , 75.5% tiene nivel de instrucción primario, 17,3% secundario, 4,5%, analfabetos, 78.2% son casados, 56.4% tiene nivel socioeconómico bajo, 48,2%, 38.2% tuvo mala adherencia,13.6% tiene adherencia, 73,6% indicó que la frecuencia de toma de medicación es dos veces al día, mientras el 80% de los pacientes adherentes indica que la frecuencia de administración es una vez al día, 66,7 % del grupo adherentes respondieron que la hipertensión arterial es una enfermedad grave, y el 88,7 % de los no adherentes respondió que la HTA no era una enfermedad grave.¹⁸

CASTILLO A, y OTROS., En el estudio FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS EN EL PERIODO MARZO - ABRIL DE 2017 EN EL HOSPITAL SANTA MATILDE MADRID Y SANTA ROSA TENJO UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES 2017.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a la adherencia del tratamiento en adultos mayores de 55 años hipertensos, atendidos en consulta externa en el programa de crónicos en los hospitales Santa Rosa de Tenjo y Santa Matilde de Madrid en el periodo de marzo hasta abril del 2017.

Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal, la población y muestra estuvo constituida en adultos mayores con hipertensión arterial.

¹⁸ CHILUIZA M., Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, parroquia San Andrés." Universidad Técnica de Ambato 2016 [en línea]. Ecuador: HE; 2016 noviembre [citado 11 de abril 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24240/1/Chiluiza%20Ram%C3%ADrez%20Mayra%20Alexandra.pdf>



Resultados: se obtuvo 34.53% de los pacientes son adherentes al tratamiento antihipertensivo, 20.86% existe una relación entre la adherencia al tratamiento en hipertensos y realiza algún tipo de dieta, se puede afirmar con un nivel de incertidumbre menor al 5% que existe una relación entre la adherencia al tratamiento y la actividad física, se puede afirmar con un nivel de incertidumbre menor al 5% que existe una relación la adherencia al tratamiento y consume alcohol, se puede afirmar con un nivel de incertidumbre menor al 5% que las variables que se relacionan con la adherencia al tratamiento antihipertensivo son: realizar actividad física, consume alcohol, personas con las que convive, recibe apoyo en medicamentos y hace algún tipo de dieta.¹⁹

BURBANO D., En el estudio “ESTILOS Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD DEL PACIENTE HIPERTENSO”. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA 2017-COLOMBIA 2017

Objetivo: Describir el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá.

Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, con una muestra de 151 personas con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta, con instrumentos fantástico para estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados: se obtuvo 72% de femenino, 28% masculino, 78% de 36 a 59 años y 22% 18 a 35 años, 50% con grado de instrucción primaria, 34% secundaria, 56% son convivientes, 33% casados y 11% solteros, 38% empleados, 35% independiente, 27% se dedica al hogar, en relación al estilos de vida 62.2% es bueno, 16% excelente, 15.2% regular y 6.6% malo, el 68,2% siempre realiza actividad física, el 19,9% a veces y 11,9% casi nunca, el 53,6% a veces su alimentación es balanceada, 39,1% casi siempre y 7,3% casi nunca, 77,5%

¹⁹ CASTILLO A, y OTROS., Factores de riesgo asociados a la adherencia del tratamiento en adultos mayores hipertensos en el periodo marzo - abril de 2017 en el hospital Santa Matilde Madrid y Santa Rosa Tenjo Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales 2017. [en línea]. Colombia: HE; 2017 mayo [citado 12 de abril 2018; citado 2018 abril 12]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/776/1/Factores%20asociados%20a%20la%20adherencia%20del%20tratamiento%20antihipertensivo%20en%20mayores%20de%2055%20a%C3%B1os.pdf>



indicaron no haber fumado cigarrillo en los últimos cinco años, el 11,3% no fumo en el último, 93,4% afirmo que el número promedio de tragos ingeridos por semana está entre 0 y 7 tragos, 5,3% entre 8 y 12 tragos y 1,3% más de 12 tragos, el 56,3% a veces duerme bien y se siente descansado, 35,1% casi siempre y 8,6% que casi nunca.²⁰

2.1.2 A NIVEL NACIONAL

MONTOYA L., En el estudio **“FACTORES ASOCIADOS AL PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ENALAPRIL. POLICÍNICO EL PORVENIR ESSALUD MARZO - AGOSTO 2013”.** UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO 2013.

Objetivo: Determinar si existe relación entre los factores asociados al paciente y la adherencia al tratamiento con Enalapril, Policlínico El Porvenir. ESSALUD marzo - agosto 2013.

Metodología: estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal, realizada en el policlínico en pacientes que acuden frecuentemente.

Resultados: donde se obtuvo que 51 %no tuvo adherencia; los pacientes con mayor adherencia fueron los pacientes mayores de 65 años siendo este de 118 de 148 pacientes adherentes, se encontró que la variable sexo no influye como factor de adherencia 52.9 %.²¹

LIMAYLLA M., En el estudio **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III HUAYCAN – ESSALUD”** UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS 2016.

²⁰ BURBANO D., Estilos y Calidad de Vida en Salud del Paciente Hipertenso. Universidad nacional de Colombia 2017- Colombia 2017. [en línea]. Colombia: HE; 2017 junio [citado 12 de junio 2018]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/60924/7/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf>

²¹ MONTOYA L., Factores asociados al paciente y adherencia al tratamiento con enalapril. Policlínico el porvenir ESSALUD marzo - agosto 2013”. Universidad Nacional de Trujillo. [en línea]. Trujillo 2013: HE; 2017 junio [citado 15 de junio 2018]. disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/2653>



Objetivo: Evaluar la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycán – ESSALUD.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal, con diseño de investigación cuasiexperimental, la población constituida por 131 pacientes.

Resultados: Obtuvo al inicio, 4,5% de adherentes al tratamiento y al término del estudio 40,9% a través del test de Morisky Green, 50% demostró buen conocimiento sobre la hipertensión arterial.²²

ALZA J., En el estudio “FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT ESSALUD” UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO 2016.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados a baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, analítico, seccional cruzado, la población de estudio estuvo constituida por 380 pacientes del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Resultados: la prevalencia de baja adherencia terapéutica fue de 61,05%, el género femenino, la falta de apoyo familiar es factor de riesgo significativo, el empleo de 2 o más medicamentos no fue factor de riesgo significativo, Significa que la menor edad está asociada a baja adherencia terapéutica, los años de tratamiento no fue factor de riesgo de adherencia terapéutica.²³

²² LIMAYLLA M., Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del centro de atención primaria III Huaycan – ESSALUD Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2016. Lima. [en línea]. Lima: HE; 2016 junio [citado 22 de junio 2018] disponible en: http://cybertesis.unsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5273/Limaylla_lm.pdf?sequence=1&isAllo wed=y

²³ ALZA J., Factores Asociados A La Adherencia Terapéutica En Adultos Con Hipertensión Arterial Del Hospital I Luis Albrecht Essalud Universidad Privada Antenor Orrego 2016. [en línea]. Piura: HE; 2016 junio [citado 22 de junio 2018] disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2251/1/RE_MED.HUMA_JIMENA.ALZA_FACTORES.A SOCIADOS.A.LA.ADHERENCIA.TERAPEUTICA_DATOS.PDF



HUARANCCA T. y YARANGA R., En el estudio “ESTILOS DE VIDA SEGÚN GRADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESSALUD - HUANCVELICA, 2016” UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA 2016.

Objetivo: Determinar los estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud — Huancavelica, 2016.

Metodología: estudio descriptivo, la muestra estuvo conformada por 191 usuarios hipertensos, la técnica fue la psicométrica y el instrumento con una escala de medición.

Resultados: se obtuvo que 56% presentan estilos de vida saludables, 44,0% tienen estilos de vida no saludables, con respecto a los grados de hipertensión arterial, existe I grado de hipertensión arterial, es decir el 53,9% presentan estilos de vida saludables y el 42,4% no saludables, existiendo una mínima proporción con II grado de hipertensión arterial equivalente al 2,1% con estilos de vida saludable y 1,6% no saludable; con respecto a los hábitos alimenticios el 78,8% presentan estilos de vida no saludables y 21,2% tienen estilos de vida saludables; del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 81% presentan estilos de vida saludables en la dimensión actividad física (realización de ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario) y el 19% no saludables; 68,5% presentan estilos de vida saludables en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas y el 31,5% no saludables: consumo de licor al menor de dos veces a la semana, fumar cigarrillo o tabaco-, consumo de más de dos tazas de café diariamente, mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, realizan ejercicio como: caminatas, no fuma cigarrillos, ni consume licor al menos 2 veces por semana.²⁴

RUEDA J., En el estudio ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTORIO

²⁴ HUARANCCA T. y YARANGA R., en el estudio “Estilos de Vida Según Grados de Hipertensión Arterial en Usuarios que Acuden al Hospital II ESSALUD - Huancavelica, 2016” Universidad Nacional De Huancavelica 2016. Piura: HE; 2016 junio [citado 03 de marzo 2019] disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1856>

**EXTERNO DEL HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA ENTRE PERIODO ENERO
MARZO 2018 UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA 2018.**

Objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por los consultorios de Cardiología, Medicina Interna y Medicina General. en el Hospital II-2 Santa Rosa, Piura, entre periodo enero a marzo del 2018.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental, en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital.

Resultados: 49.2% tuvo más de 65 años, 70% mujeres, 80.8% procedía de una zona urbana, 76,3% tuvo tiempo de enfermedad mayor a 3 años, el 25.8% tenía primaria incompleta, el 42.5% de los pacientes casados, el 85.8% toma un solo medicamento para controlar su presión arterial, 48.9% de los pacientes toma medicamentos para controlar su HTA, 49.2% toma dos dosis de medicamentos al día, el 52.5% de los pacientes mantiene sus niveles de presión arterial (PA) controlado, 53.3% de los pacientes es adherente al tratamiento farmacológico. Se concluyó que la adherencia al tratamiento farmacológico fue de 53.3%.²⁵

2.1.3 A NIVEL LOCAL**PAREJA N., En el estudio: “ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD DE SAYLLA, CUSCO-2017” UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO.2017.**

Objetivo: Determinar la relación de los estilos de vida con la hipertensión arterial de los pacientes que acuden al Centro de Salud Saylla, Cusco-2017 de la ciudad de la Cusca provincia del cusco.

²⁵ RUEDA J., Adherencia al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en Pacientes Atendidos por Consultorio Externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre Periodo Enero marzo 2018 Universidad Nacional De Piura 2018. [en línea]. Piura: HE; 2018 junio [citado 12 de abril 2019] disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1170/CIE-%20RUE-VID18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Metodología: Se realizó un estudio correlacional, transversal con un muestreo probabilístico de 60 de 60 pacientes.

Resultados: EL 56,8% de pacientes tienen edades de 41 a 60 años, el 58,3% son de sexo femenino, el 53.3% tienen instrucción primaria, el 30% son amas de casa, el 41.3% son procedentes de Saylla, el 48.3% son convivientes, en los estilos de vida el 46.7% consumen alimentos ricos en grasa, el 65% consumen diariamente frituras, 63.3% consume bebidas alcohólicas, el 50% realiza actividad física, el 63.3% controla su presión arterial semanalmente, 56.7% busca ayuda en el centro de salud y el 83.3% se encuentran en hipertensión primaria.²⁶

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ESTILOS DE VIDA

Siendo un conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas, ya que pueden ser saludables y/o nocivas para la salud. Los estilos de vida son maneras como vive la persona (o un grupo de personas). Como son la forma de las relaciones personales, alimentación, hospitalidad y la forma de vestir, llevar una vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Existiendo factores claves como son:

- Los factores tangibles se relacionan específicamente con las variables demográficas.
- factores intangibles tratan de los aspectos psicológicos de uno individuo como valores personales, preferencias y actitud.

