



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y  
BIOQUÍMICA

**PREVALENCIA DEL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS  
EN POBLADORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO  
“ABSALÓN VÁSQUEZ”, DISTRITO DE MOCHE -  
TRUJILLO. OCTUBRE 2017 - ENERO 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTORA:

EDITA CARBONEL BACILIO

ASESOR:

Mgtr. QF. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO – PERÚ

2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y  
BIOQUÍMICA

**PREVALENCIA DEL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS  
EN POBLADORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO  
“ABSALÓN VÁSQUEZ”, DISTRITO DE MOCHE -  
TRUJILLO. OCTUBRE 2017 - ENERO 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTORA:

EDITA CARBONEL BACILIO

ASESOR:

Mgtr. QF. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO – PERÚ

2017

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

Dr. QF. Jorge Luis Díaz Ortega

**Presidente**

Mgtr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla

**Miembro**

Mgtr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau

**Miembro**

Mgtr. Q.F César Alfredo Leal Vera

**Docente Tutor de Investigación**

## AGRADECIMIENTO

*A: Dios, que me dio las fuerzas a lo largo de mi carrera universitaria y permitir llegar a este momento tan especial en mi vida.*

*A: mi familia por apoyarme en todo momento, por ser la motivación de cada día y llegar más lejos en mi vida y carrera profesional.*

*A: la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote y la Facultad de Farmacia y Bioquímica Alma Mater, por acogerme en sus aulas, formándome y orientándome para llegar a ser una buena profesional.*

## DEDICATORIA

*A: Dios por ser mi guía, acompañándome a lo largo de mi vida brindándome las fuerzas para vencer los obstáculos y hacer posible el logro de mis metas.*

*A: mi padre Ángel, por ser la persona que ha estado a mi lado apoyándome quien con sus consejos ha sabido guiarme y me ha acompañado durante todo mi trayecto, para culminar mi carrera profesional.*

*A: mis amigos y a todas aquellas personas que de una u otra han contribuido en el logro de mis objetivos.*

## **RESUMEN**

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, de corte transversal y diseño no experimental, realizado en pobladores del asentamiento humano Absalón Vásquez, Distrito de Moche – Trujillo. Octubre del 2017 a Enero del 2018, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del uso de antihipertensivos, para la recolección de datos se utilizó una encuesta de carácter confidencial, con visitas a domicilio en pobladores desde los 20 a 73 años de edad; donde el entrevistador notificó al entrevistado los objetivos del estudio y sus fines. De los pobladores encuestados el 46% presentó hipertensión arterial, 46% corresponde al Enalapril el medicamento antihipertensivo más consumido. Se concluye que la prevalencia puntual de uso de antihipertensivos fue 46%, dato que sirve para posteriores estudios.

**Palabra clave:** Prevalencia, uso de medicamento, antihipertensivo.

## **ABSTRACT**

The present study was a quantitative, cross-sectional and non experimental design, carried out in settlers of the human settlement Absalón Vásquez, District of Moche - Trujillo. October 2017 to January 2018, whose objective is to determine the prevalence of the use of antihypertensive drugs, for the collection of data a confidential survey was used, with home visits in residents from 20 to 73 years of age; where the interviewer notified the interviewee of the objectives of the study and its purposes. Of the surveyed residents, 46% had high blood pressure, 46% corresponds to Enalapril, the most commonly used antihypertensive medication. It is concluded that the punctual prevalence of antihypertensive use was 46%, a fact that is useful for further studies.

Keyword: Prevalence, use of medication, antihypertensive.

## INDICE

Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice.....	vi
Índice de tablas.....	vii
I. Introducción.....	1
II. Revisión de la Literatura.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Bases Teóricas.....	15
III. Metodología.....	21
3.1 Tipo y nivel de la investigación de la tesis.....	21
3.2 Diseño de la investigación.....	21
3.3 Población y Muestra.....	21
3.4 Definición y Operacionalización de Variables.....	24
3.5 Plan de análisis.....	24
3.6 Técnicas e Instrumentos.....	25
3.7 Consideraciones éticas.....	25
IV. Resultados.....	26
4.1 Resultados.....	26
4.2 Análisis y resultados.....	29
V. Conclusiones y Recomendaciones.....	32
5.1 Conclusiones.....	32
5.2 Recomendaciones.....	33
VI. Referencias Bibliográficas.....	35
VII. Anexos.....	49