Tener una “forma de vida específica” implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos.

²⁶ PAREJA N., en el estudio: “estilos de vida relacionado con la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Saylla, Cusco-2017” Universidad Andina del Cusco.2017. [tesis de grado]. [cusco]. Universidad Andina del Cusco 2017



- a) **CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS:** Las más consumidas suelen ser el alcohol y el tabaco, los tranquilizantes, la cocaína, las anfetaminas, el éxtasis y otros alucinógenos.
- Todo consumo de drogas implica grado de riesgo, existiendo diferentes formas de consumo: uso, abuso y dependencia.
- b) **EJERCICIO FÍSICO:** Es la actividad física que mejora y mantiene la aptitud y el bienestar de la persona.
- Se lleva a cabo por varias razones, como son para el fortalecimiento muscular, mejorar el sistema cardiovascular, desarrollar habilidades atléticas, deporte, pérdida de grasa, bienestar emocional, así como actividad recreativa. Las acciones motoras pueden ser agrupadas por la necesidad de desarrollar alguna cualidad física como la fuerza, la velocidad, la resistencia, la coordinación, la elasticidad o la flexibilidad. para brindar una vida más larga y una mejoría en la salud.
- c) **SUEÑO NOCTURNO:** Siendo de ocho horas se organiza en 4-5 ciclos de unos 90-120 minutos, durante los cuales se pasa de la vigilia.
- Los estados y fases del sueño humano se definen según los patrones característicos que se observan mediante el electroencefalograma (EEG), el electro oculograma (EOG, una medición de los movimientos oculares) y el electromiograma de superficie (EMG, movimiento de los músculos esqueléticos). El registro de estos parámetros electrofisiológicos para definir los estados de sueño y de vigilia se denomina polisomnografía
- d) **ESTRÉS:** siendo la reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.
- El estrés es el modo de un cuerpo de reaccionar a un desafío. De acuerdo con el evento estresante, la manera del cuerpo a responder al estrés es mediante el sistema nervioso simpático de activación que da lugar a la respuesta de lucha o huida. Debido a que el cuerpo no puede mantener este estado durante largos períodos de tiempo, el sistema parasimpático tiene tendencia a hacer regresar al cuerpo a condiciones fisiológicas más normales (homeostasis). En los humanos, el estrés normalmente describe una condición negativa (*distrés*) o por el contrario una condición positiva



(*eustrés*), que puede tener un efecto mental, físico e incluso de bienestar o malestar en un ser humano, o incluso en otra especie de animal.

- e) **DIETA:** cantidad de alimentos y bebidas que ingiere una persona en un periodo de 24 horas, sin importar si cubre o no sus necesidades nutricionales, siendo el conjunto de nutrientes que se absorben después del consumo habitual de alimentos.

Popularmente, y en el caso de los humanos, la dieta se asocia erróneamente a la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener solo los nutrientes y la energía necesaria, y así conseguir o mantener cierto peso corporal.

La alimentación humana se considera adecuada si aporta los nutrientes y energía en cantidades tales que permiten mantener las funciones del organismo en un contexto de salud física y mental. La dieta equilibrada es particular para cada individuo y se adapta a su sexo, edad, peso y situación de salud. No obstante, existen diversos factores (geográficos, sociales, económicos, patológicos, etc.) que influyen en el equilibrio de la dieta.

Las dietas (cantidades y variedades de alimentos a consumir), se utilizan para el tratamiento y prevención de diversas patologías (dieta terapia) y para adaptar la alimentación a diversas situaciones fisiológicas.

- f) **ACTIVIDADES DE OCIO O AFICIONES:** el tiempo libre pueden ser consideradas como recreativas, pasatiempo, una actividad cuyo valor la persona que la ejecuta lo hace por su interés hacia la actividad en sí misma y sus frutos intelectuales, artísticos, deportivos o materiales.

Muchas actividades pueden ser aficiones, y los que la practican se llaman aficionados, en contraposición a los profesionales. Hay personas que tienen por afición programar computadoras, la carpintería, la fabricación de vino o papel, y muchas otras. El término aficionado o amateur se aplica a todo aquel que realiza las actividades de su afición sin un carácter de ejercicio profesional. Así, por ejemplo, un deportista amateur es el que, en contraste con uno profesional, practica un deporte «por afición», es decir, sin que el realizarlo tenga una motivación económica. Un aficionado puede estar, tener menor, igual o mayor capacidad que un profesional en esa área de manera que el término no implica un sentido peyorativo al compararlos.



g) **RELACIONES INTERPERSONALES:** Estas pueden basarse en emociones y sentimientos, como el amor y el gusto artístico, el interés por los negocios y por las actividades sociales, las interacciones y formas colaborativas en el hogar, entre otros. Las relaciones interpersonales tienen lugar en una gran variedad de contextos, como la familia, los grupos de amigos, el matrimonio, los entornos laborales, los clubes sociales y deportivos, las comunidades religiosas y todo tipo de contextos donde existan dos o más personas en comunicación.

Las relaciones humanas se dan entre diferentes grupos sociales, como familia, amigos, personas conocidas. Se sabe que un 80% de las personas que participan en las relaciones humanas son sociables y un 20% no lo son. Una relación es habitualmente percibida como comunicación estrecha entre dos individuos, por ejemplo, relaciones íntimas o amorosas o relaciones de padres e hijos. Obviamente, un individuo también puede establecer una relación firme con un grupo de varios individuos no particularmente emparentados entre sí.

h) **MEDIO AMBIENTE:** es el conjunto de componentes físicos, químicos y biológicos externos con los que interactúan los seres vivos. Respecto al ser humano, comprende el conjunto de factores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y en un momento determinado, que influyen en su vida y afectarán a las generaciones futuras. Es decir, no se trata solo del espacio en el que se desarrolla la vida, sino que también comprende seres vivos, objetos, agua, suelo, aire y las relaciones entre ellos, así como elementos tan intangibles como algunas de las culturas.²⁷

i) **CONSUMO DE AGUA.** La Organización Mundial de la Salud, OMS, recomienda que los hombres beban al menos 13 vasos de agua al día, mientras que las mujeres, al menos nueve vasos. Esto equivale a un promedio de ocho vasos al día

²⁷ VANGUARDIA [citado 23 de marzo 2019] disponible en: <https://www.vanguardia.com/entretenimiento/galeria/hidratacion-corporal-cuanta-agua-consumirCEVL430310>

2.2.2 ADHERENCIA TERAPEUTICA

Es el grado de conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario, la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el personal de salud y el paciente en la toma de decisiones y aceptación de la terapia que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta.

Recientemente, la Sociedad Internacional de Fármaco economía e Investigación de Resultados Sanitario ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo toman los pacientes su medicación, sino también por cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción.

Test de Morisky-Green

Es un método, validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky-Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Consiste en una serie de preguntas (4) de contraste con solo dos respuestas (sí/no), la que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el paciente adopta buenas actitudes con relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si tiene malas actitudes el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de proporcionar información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que



se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

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

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No respectivamente. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea “no”, y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas de la misma forma: No/No/No/No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación de su test para la Hipertensión Arterial. Los pacientes fueron considerados que tenían adherencia a la farmacoterapia cuando dieron la respuesta correcta a las cuatro preguntas y no adherencia si respondieron correctamente a tres o menos preguntas.

Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para SIDA. También ha sido utilizado para demostrar la efectividad de diversos métodos desarrollados para incrementar la adherencia al tratamiento de la osteoporosis. La escala de adherencia a la medicación de Morisky, es el cuestionario corto mejor validado que ha sido evaluado en pacientes con hipertensión o diabetes y en los que toman crónicamente medicamentos cardiovasculares, tales como agentes hipolipemiantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.²⁸

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) como resultado de la función de “bombeo” que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia que presenta las arterias al flujo y el

²⁸ LIMAYLLA, M. Y RAMOS, N., Métodos Indirectos de Valoración del Cumplimiento Terapéutico. 2016. [internet] UNMSM setiembre 2016. [Citado en 25 de agosto del 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/clx23/Downloads/13635-47089-1-PB.pdf



diámetro de la luz arterial. Se mide con un instrumento denominado esfigmomanómetro, apoyado con la ayuda de éste se expresa en (mm) de (Hg) mediante dos cifras. La cifra mayor corresponde a la presión sistólica, que se produce cuando el corazón se contrae y la sangre ejerce mayor presión sobre las paredes de las arterias. La cifra menor representa la presión diastólica que se produce cuando el corazón se relaja después de cada contracción, por lo que la presión que ejerce el flujo de sangre sobre las paredes de las arterias es menor.

Se dice que un paciente es hipertenso cuando tiene hipertensión arterial cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mm de Hg y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mm de Hg.

EVOLUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad que puede progresar sin manifestar ningún síntoma o ser éstos leves, por lo que se le conoce también como “un asesino silencioso”.

Lo anterior indica que se puede tener hipertensión arterial y no sentir ninguna manifestación. Por esta circunstancia, se estima que alrededor de 61% de los individuos afectados desconocen estar enfermos.

CAUSAS

Algunas características propias de cada persona, pueden favorecer el desarrollo de la hipertensión arterial. A estas condiciones se les conoce como factores de riesgo.

Los factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial son:

- Sobre peso
- Falta de actividad física
- Consumo desmedido de sal y alcohol
- Deficiente Ingesta de potasio
- Tabaquismo
- Estrés



- Presión arterial limitante (130-139/85-89 mm de Hg), antecedentes familiares de hipertensión
- Tener más de 60 años de edad.

Las personas que presenten factores de riesgo deberán efectuar los cambios necesarios en su estilo de vida.

PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

- a) Deberá limitar fumar, tomar productos cafeïnados y refrescos de cola, al menos 30 minutos antes de la medición.
- b) Debe estar sentado con buen soporte para la espalda, su brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
- c) La medición podrá realizarse en posición supina (sentado), de pie o acostado.
- d) La medición se efectuará después de cinco minutos de inactividad física.
- e) Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro (aparato que se utiliza para la toma de la presión arterial) mercurial o en su caso uno aneroides recientemente calibrado.
- f) Se utilizará un brazalete (manguillo) del tamaño adecuado, para asegurar una medición precisa, ubicándose a la altura del corazón. La cámara de aire (globo) debe cubrir al menos 40% de la longitud del brazo y al menos 80% de la circunferencia del brazo; algunos adultos con gran masa muscular requerirán un manguillo de mayor tamaño.
- g) Deben registrarse los dos valores (presión sistólica y presión diastólica); la aparición del primer ruido de Korocof define el valor de la presión sistólica y el quinto ruido se usa para definir el valor de la presión diastólica.
- h) El valor de la presión arterial corresponde al promedio de dos mediciones, separadas entre sí por dos minutos o más. Si las dos primeras lecturas difieren por más de cinco mm de Hg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá el promedio.²⁹

²⁹ CENAPRECE Secretaría de Salud. *Hipertensión Arterial Guía para pacientes. México 2011.*



FACTORES ESTRUCTURALES: disminución de la elasticidad y flexibilidad de los grandes vasos.

FACTORES FUNCIONALES: tono vascular, regulado por factores extrínsecos:

- Sodio: la restricción de sal en las personas mayores hace disminuir la PA más que en los individuos jóvenes.
- Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona: existe una menor producción de renina por el riñón envejecido.
- Resistencia Periférica a la Insulina: la hiperinsulinemia favorece la reabsorción renal de sodio y la estimulación del sistema nervioso simpático.
- Sistema Nervioso Autónomo: existe un aumento de noradrenalina circulante, junto con una disminución en receptores beta-adrenérgicos, lo que implica un aumento del tono alfa adrenérgico.
- Factores Natriuréticos Circulantes: Tanto el factor natriurético atrial, como el factor digitalico circulante, parecen intervenir en la fisiopatología de la hipertensión en el adulto mayor, aumentando el sodio intracelular y, secundariamente, el calcio intracelular con un aumento del tono vascular.

FORMAS DE PRESENTACIÓN

La mayoría de los adultos con hipertensión son asintomáticos. Es frecuente identificar la patología al encontrar manifestaciones de las complicaciones crónicas, desarrolladas a partir de una hipertensión sin tratamiento: insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular. Es más común aún identificar a casos reconocidos como hipertensos, pero cuyo tratamiento ha sido irregular y que sufren las consecuencias de tal situación.

DIAGNÓSTICO

- Se realiza mediante la medición de la presión arterial y se debe efectuar en forma estandarizada con materiales de medición apropiados y validados.



- El método estándar de referencia es el esfigmomanómetro de mercurio, con un manguito cuya cámara de aire abarque al menos el 80% de la circunferencia del brazo.
- La automedición de la presión arterial no sirve para el diagnóstico, sin embargo, puede ser útil para distinguir la “HTA de bata blanca “y para mejorar el seguimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Los esfigmomanómetros digitales se consideran inexactos.
- La medición de la presión arterial en el adulto mayor debe realizarse con sumo cuidado para evitar aumentos artificiales y preferentemente a primera hora de la mañana o por la tarde, evitando tomas inmediatamente después de las comidas. Debe medirse en ambos brazos, pues en caso de haber obstrucción unilateral por aterosclerosis, podríamos pasar por alto el diagnóstico. La posición del paciente debe ser sentado y con la espalda apoyada o en decúbito supino (después de reposo por 5 min) y, de ser posible, hacer mediciones inmediatamente después de que se ponga de pie, para valorar la presencia de hipotensión ortostática. La PAS debe primero ser estimada mediante palpación, ya que la desaparición transitoria de los ruidos de Korotkoff es frecuente en este grupo de pacientes.

HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA: Es un estado pasajero de aumento de la presión arterial originado por la ansiedad del encuentro con el médico.

PSEUDOHIPERTENSIÓN: Se define como la obtención de cifras altas de presión arterial que no son reales, sino consecuencia de la rigidez de la pared de los vasos arteriales de los adultos mayores. Sospechar en pacientes donde se observan aumentos leves de la tensión arterial, con ausencia de daño a órgano blanco por hipertensión, ante casi nula respuesta al tratamiento, pese incluso a la aparición de síntomas de hipotensión ortostática con el mismo. Esta situación puede representar hasta el 10 por ciento de casos de hipertensión en adultos mayores.

VARIACIONES EN LA TENSIÓN ARTERIAL: Las personas mayores tienen una mayor prevalencia de hipotensión ortostática, por lo que se recomienda medir rutinariamente la presión arterial en bipedestación 10 min después de la medición con el paciente sentado o acostado. En los adultos mayores existe también un aumento en la variabilidad de la presión arterial, tanto por la mayor frecuencia de



HTA de bata blanca como por las alteraciones en su ritmo circadiano. En cuanto a este último punto, hay que considerar una menor disminución nocturna (hipotensión nocturna) y vespertina de la presión arterial, con un mayor descenso después de las comidas (hipotensión posprandial) y un aumento especialmente marcado a mitad de la mañana.

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: al identificar el caso, la evaluación de la hipertensión arterial en el adulto mayor no difiere mucho de la realizada en personas jóvenes. Al interrogatorio conviene además investigar la presencia de síntomas de hipotensión ortostática y/o posprandial, consumo de medicamentos hipertensores y consumo de más de 30 gramos (1 onza) de alcohol al día.

Seguidamente hay que realizar la valoración funcional del estado mental y social, adicionales a la valoración clínica, con el fin de detectar problemas en estos tres aspectos puedan influir directamente en el éxito del tratamiento o determinar la modalidad del mismo. En particular, es importante determinar la competencia del enfermo para hacerse cargo de su propia vigilancia y medicación.

A continuación, debe evaluarse el riesgo de enfermedad cardiovascular consecutiva, determinado tanto por la presencia de hipertensión arterial como por otros factores, y la presencia de daño en órganos blanco.

Sobre la base de la evaluación y el reconocimiento de factores de riesgo asociados, conviene identificar el nivel de riesgo del sujeto para establecer las prioridades para el tratamiento y la periodicidad del seguimiento.

Grupos de riesgo:

- a) No existen factores de riesgo, ni lesión de órganos blanco.
- b) Al menos un factor de riesgo, excluyendo la diabetes, y no hay evidencia de lesión de órganos blanco.



- c) Diabetes y/o lesión de órganos blanco, con o sin presencia de otros factores de riesgo.³⁰

CLASIFICACIÓN

1. Según la magnitud de las cifras tensionales:

Categorías Sistólica Diastólica

- Óptima <120 y <80
- Normal <130 y <85
- Normal Alta 130-139 y 85-89
- Hipertensión
- Estadio 1(discreta) 140-159 y 90-99
- Estadio 2(moderada) 160-179 y 100-109
- Estadio 3(severa) 180-209 y 110-119
- Estadio 4(muy severa) 210 y + y 120 y + (mm Hg)

Para designar una categoría intermedia entre normo tensión e hipertensión, se incluye el término hipertensión límitrofe, con cifras tensionales de 140 mm Hg de Tensión Arterial Sistólica o TAS y 90-94 mm Hg de Tensión Arterial Diastólica o TAD.

- Hipertensión sistólica; definida como la elevación tensional persistente con cifras TAS superiores a 140 mm Hg y de TAD inferiores a 90 mm Hg - Hipertensión diastólica.

TIPO DE HIPERTENSIÓN:

- Fase 1: HTA sin síntomas ni signos de afecciones orgánicas.
- Fase 2: HTA con hipertrofia ventricular izquierda, o estrechamiento arteriolar en el fondo de ojo, o ambos.
- Fase 3: HTA con lesión de “órganos diana”(corazón, cerebro, riñones y grandes arterias), en la que el daño orgánico puede expresarse como infarto

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. Guía de Diagnóstico y Manejo de Hipertensión arterial. 2010



del miocardio, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial oclusiva, aneurisma disecante de aorta, insuficiencia renal y otras.

EVOLUCIÓN

La evolución de la hipertensión arterial es tensión alta, presión arterial alta depende en gran medida de la adopción temprana de un tratamiento. Por lo general, la hipertensión cursa de manera silente durante años o incluso décadas. La presión arterial elevada aumenta la probabilidad de desarrollar una patología secundaria. Si no recibe tratamiento, puede ocasionar daños en el corazón, los vasos sanguíneos, el cerebro, los ojos y los riñones. La administración de un tratamiento adecuado y una modificación del estilo de vida permiten reducir la presión arterial hasta unos valores normales.

Para que el tratamiento tenga éxito es fundamental que el afectado colabore cambiando sus hábitos de vida y tomando la medicación con regularidad y de manera continuada. Existen programas de formación especiales en los que las personas hipertensas pueden obtener información sobre el manejo de la hipertensión arterial y las opciones terapéuticas.

Si no reciben tratamiento a tiempo, muchos afectados mueren a causa de las complicaciones de la presión arterial elevada. Aproximadamente la mitad debido a una cardiopatía coronaria o infarto cardiaco, un tercio a causa de trastornos circulatorios en el cerebro o accidente cerebrovascular y hasta un 15% por una insuficiencia renal.³¹

ETIOLOGÍA

La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la dieta y la actividad física, favorecen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial. Esta interacción origina los denominados fenotipos intermedios, mecanismos que determinan el fenotipo final hipertensión arterial a través del gasto cardíaco y la resistencia vascular total. Los fenotipos intermedios incluyen, entre

³¹ DELGADO T., hipertensión arterial y su evolución.2014. [internet] RM. [Citado en 05 de mayo del 2018]. Disponible en https://www.onmeda.es/enfermedades/hipertension_arterial-evolucion-1685-9.html



otros: el sistema nervioso autónomo, el sistema renina angiotensina, factores endoteliales, hormonas vasopresoras y vasodepresoras, volumen líquido corporal. En una población libre de factores que predispongan a la hipertensión, la Presión Arterial presentará una distribución normal, estará desviada a la derecha y tendrá una base estrecha o menor varianza. Cuando surge un factor que predispone a la hipertensión, como el aumento de masa corporal, la curva de distribución normal se desplaza más hacia la derecha, aumenta la base lo que significa mayor varianza, y se aplanan. Si al aumento de peso corporal se agrega otro factor, como el consumo de alcohol, la curva se desplazará aún más hacia la derecha, aumentará la varianza y habrá más individuos considerados hipertensos. Los límites entre la influencia del ambiente y de los genes son borrosos. Sobre todo, con la detección del retardo del crecimiento intrauterino como fuerte indicador predictivo de hipertensión futura.³²

TRATAMIENTO

Inicio de la terapia

La decisión de iniciar administración de medicamentos antihipertensivos dependerá del nivel de riesgo cardiovascular que se le ha adjudicado según la evaluación integral del paciente, tomando en cuenta fundamentalmente: nivel de la presión arterial sistólica y diastólica, factores de riesgo (incluyendo comorbilidades) y presencia de daño clínico o subclínico en los órganos blanco.

Los pacientes hipertensos que iniciarán terapia farmacológica son:

- 1) Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses y en quienes no se han obtenido las metas de la presión arterial.
- 2) Hipertensos con niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica 120 mmHg, independiente de otros parámetros.

³² MAICAS C, Y otros., Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial.2003. [internet] TS. [Citado en 05 de mayo del 2018]. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hipertension_fisiopatologia_espana.pdf



- 3) Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial.

La terapia farmacológica puede ser con agente único o en combinaciones apropiadas.

Los grupos de medicamentos antihipertensivos probados su eficacia y aceptados de primera elección en monoterapia corresponden a: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, 13-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas. En personas mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los (3-bloqueadores como primera elección).

El inicio de monoterapia podrá realizarlo el médico general del primer nivel de atención con uno de los agentes antihipertensivos mencionados, para lo cual se recomienda iniciar con los siguientes:

- Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día) o
- Losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día) o
- Hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día) o
- Amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día).

Terapia farmacológica combinada

La decisión de iniciar terapia farmacológica combinada dependerá en principio de la respuesta clínica. De no alcanzarse la meta en al menos 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo, debe combinarse". Si la dosis inicial convencional de un agente único no muestra eficacia, también se recomienda combinar.

El inicio de terapia combinada podrá realizarlo el médico del primer nivel de atención. Cuando se inicie terapia combinada debe considerarse que el paciente sea referido al siguiente nivel para evaluación del cardiólogo o médico internista.

Los grupos de pacientes, en quienes se prefiere combinar la terapia precozmente (4 semanas en monoterapia) o desde el principio, incluyen:



- 1) Aquellos que muestren niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica 100 mmHg.
- 2) Síndrome metabólico.
- 3) Hipertensos con riesgo cardiovascular moderado a más.
- 4) Adulto mayor⁹.
- 5) Obesidad

CONTROLES

Una vez que el paciente tenga el tratamiento instaurado y este tiene un control de su presión arterial <140/90mmHg o según meta terapéutica, se realizarán controles cada mes por un periodo de 6 meses. Por lo menos, en 4 de los 6 controles, la medida de PA deberá estar dentro del rango objetivo, considerándose como paciente controlado. Conseguido ello, los controles se realizarán cada tres meses en el establecimiento de salud asignado tomando en cuenta la categorización de riesgo cardiovascular.

Todo paciente con diagnóstico de hipertensión arterial que inicia terapia farmacológica en el primer nivel de atención deberá tener un primer control en el establecimiento de salud del segundo nivel de atención, por médico especialista cardiólogo o internista, para evaluar la terapéutica y los resultados de la misma. Además, tendrán un control anual por el médico internista del segundo nivel de atención. De la misma manera, los pacientes tratados en el segundo nivel de atención, tendrán un control anual por el cardiólogo del segundo nivel (de contar con él) o del tercer nivel de atención, quien evaluará si el paciente continuará siendo atendido en el establecimiento de salud del que fue referido o en otro de diferente nivel de atención.