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución porcentual según antecedentes mórbidos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche -Trujillo. Octubre 2017 – Enero 2018.	26
Tabla 2	Distribución porcentual según la clasificación de antihipertensivos consumidos en relación al uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche -Trujillo. Octubre 2017 – Enero 2018.	27
Tabla 3	Prevalencia puntual en relación al uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche -Trujillo. Octubre 2017-Enero 2018.	28

## **I. INTRODUCCIÓN**

Se ha estimado que el riesgo relativo de desarrollar un infarto agudo de miocardio cuando existe hipertensión sin otros factores de riesgo cardiovascular es un 59 % mayor, lo cual, si se tiene en cuenta la magnitud de la prevalencia de la Hipertensión Arterial en todo el mundo, representa un problema evidente de salud pública <sup>(1)</sup>.

La máxima prevalencia de hipertensión arterial se registra en la región de África, el 46 % de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la región de las Américas, el 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión arterial es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países con otros grupos de ingresos en los que es del 40%. La Hipertensión Arterial no puede ser considerada una enfermedad aislada; por su evolución natural, incrementa de manera considerable el riesgo de lesión a diferentes órganos, así como la invalidez y las cifras de muerte por causa cardiovascular <sup>(2)</sup>.

Según la Organización de la Salud (OMS) en el año 2015 a nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Se considera que ese problema fue la causa directa de 7,5 millones de defunciones en 2015, lo que representa casi el 13% de la mortalidad mundial. Se estima que en muchos países más del 40% (y hasta el 50%) de los adultos sufren hipertensión, y esa proporción va en aumento y casi el 30% de estos casos son por factores hereditarios <sup>(3)</sup>.

Márquez et al, en la revista atención primaria en el año 2015 indica que son numerosos los casos que son diagnosticados con esta enfermedad que no siguen el tratamiento adecuadamente, algunas de las causas son: olvido de la medicación, desmotivación, desconocimiento de la enfermedad o de sus complicaciones y abandono del tratamiento <sup>(4)</sup>.

Más de 2 millones de cubanos padecen esta enfermedad actualmente. Durante el 2016 la prevalencia total de Hipertensión Arterial (HTA) fue de 219.4 por 1000 habitantes en el país. La Habana resultó ser una de las provincias con mayor tasa de prevalencia, 252.1 por mil habitantes. Según grupos de edad, las féminas de edades más jóvenes resultaron ser las más hipertensas. Los países de las Américas han adoptado el compromiso de conseguir que para 2019 al menos el 35% de las personas con hipertensión tengan la presión arterial bajo control. Hasta ahora, sólo tres países superan esa meta: Canadá (68%), los Estados Unidos (52%), y Cuba (36%). El resto tendrá que hacer más esfuerzos para conseguirla <sup>(5)</sup>.

La alta prevalencia en México y con gran impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias cuando ésta no es bien tratada y controlada es la hipertensión arterial, su prevalencia en el país es de 30,05%. Al igual que en otros países, la frecuencia de hipertensión se vincula con la edad, la obesidad y el género, siendo el segundo motivo de consulta en el primer nivel de atención. Sólo 19,4% de los usuarios hipertensos con tratamiento se encuentra bajo control, es decir, con cifras de presión arterial menores de 140/90 mmHg <sup>(6)</sup>.

En nuestro país, se ha evidenciado que la prevalencia de Hipertensión Arterial es del 23,7% de la población total. Con prevalencia de 22,1% para la sierra, 22,7% para la selva y 27,3% para la costa, pero con marcadas diferencias entre algunas zonas. Se afirma además que 55% de la población no sabía que era hipertensa y de quienes recibían tratamiento, solo 45,1% tenía presiones arteriales estables <sup>(7)</sup>.

Entre los países de bajos ingresos, muchas son las causas de peligro que están asociados a la HTA, tales como: edad mayor de 65 años, personas sin educación formal, pacientes obesos con sobrepeso, pacientes en poblaciones urbanas, sexo femenino y consumo de alcohol. Asimismo, algunos autores han sugerido que aspectos relacionados con la deficiente salud perinatal en países del tercer mundo y problemas relacionados con los sistemas de salud son factores asociados a la alta prevalencia, así como al pobre control, no adherencia al tratamiento y desconocimiento de la enfermedad <sup>(8-11)</sup>.