El médico internista o cardiólogo podrá referir al médico del primer nivel de atención los pacientes hipertensos para su seguimiento y monitoreo una vez controlados, con las indicaciones precisas respecto al tratamiento y al seguimiento.

Otra estrategia de control en el paciente hipertenso con riesgo cardiovascular alto es considerar en el tratamiento la administración de estatinas y antiagregantes plaquetarios.

COMPLICACIONES

Las complicaciones de los pacientes hipertensos son aquellas que dependen del compromiso clínico o subclínico de los distintos órganos blanco como:

- Riñón: daño renal, microalbuminuria, nefropatía, insuficiencia renal.
- Cerebro: arterioesclerosis, micro aneurisma, infartos lacunares silentes, trombosis cerebral, hemorragia, embolia cerebral y demencia.
- Corazón: trombosis coronaria, infarto del miocardio, muerte súbita o pérdida del músculo e hipertrofia ventricular izquierda
- Ojo: ruptura de pequeños capilares de la retina del ojo y puede causar ceguera

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La atención de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial se realizará según niveles de atención:

- Primer nivel de atención: hipertensos con riesgo cardiovascular bajo y moderado. Hipertensos controlados con riesgo cardiovascular alto.
- Segundo nivel de atención: hipertensos con riesgo cardiovascular alto. Hipertensos con riesgo cardiovascular muy alto (de no contar con tercer nivel de atención). hipertensos controlados con riesgo cardiovascular muy alto.
- Tercer nivel de atención: hipertensos con riesgo cardiovascular muy alto. Hipertensos controlados con riesgo cardiovascular muy alto.³³

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Se produce por el aumento de la fuerza de presión que ejerce la sangre sobre las arterias de forma sostenida. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como infarto de corazón, accidente cerebrovascular, daño

³³ MINSA. Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Lima 2015



renal y ocular, entre otras complicaciones. Se puede evitar si se controla adecuadamente.

ADHERENCIA: Que hace mención a la aglutinación o el pegamiento físico de distintos elementos. La adherencia también es la propiedad de aquello que es adherente que se pega a otra cosa.

ESTILO DE VIDA: Es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

TEST DE MORISKY- GREEN: Método validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky -Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA) y consta de 4 preguntas.

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVO: Porque se describieron los resultados de las variables investigadas sin ser manipularlas, en tal sentido se describió los estilos de vida y la adherencia terapéutica.

TRANSVERSAL: porque la medición de las variables se efectuó en un periodo determinado.

3.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Enfermería en Salud Pública: Estrategia Sanitaria Nacional. Programa integral de prevención y control de Hipertensión Arterial

3.3 POBLACIÓN MUESTRAL

3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población y muestra a la vez estuvo conformado por pacientes, que asistieron al Programa Integral de prevención y control de la Hipertensión Arterial del Centro de Salud Echarati, que cuenta con 80 pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial, que acudieron para sus controles a este Establecimiento de Salud.

3.3.2 MUESTRA

La muestra se determinó a través del muestreo no probabilístico considerando el tipo de muestreo por conveniencia.

3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial que asisten con regularidad al programa integral de prevención y control de la Hipertensión

Arterial y que acepten participar del estudio firmando el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedades como la diabetes que afecte notablemente su capacidad de orientación del tiempo, espacio y persona.
- Pacientes que no dieron el consentimiento informado.

3.3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS

TÉCNICA: Se empleó la Entrevista.

INSTRUMENTOS La recolección de datos se realizó mediante una encuesta que estuvo estructurada en 3 partes;

- La primera parte sirvió para recolectar información sobre las variables intervinientes
- La segunda parte correspondió al cuestionario de estilos de vida.
- La tercera parte el test de Morisky-Green validado y utilizado para determinar la adherencia.

3.3.5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El cuestionario de estilos de vida fue sometido a juicio de expertos por profesionales como médicos y licenciadas de enfermería conocedores del tema cuyas observaciones fueron tomadas para el mejoramiento del instrumento.

El de Test de Morisky – Green se encuentra validado y sirvió para medir la adherencia al tratamiento hipertensión arterial.

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizaron las siguientes actividades:

- Trámite de solicitud de autorización del jefe del Centro de Salud Echarati.
- Coordinación con el personal para acceder al área de estudio.



- Selección de horarios para encuesta a cada paciente considerando los criterios de inclusión y exclusión.
- Aplicación de las entrevistas a los pacientes seleccionados previa firma del consentimiento informado.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron las siguientes actividades:

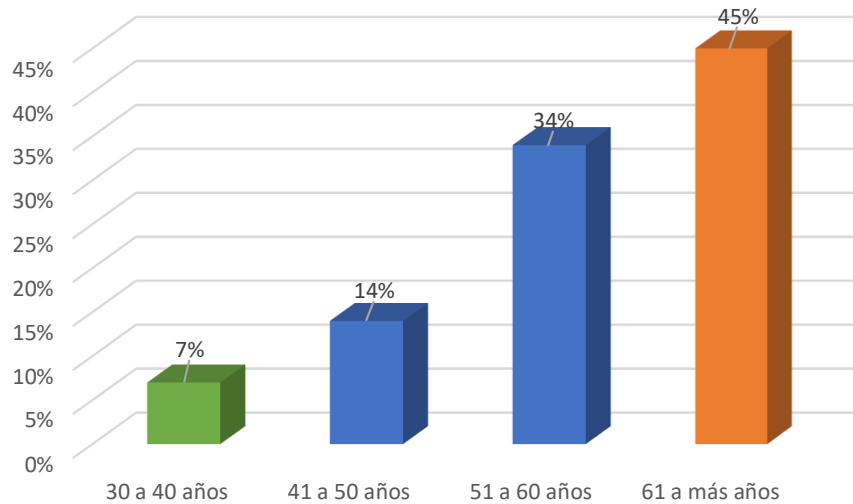
- Tabulación de los datos en el programa Microsoft Excel
- Interpretación y análisis de los resultados.



CAPÍTULO IV
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

GRÁFICO Nº 1

EDAD DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.



Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

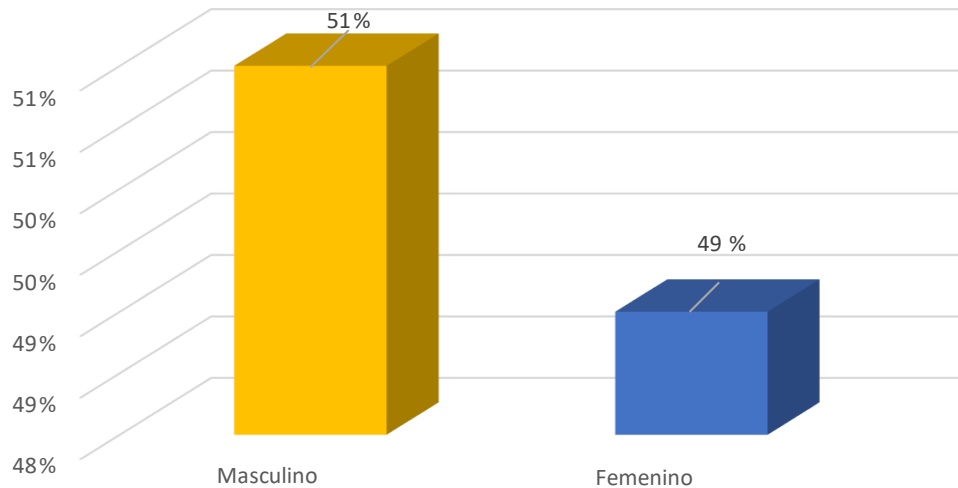
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa, 45% de los pacientes son de 61 a más años, mientras que 7% está entre 30 a 40 años.

Los resultados no son semejantes a **SUAREZ M.**, en el estudio **“LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL” - UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO - MÉXICO 2013**. Donde muestra que un 45% de adultos mayores tienen edades entre 40 y 49 Años, 54% de 60 a más años.

Uno de los aspectos determinantes de la salud de las personas es la edad como factor no modificable, que puede actuar como un predisponente para que muchas enfermedades especialmente aquellas relacionadas al sistema cardiovascular, empiecen a generar alteraciones y complicaciones. En el presente estudio la mayor cantidad de pacientes con hipertensión arterial están en el grupo de más de 61 años, lo cual es un factor que va a traer consigo mayores complicaciones.

GRÁFICO Nº 2

SEXO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATI, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se aprecia que el 51% de los pacientes que acuden al centro de salud de Echarati son de sexo masculino y 49% son de sexo femenino.

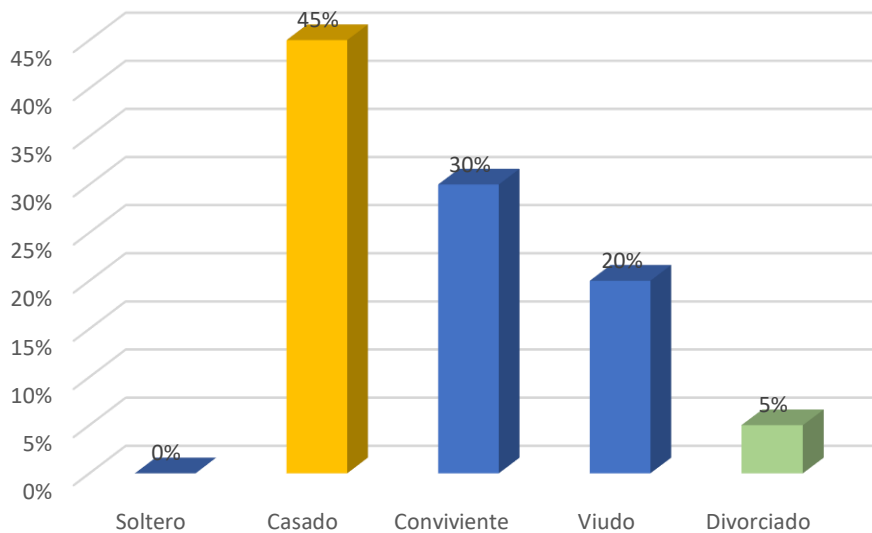
Los resultados no se asemejan al de **GORDON M. Y GUALOTUÑA M.**, en el estudio **“HIPERTENSIÓN ARTERIAL RELACIONADA CON EL ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TIPO A PUJILÍ EN EL PERIODO JULIO - DICIEMBRE 2014” UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR 2014.** Que encontró 70% de los pacientes hipertensos son de sexo femenino y un 30% es de sexo masculino podemos evidenciar que las personas de sexo femenino son las que más padecen de hipertensión arterial.

En cuanto a los resultados se puede observar que existe un predominio en sexo masculino y eso se debería a que los varones cuando presentan síntomas y signos acuden al centro de salud mayoritariamente; contrariamente las mujeres que presentan esta patología no le dan debida importancia ya que su umbral del dolor es mayor; razón por la cual ellas tendrán mayor pronóstico a largo plazo en el



control de algunas enfermedades. La mujer en muchas ocasiones descuida su salud por el cuidado de su familia, trabajo y otras actividades que suelen ser aparentemente de menor esfuerzo físico lo que les brinda una falsa seguridad de salud.

GRÁFICO Nº 3

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE
SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

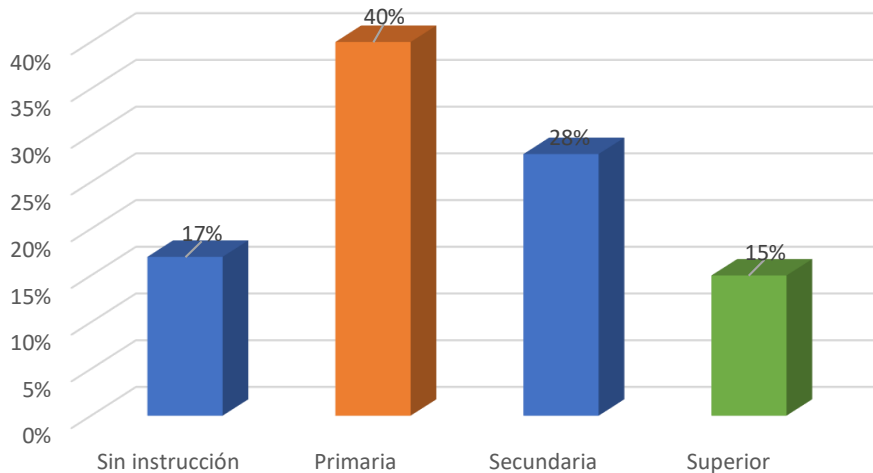
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa 45% de los pacientes son casados, no presentando ningún soltero, mientras un 5% son divorciados.

Los resultados no son semejantes al estudio de **SUAREZ M.**, en el estudio “**LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**” - UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO - MÉXICO **2013**. Donde obtuvo que 46% es soltero, 54% son casados.

De los resultados hallados se deduce que en su mayoría los pacientes con hipertensión arterial son casados, teniendo doble responsabilidad tanto en el área Laboral como familiar, lo que hace suponer al estrés que están sometidos ya que este actúa en el desarrollo y mantenimiento en la hipertensión arterial.

GRÁFICO Nº 4

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL
DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO
DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

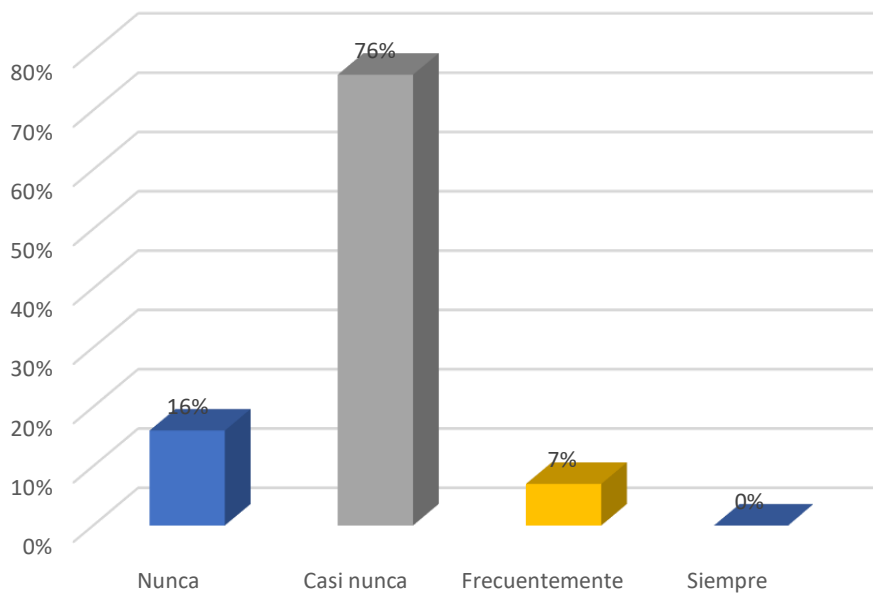
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En gráfico se aprecia que el 40% de los pacientes tienen estudios primarios mientras que un 15% tienen estudios superiores.

Los resultados no son semejantes al estudio de **CHILUIZA M.**, en el estudio **“FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PARROQUIA SAN ANDRÉS.” UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO 2016.** en el obtuvo que 75.5% de los pacientes tuvieron instrucción primaria 17,3% secundaria, 4.5% analfabetos.

El grado de instrucción si bien es cierto influye en la presencia de las enfermedades, pero en muchas ocasiones no determina lo bueno o malo de la salud de las personas, ya que a mayor nivel de instrucción es relativo el ingreso económico por lo tanto alteraciones en el tiempo y/o horas de alimentación creando irregularidades en este aspecto, en nuestro estudio. El grado de instrucción primaria es un factor importante ya que ellos por desconocimiento no se tratarían oportunamente su enfermedad.

GRÁFICO Nº 5

FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS EN LOS PACIENTES
DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA
CONVENCIÓN - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa 76% de los encuestados indican que casi nunca comen fruta y verduras, y que solo 7% consumen frutas y verduras.

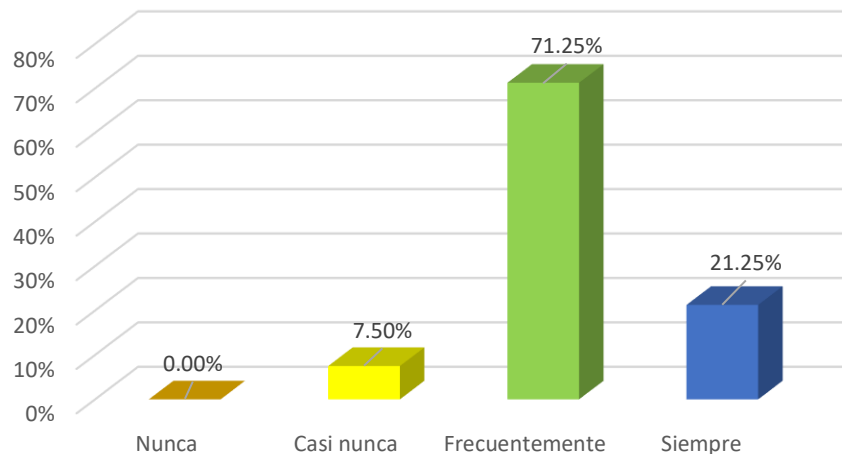
Según (**Organización Mundial de la Salud**) menciona que las frutas y las verduras son componentes esenciales de una dieta saludable, y un consumo diario suficiente podría contribuir a la prevención de enfermedades importantes, como las cardiovasculares y algunos cánceres. En general, se calcula que cada año podrían salvarse 1,7 millones de vidas si se aumentara lo suficiente el consumo de frutas y verduras.

La alimentación de un paciente con patologías cardiovasculares debe de ser con algunas restricciones que le permita un mejor desempeño del musculo cardiaco dentro de estas podemos considerar el consumo de frutas y verduras, con el cual



se incrementa el número de vitaminas y minerales requeridos por el organismo, evidenciándose que la mayoría no consume una alimentación saludable que beneficiaría su salud.

GRÁFICO Nº 6

**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CHATARRA EN LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA
CONVENCIÓN - CUSCO 2019.**

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

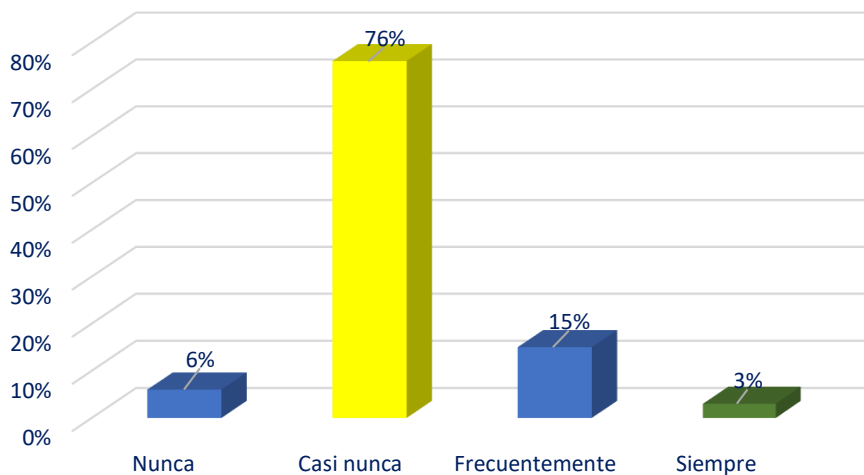
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa 71.25% de los pacientes refieren consumir frecuentemente comida chatarra, mientras 7.50% casi nunca consume comida chatarra.

Los resultados no coinciden al estudio de **PAREJA N.**, en el estudio: **“ESTILOS DE VIDA RELACIONADO CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAYLLA, CUSCO-2017” UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO. 2017.** En un estudio realizado en una población perteneciente al centro de salud de Saylla Cusco, encontró que el 46.7% consumen comidas ricas en grasas en comparación con un 71% en el centro de Echarati siendo una diferencia altamente notable.

La comida chatarra o comida basura son aquellos alimentos que presentan gran cantidad de grasas, azúcar y/o sal que son ingredientes que deterioran la salud de las personas con hipertensión arterial.

GRÁFICO Nº 7

FRECUENCIA DE CONSUMO DE AGUA FUERA DE LAS COMIDAS EN LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA
CONVENCIÓN - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

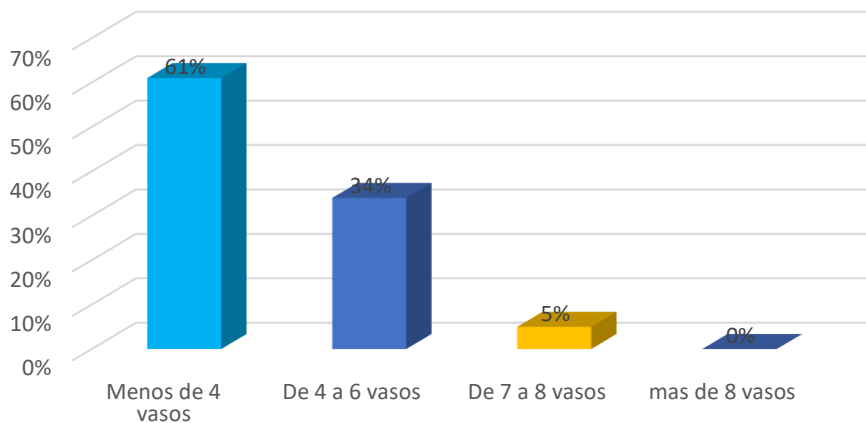
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa 76% de los pacientes casi nunca toman agua fuera de las comidas, mientras un 3% siempre toman agua.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el agua es esencial para el cuerpo humano en cualquier etapa de la vida porque ayuda a regular la temperatura corporal, manteniendo la piel hidratada y elástica, lubricando articulaciones y órganos y manteniendo una buena digestión. El agua es el componente químico principal del cuerpo y representa el 60 por ciento del peso corporal. El cuerpo depende del agua para sobrevivir. Cada célula, tejido y órgano del cuerpo necesita agua para funcionar correctamente.

Los pacientes del programa integral de prevención y control de la hipertensión arterial del centro de salud de Echarati no tienen el hábito del consumo del agua fuera de las comidas a pesar de las condiciones demográficas del distrito en el cual la temperatura ambiental alcanza los 23.6 c°.

GRÁFICO Nº 8

FRECUENCIA DE CONSUMO DIARIO DE AGUA EN PACIENTES DEL
PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA
CONVENCIÓN - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

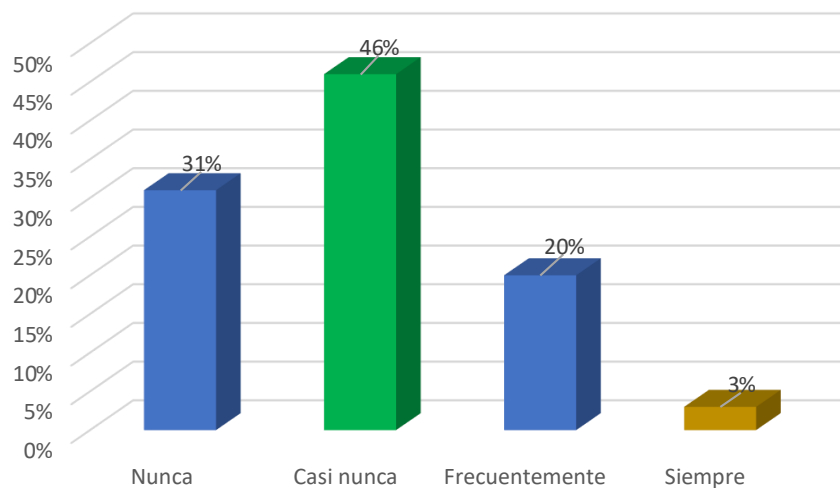
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el presente gráfico se observa 61% de los pacientes toman menos de 4 vasos al día, mientras 5% toman de 7 a 8 vasos al día lo ideal es consumir 2 litros.

Según el MINSA, el agua es indispensable para el buen funcionamiento de nuestro organismo, por ello nutricionistas del Instituto nacional de Salud recomienda beber entre 6 y 8 vasos de agua al día a fin de prevenir cuadros de deshidratación. Lo cual ayuda a llevar un proceso digestivo normal, transporta los nutrientes a las células del cuerpo contribuye a la oxigenación del cerebro.

A esto sumamos el bajo consumo de agua, en el que más de tres cuartos de la población no lo hace frecuentemente y los que así lo hacen consumen menos de cuatro vasos por día, siendo este hábito totalmente perjudicial para el normal funcionamiento cardiovascular con la posibilidad de generar mayores complicaciones, de hipertensión ya adquiridas. Es importante el trabajo multisectorial, ya que compromete al sector salud. La hipertensión arterial es una enfermedad considerada de salud pública.

GRÁFICO Nº 9

FRECUENCIA DE CAMINATAS DIARIAS EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA
CONVENCIÓN - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

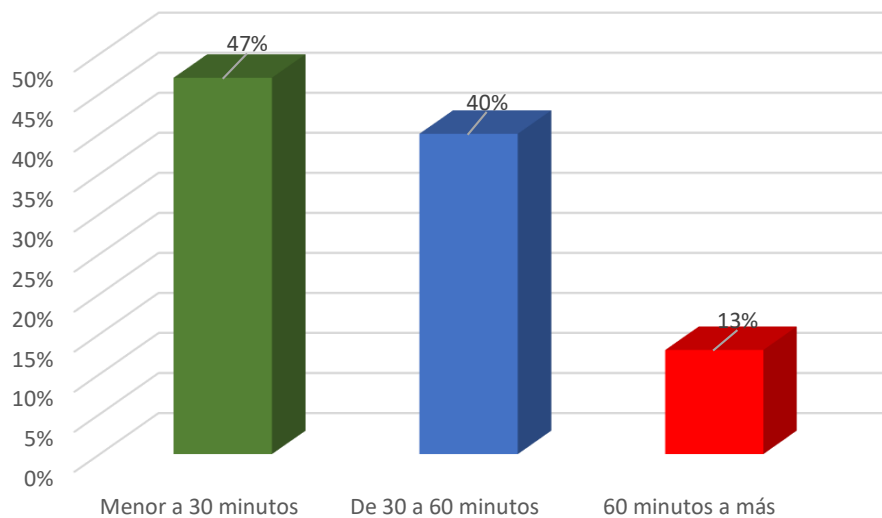
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa 46% de los pacientes encuestados indican que casi nunca realizan caminatas diarias, mientras 3% hace caminatas diarias lo recomendable es de 30 minutos diarios.

Los resultados no coinciden al estudio de **BURBANO D.**, en el estudio “**ESTILOS Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD DEL PACIENTE HIPERTENSO**”. **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA 2017- COLOMBIA 2017.** Donde obtuvo 68.2% de los pacientes realizan actividad física siempre y 19.9 % a veces el 11,9% casi nunca.

Los pacientes del Programa Integral de Prevención y control de la Hipertensión Arterial refieren realizar caminatas diarias de 30 minutos entre casi nunca y nunca probablemente será debido a que no conocen la importancia de esta actividad sobre la salud física, pero en verdad ellos caminan diariamente se trasladan a su centro de labor y otras actividades.

GRÁFICO Nº 10

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA
CONVENCIÓN - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

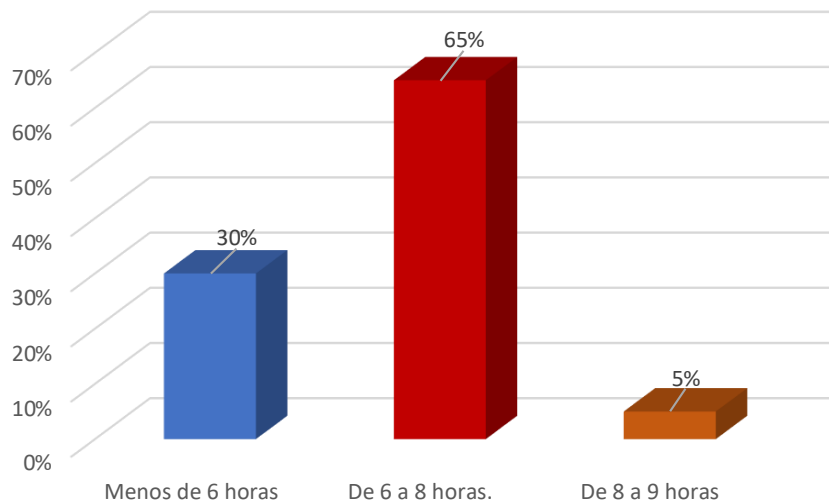
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa 47% de los pacientes realizan actividad física diaria 30 minutos, mientras un 13% hace más de 60 minutos actividad física.

Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el nivel adecuado de actividad física regular en los adultos, reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

La actividad física (trabajo) es un factor clave para reducir el riesgo de hipertensión arterial en Echarati la mayoría son agricultores por lo tanto están en constante actividad física.

GRÁFICO N° 11

HORAS DE SUEÑO DIARIAS EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

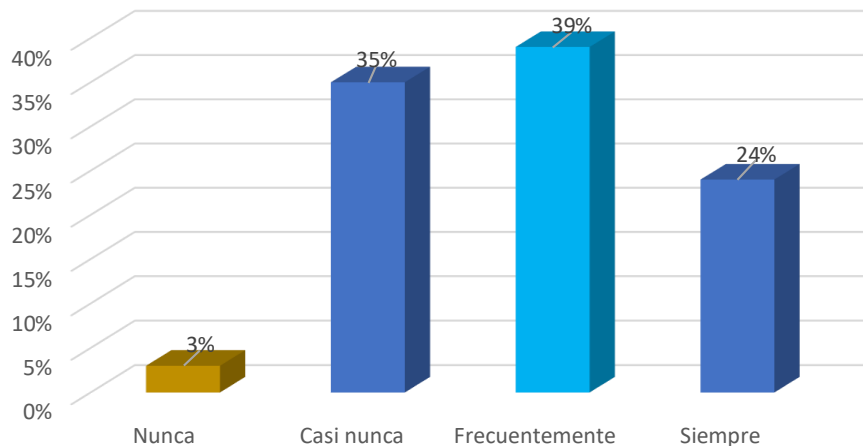
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En gráfico se aprecia que el 65% de los pacientes indican que duermen de 6 a 8 horas por día, 5% duermen entre 8 y 9 horas al día.

Los resultados no son semejantes al estudio de **BURBANO D.**, en el estudio **“ESTILOS Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD DEL PACIENTE HIPERTENSO”**. **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA 2017- COLOMBIA 2017**. Donde obtuvo que 56% a veces duerme bien, 35.1% casi siempre duerme bien, 8,6% casi nunca duerme bien.

Las horas de sueño recomendado es de 7 a 8 horas tiempo en el cual el organismo recupera energía condición que se aprecia en los pacientes del programa hipertensión arterial del centro de salud, cual podría deberse a que han interiorizado la valía del descanso y sueño en el manejo de su enfermedad. Asociado a su residencia en el campo en el cual se descansa temprano.

GRÁFICO N° 12

FRECUENCIA DE VER TELEVISIÓN, PELÍCULA O ESCUCHA MÚSICA EN
LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD
ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

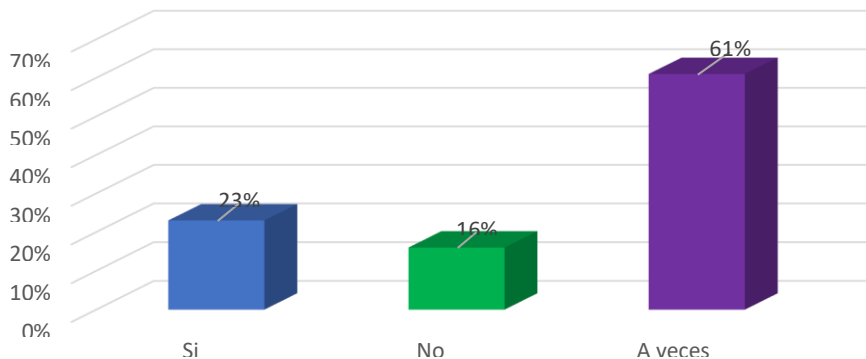
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se aprecia que el 39% refiere que frecuentemente ven televisión, películas o escucha música en sus ratos libres, mientras 3% nunca hace ninguna de estas actividades.

MOSQUERA L. (Innovación audiovisual), menciona que la distracción audiovisual es una necesidad de gratificación instantánea para pasar el rato, contrarrestar el aburrimiento o proporcionar un breve descanso de otras tareas y se realiza a través del entretenimiento o la información. Con frecuencia las personas buscan mejorar su estado de ánimo. El contenido se busca en un canal de televisión o en la plataforma que mejor satisfaga sus intereses de distracción (música, concursos, comedia).

Los pacientes con hipertensión arterial ven la televisión siendo un modo de distracción para entretenerse y no aburrirse disfrutando frecuentemente de la televisión para contrarrestar el aburrimiento.

GRÁFICO N° 13

CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

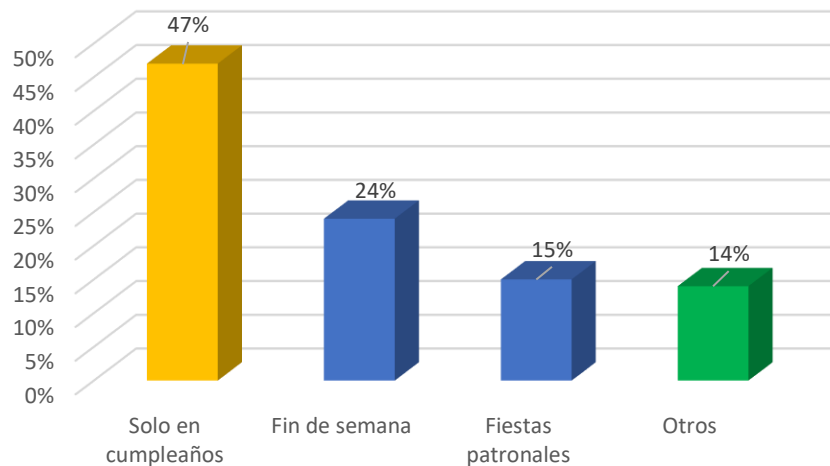
En el gráfico se puede apreciar que el 61% de los pacientes hipertensos si consume alcohol el 16% no consumen alcohol.

Los resultados se asemejan a **GORDON M. Y GUALOTUÑA M.**, en el estudio **“HIPERTENSIÓN ARTERIAL RELACIONADA CON EL ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE**

SALUD TIPO A PUJILÍ EN EL PERIODO JULIO - DICIEMBRE 2014” UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR 2014. Donde obtuvo que el 64% de los pacientes consumen alcohol. Mientras los resultados de **BURBANO D.**, en el estudio **“ESTILOS Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD DEL PACIENTE HIPERTENSO”.** **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA 2017-COLOMBIA 2017.** Menciona que 93.4% ingiere alcohol entre 0-7 tragos semana y 5,3% de 8 a 12 tragos por semana el 1.3% más de 12 tragos semana. Resultados que no coinciden con el estudio.

El consumo excesivo de alcohol se refiere a la condición en la que la persona en alguna ocasión. Presento alteraciones significativas en la conducta y el organismo, esto hace que exista un aumento en la presión arterial.

GRÁFICO N° 14

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES DEL
PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA
CONVENCIÓN - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

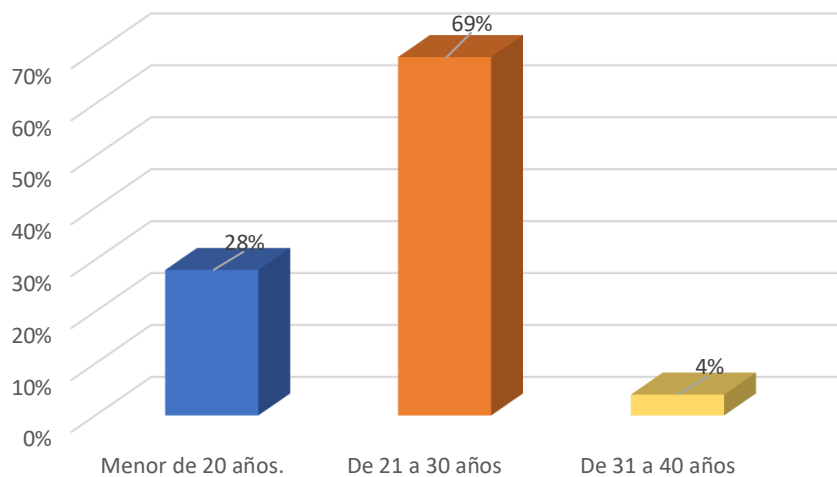
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se puede apreciar que el 47% de Los pacientes consumen alcohol solo en cumpleaños, mientras 14% mencionan otros.

Organización Mundial de la Salud (OMS): Menciona que el consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido la hipertensión arterial, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares.

De los resultados hallados se deduce que todos los pacientes de hipertensión arterial consumen alcohol en diferentes ocasiones a un sabiendo que es dañino para su salud esto podría explicarse por las costumbres tradicionales de la población en que con frecuencia se celebran fiestas patronales, aniversarios cumpleaños y otros.

GRÁFICO Nº 15

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCIÓN - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

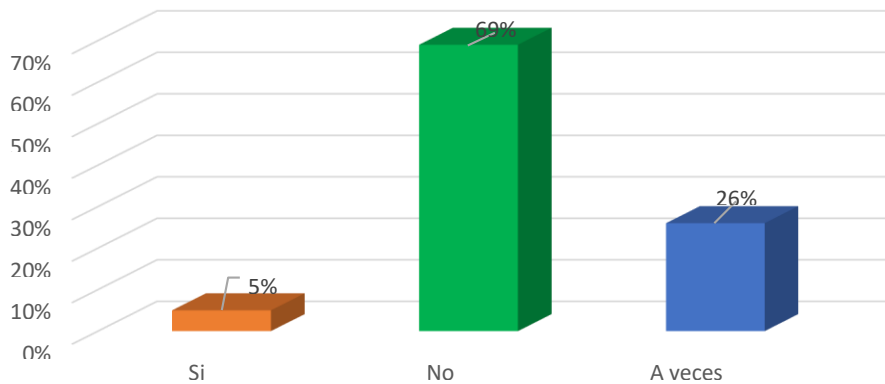
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa 69% de los pacientes empezaron a consumir alcohol entre los 21 a 30 años, mientras 4% de 31 a 40 años.

SEGÚN ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El consumo de alcohol Provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol causando daño al cerebro y otros órganos.

Se puede indicar que la mayoría de pacientes hipertensos consumen alcohol en una etapa temprana, esto aumenta el riesgo de enferman enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial produciendo un desorden en su estilo de vida.

GRÁFICO N° 16

CONSUMO DE CIGARRO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

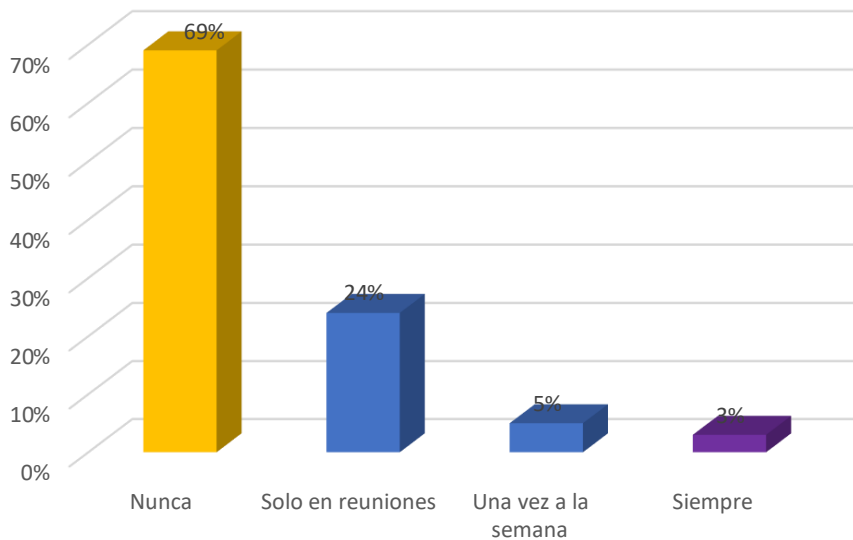
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa que el 69% de los pacientes indica que no fuma, mientras 5% lo hace la nicotina tapa las arterias y el monóxido de carbono daña las capas internas más susceptibles a la arterosclerosis.

Los resultados hallados no coinciden con **GORDON M. Y GUALOTUÑA M.**, en el estudio **“HIPERTENSIÓN ARTERIAL RELACIONADA CON EL ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TIPO A PUJILÍ EN EL PERIODO JULIO - DICIEMBRE 2014” UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR 2014.** Obtuvo 30% de sus pacientes fuman, mientras **BURBANO D.**, en el estudio **“ESTILOS Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD DEL PACIENTE HIPERTENSO”. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA 2017- COLOMBIA 2017** Indica que el 77.5% no ha fumado los 5 años anteriores. Acercándose a los datos obtenidos de no fumar en un 69%.

El hábito de fumar cigarrillos aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, pero lo que no todos saben es que también aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardiacas, hipertensión arterial especialmente afecciones vasculares periféricas.

GRÁFICO N° 17

FRECUENCIA DE FUMAR EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA INTEGRAL
DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO
DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

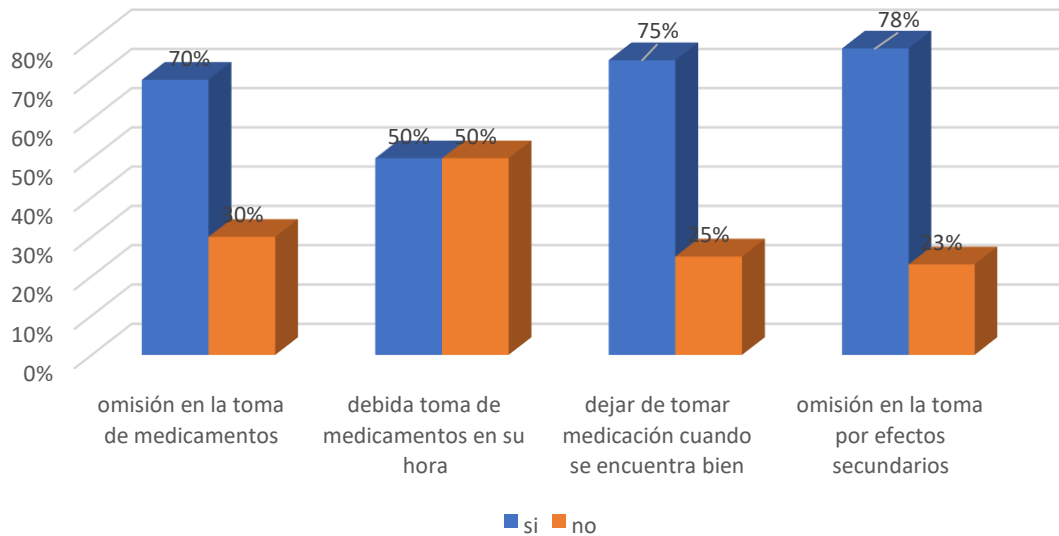
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el presente gráfico se observa 24% de las pacientes personas, indican que fuman solo en reuniones, mientras un 2% siempre lo hace.

Según la organización mundial de salud. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares después de la hipertensión arterial.

De los resultados hallados se deduce que un porcentaje mínimo fuma debido a la falta de adaptación al nuevo sistema de vida. El tabaquismo incrementa la severidad y frecuencia de las complicaciones micro y macro vasculares la dependencia del tabaco tiene tres veces más probabilidades de morir de enfermedades cardiovascular.

GRÁFICO Nº 18

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES EN EL PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

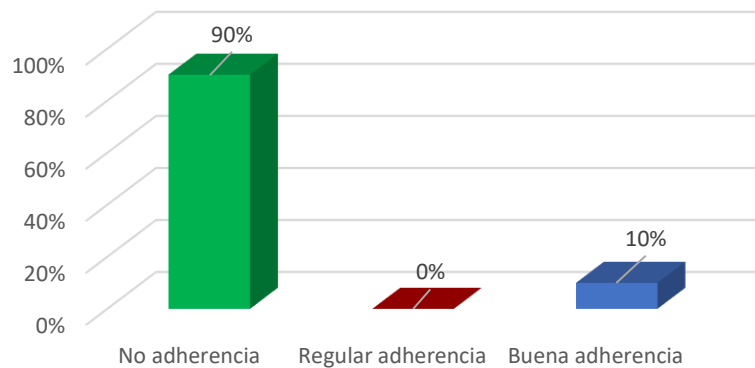
En el presente gráfico se evidencia a la pregunta si siente síntomas adversos a la toma de medicamento y dejarlo el 78% declara que dejaría la medicación. El 25% de los pacientes indican que si se sienten bien dejan de tomar la medicación. El 50% de los pacientes toma la medicación a la hora indicada y el 70% declara haber olvidado de tomar el medicamento como es indicado.

Los resultados hallados no coinciden con **SUAREZ M.**, en el estudio **“LA ADHESION AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL” - UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO - MEXICO 2013.** Donde obtuvo que un 92 % de los pacientes que indicaron que toman de manera adecuada su medicación diaria, el 8% no toma el medicamento cuando presenta efectos secundarios.



De los resultados obtenidos se aprecia irresponsabilidad en la toma de medicación, es común olvidar el medicamento como no tomarlo en la hora indicada. También declaran que si el medicamento tiene buenos resultados y se siente mejor dejan de medicarse y a si presentan síntomas adversos cuando dejan la medicación.

GRÁFICO N° 19

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA (PUNTACIÓN) AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES EN EL PROGRAMA INTEGRAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CENTRO DE SALUD ECHARATE, LA CONVENCION - CUSCO 2019.**

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

En el gráfico se observa que el 10 % de pacientes del programa de hipertensión tienen buena adherencia, 90% no son adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial los encuestados presentan más de 4 puntos o una buena adherencia no se encontró casos que sumen 3 puntos y de 0 a 2 puntos escala de no adherencia al tratamiento en un 90 % de los pacientes encuestados.

Los resultados no se asemejan al de **SUAREZ M.**, en el estudio **“LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL” - UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO - MÉXICO 2013.** Menciona que el test de MORISKY indica que el 31 % de los pacientes se manifestaron no adherentes.

MARLÍN Y. SOLÓRZANO R., en el estudio **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO- MAYO 2015” UNIVERSIDAD DE CARABOBO 2015.** Obtuvo que su población no es adhesiva al tratamiento en un 72.7% acercándose a los datos obtenidos en el presente estudio.



De los resultados se concluye que los pacientes del programa integral de hipertensión arterial del centro de salud de Echarati se hallan en riesgo debido a su baja adherencia, el cual podría deberse a que muchos de los usuarios provienen de las comunidades aledaños a la población lo que le dificulta su asistencia frecuente al centro de salud. La medicación pre escrita lo consumen según se le adecue a su ritmo de vida.



CONCLUSIONES

1. Según las características generales de los pacientes que acuden al programa integral de hipertensión arterial del centro de salud Echarati La Convención, se obtuvo que un 61% tuvo más de 61 años, 45% del sexo masculino, 45% casados, 40% grado de instrucción primaria.
2. En cuanto a los Estilos de vida sub dimensión alimentación de los pacientes que acuden al programa integral de hipertensión arterial del centro de salud Echarati La Convención, 16% consumen y un 76% casi nunca, El consumo de comidas en sus horas es la conducta habitual siendo de un 56%, El consumo de comida chátara es alarmante con un 71% que declara comerla frecuentemente. Y el consumo de agua es muy bajo entre comidas es solo de un 18%, Estilos de vida sub dimensión actividad física de los pacientes que acuden al programa integral de hipertensión arterial del centro de salud Echarati La Convención, La caminata diaria no es una costumbre siendo que nunca se realiza en un 31%. La actividad física es muy baja siendo menor de 30 minutos diarios en un 475 de la población, El 65% de los pacientes duerme entre 6 a 8 horas diarias. Y disfruta de la televisión frecuentemente 39%, Estilos de vida sub dimensión hábitos nocivos de los pacientes que acuden al programa integral de hipertensión arterial del centro de salud Echarati La Convención. El 61% de los pacientes indica que el consumo de alcohol de a veces y si consumo es de un 77% siendo una cantidad elevada en comparación con los antecedentes. Y la motivación en su mayoría es de cumpleaños en un 47% y amigos de 24%. Con una edad de inicio de consumo de 21 a 30 años en un 69%, La mayoría de los pacientes no fuma en un 69% y de ellos solo 24% lo hace en reuniones.
3. En cuanto a La Adherencia terapéutica en los pacientes que acuden al programa integral de hipertensión arterial del centro de salud Echarati La Convención, por ítem encontramos que el 70% olvida tomar medicación, el 50% no toma la medicación a las horas debidas, el 25% deja de tomar la medicación al sentirse bien, un 78% deja de tomar el medicamento si le sienta mal, según el test de MORISKY en los pacientes en Echarate afiliados al programa de hipertensión encontramos un nivel alarmante de no adherencia



SUGERENCIAS

AL CENTRO DE SALUD DE ECHARATI

Organizar charlas destinadas a los pacientes con hipertensión arterial y familiares con el fin de concientizarlos en la importancia del apoyo familiar para una buena adherencia terapéutica.

Fortalecer la adecuada relación entre el profesional y el paciente creando un vínculo más estrecho y de confianza que permita lograr una estrategia terapéutica por lo tanto exista menos tasa de abandono al tratamiento.

A realizar estudios psicológicos de cómo cambiar esta conducta de irresponsabilidad en el cumplimiento de las recetas médicas.

AL PERSONAL DE CENTRO DE SALUD DE ECHARTI.

Se sugiere establecer un plan de seguimiento extramural del paciente hipertenso que apoye el progreso de atención adhesión al tratamiento y seguimiento y una dieta adecuada ejercicio y toma de medicación.

Se sugiere realizar seguimientos y captación de los pacientes con hipertensión arterial realizando visitas domiciliarias.

A LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y FAMILIARES

Se sugiere asistir mensualmente a sus controles y recepción de medicamento para evitar desabastecimiento de la medicación y desconocimiento de su enfermedad ya que cada consulta es una oportunidad de saber más acerca de su enfermedad que padece, evitar quedarse con dudas que tengan y seguir las indicaciones que el personal de salud lo brinda teniendo en cuenta el horario y la dosis farmacológica.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. American Journal of Cardiology. Estilo de Vida Preventivo en Hipertensión arterial [en línea]; 2012 febrero [citado 10 de junio 2018]. Disponible en: <http://www.sochicar.cl/index.php/hoteles-congreso-2007-268/2922estilo-de-vida-preventivo-en-hipertension-arterial.html>
2. CUBA M., Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria [en línea]; 2017 mayo [citado 10 de junio 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200008
3. Organización Mundial de la salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [en línea]; 2017 septiembre [citado 05 abril 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
4. ZUBELDIA L. Prevalencia de Hipertensión Arterial y de sus factores asociados. Valencia 2016 [en línea]; 2016 abril [citado 05 de abril 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272016000100406
5. SANTANA S. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Hipertensión. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2017 abril [citado 22 de abril 2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf>
6. Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al tratamiento. Adherencia al tratamiento en la Comunidad de Madrid España 2015 [Internet]. 2015 abril [citado 20 de abril 2019]. Disponible en: <http://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2015/10>
7. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2016 [citado 20 de abril 2017]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>



8. ALDERAQUÍA G., Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Cuba 2017 [en línea]; 2017 junio [citado 20 de abril 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342017000200003
9. Encuesta Nacional de Salud. Riesgo cardiovascular. Chile HE. [en línea]; 2018 febrero [citado 17 de abril 2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-ResultadosENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
10. INGRASSIA V. Hipertensión Arterial, uno de cada tres argentinos la padece. Argentina HE. [en línea]; 2016 mayo [citado 05 de abril 2018]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/hipertension-arterial-uno-decada-tres-argentinos-la-padece-nid1899536>
11. CERVANTES L. En América Latina el país con la mayor prevalencia de Hipertensión es el Ecuador. Ecuador HE. [en línea]; 2012 abril [citado 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://temas.sld.cu/hipertension/tag/ecuador/>.
12. Ministerio de Salud. Hipertensión arterial a nivel en el país. Perú HE. [en línea]; 2015 mayo [fecha de revisión 08 de mayo 2018; citado 2018 mayo 08]. Disponible en: <http://vital.minsa.gob.pe/salud/hipertension-arterial-en-el-Peru>.
13. INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, Perú. Perú HE. [en línea]; 2017 mayo [citado 08 de mayo] Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc_salud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2016.pdf
14. SUAREZ M., “La adhesión al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial” - Universidad Autónoma del estado de México – México 2013. [en línea]. México: HE; 2013 noviembre [citado 11 de abril]. Disponible en: [http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66121/TESIS%20MARILU%20DEL%20CARMEN%20SUAREZ%20JAIME.pdf?sequence=1&isAllowed=](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66121/TESIS%20MARILU%20DEL%20CARMEN%20SUAREZ%20JAIME.pdf?sequence=1&isAllowed=1)
15. GORDON M. y Gualotuña M., “Hipertensión Arterial Relacionada con el Estilo de Vida en los Pacientes que Acuden al Centro de Salud Tipo A Pujilí en el Periodo Julio - diciembre 2014” UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR – Ecuador 2014. [en línea]. México: HE; 2013 noviembre [citado 11 de junio 2018].



Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/5133/1/T-UC-0006-010.pdf>

16. MARLÍN Y. SOLÓRZANO R., Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera. enero-mayo 2015 - Universidad de Carabobo 2015. [en línea]. México: HE; 2015 mayo [citado 11 de abril 2018]. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2506/1/msolorzano.pdf>
17. ANGULO I., Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo Universidad Cesmedellin 2015[en línea]. Colombia: HE; 2015 julio [citado 08 de abril 2018]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4244/1/Adherencia_tratamiento_HTA.pdf
18. CHILUIZA M., Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, parroquia San Andrés." Universidad Técnica de Ambato 2016 [en línea]. Ecuador: HE; 2016 noviembre [citado 11 de abril 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24240/1/Chiluiza%20Ram%C3%ADrez%20Mayra%20Alexandra.pdf>
19. CASTILLO A, y OTROS., Factores de riesgo asociados a la adherencia del tratamiento en adultos mayores hipertensos en el periodo marzo - abril de 2017 en el hospital Santa Matilde Madrid y Santa Rosa Tenjo Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales 2017. [en línea]. Colombia: HE; 2017 mayo [citado 12 de abril 2018; citado 2018 abril 12]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/776/1/Factores%20asociados%20a%20la%20adherencia%20del%20tratamiento%20antihipertensivo%20en%20mayores%20de%2055%20a%C3%B1os.pdf>
20. BURBANO D., Estilos y Calidad de Vida en Salud del Paciente Hipertenso. Universidad nacional de Colombia 2017- Colombia 2017. [en línea]. Colombia:



- HE; 2017 junio [citado 12 de junio 2018]. Disponible en:
<http://bdigital.unal.edu.co/60924/7/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf>
21. MONTOYA L., Factores asociados al paciente y adherencia al tratamiento con enalapril. Policlínico el porvenir ESSALUD marzo - agosto 2013". Universidad Nacional de Trujillo. [en línea]. Trujillo 2013: HE; 2017 junio [citado 15 de junio 2018]. disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/2653>
22. LIMAYLLA M., Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del centro de atención primaria III Huaycan – ESSALUD Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2016. Lima. [en línea]. Lima: HE; 2016 junio [citado 22 de junio 2018] disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5273/Limaylla_Im.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. ALZA J., Factores Asociados A La Adherencia Terapéutica En Adultos Con Hipertensión Arterial Del Hospital I Luis Albrecht Essalud Universidad Privada Antenor Orrego 2016. [en línea]. Piura: HE; 2016 junio [citado 22 de junio 2018] disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2251/1/RE_MED.HUMA_JIMENA.ALZA_FACTORES.ASOCIADOS.A.LA.ADHERENCIA.TERAPEUTICA_DATOS.PDF
24. HUARANCCA T. y YARANGA R., en el estudio “Estilos de Vida Según Grados de Hipertensión Arterial en Usuarios que Acuden al Hospital II ESSALUD - Huancavelica, 2016” Universidad Nacional De Huancavelica 2016. Piura: HE; 2016 junio [citado 03 de marzo 2019] disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1856>
25. RUEDA J., Adherencia al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en Pacientes Atendidos por Consultorio Externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre Periodo Enero marzo 2018 Universidad Nacional De Piura 2018. [en línea]. Piura: HE; 2018 junio [citado 12 de abril 2019] disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1170/CIE-%20RUEVID18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



26. PAREJA N., en el estudio: “estilos de vida relacionado con la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud de Saylla, Cusco-2017” Universidad Andina del Cusco.2017. [tesis de grado]. [cusco]. Universidad Andina del Cusco 2017
27. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Estilos de vida. Honduras 2016.
28. VANGUARDIA [citado 23 de marzo 2019] disponible en: <https://www.vanguardia.com/entretenimiento/galeria/hidratacion-corporal-cuanta-agua-consumirCEVL430310>
29. LIMAYLLA, M. Y RAMOS, N., Métodos Indirectos de Valoración del Cumplimiento Terapéutico. 2016. [internet] UNMSM setiembre 2016. [Citado en 25 de agosto del 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/clx23/Downloads/13635-47089-1-PB.pdf
30. CENAPRECE Secretaría de Salud. Hipertensión Arterial Guía para pacientes. México 2011.
31. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Diagnóstico y Manejo de Hipertensión arterial. 2010
32. DELGADO T., hipertensión arterial y su evolución.2014. [internet] RM. [Citado en 05 de mayo del 2018]. Disponible en https://www.onmeda.es/enfermedades/hipertension_arterial-evolucion-1685-9.html
33. MAICAS C, Y otros., Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial.2003. [internet] TS. [Citado en 05 de mayo del 2018]. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hipertension_fisiopatologia_espana.pdf
34. MINSA. Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Lima 2015



ANEXOS