El Perú es un país con una economía en transición, con alta prevalencia de riesgos cardiovasculares conocidos hacia el progreso y el pobre control de Hipertensión Arterial, lo que, sumado al bajo nivel educativo con su consecuente pobre nivel de conocimiento de la enfermedad y de las implicancias del tratamiento, constituyen un caldo de cultivo para el desarrollo y evolución natural de la misma <sup>(12)</sup>.

De tal manera la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que las políticas de salud pública deben abordar la hipertensión arterial por lo que es un factor importante de la carga de morbilidad. Las intervenciones deben ser asequibles, sostenibles y eficaces. Los programas que abordan el riesgo cardiovascular general deben formar parte integral de la estrategia nacional de prevención y control de las

enfermedades no transmisibles. Estos programas promueven acciones en la esfera de la atención primaria dirigidas a todo el espectro de determinantes sociales de la salud; equilibran la prevención y promoción de la salud con las intervenciones curativas, y ponen el énfasis en el primer nivel de la atención con mecanismos de coordinación apropiados <sup>(13)</sup>.

En este sentido, la OMS para el año 2013 en el “Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020”, propone nueve metas mundiales de aplicación voluntaria con el fin de prevenir y controlar las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en el mundo, entre las que se encuentra la reducción de factores de riesgo como: el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, la ingesta diaria promedio de sal/ sodio, el consumo de tabaco, y la prevalencia de Hipertensión Arterial <sup>(14)</sup>.

El control de las enfermedades crónicas como la hipertensión requiere que el paciente se informe y participe de manera activa en el manejo de su enfermedad. Los comportamientos individuales como tener una alimentación sana y realizar actividad física, cumplir con el tratamiento farmacológico indicado, solicitar consultas y asistir a ellas desempeñan un papel importante en el control de la hipertensión <sup>(15,16)</sup>.

La hipertensión es el factor de riesgo modificable más común para enfermedad cardiovascular (ECV) y muerte. El mayor riesgo asociado con la elevación de la presión arterial (PA) puede reducirse considerablemente por el tratamiento con fármacos antihipertensivos que disminuya tanto la PA como el riesgo de daño del órgano blanco. Un total de 69 medicamentos de 15 clases diferentes, muchos de los

cuales también están disponibles en combinaciones de píldora, han sido aprobados para el tratamiento de la hipertensión en Estados Unidos <sup>(17)</sup>.

En un sistema de salud eficaz, la hipertensión arterial se puede diagnosticar y tratar de manera satisfactoria con medicamentos de bajo costo en esquemas terapéuticos que se administran una vez al día. Más de 47% de las personas hipertensas no saben que padecen hipertensión; de las que lo saben, solo 35% están bajo tratamiento farmacológico. Si bien el control de la hipertensión en la población a gran escala representa un reto importante, es posible lograrlo. En algunos lugares, uno de los principales obstáculos con que se enfrenta el control de la presión arterial es la falta de servicios integrales de atención primaria de salud, en especial el acceso limitado a los medicamentos y la falta de sistemas para la prevención y el tratamiento eficaces <sup>(18-22)</sup>.

En general, la HTA constituye un problema socio sanitario de gran magnitud y su control representa uno de los principales objetivos de la salud pública debido, entre otros motivos, a su elevado coste. Esto implica un mejor conocimiento de la población afectada, no solamente en términos de prevalencia para fijar los objetivos de programas de gestión, sino también en la caracterización de los pacientes para identificar precozmente la enfermedad y evitar las complicaciones graves con las que a menudo se presenta <sup>(23)</sup>.

La alta prevalencia e incidencia de Hipertensión Arterial es un problema de salud, por lo que se decidió realizar esta investigación con el propósito de aumentar el caudal de conocimientos acerca de la prevalencia en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche, porque ha sido diagnosticada con Hipertensión Arterial, de allí que surgen los esfuerzos para, medir la prevalencia del

uso de Antihipertensivos, como un instrumento para comprender mejor las necesidades de los pobladores; que enmarca en las nuevas responsabilidades profesionales en el campo sanitario del Farmacéutico que exige una actitud proactiva, previsor y educativa del profesional que pueda ser percibida como una necesidad por parte de la comunidad. Es decir la generación de un rol social que justifique la presencia del Químico Farmacéutico desde los primeros niveles de atención y sustente su participación en todas las actividades de salud asociadas con el uso de medicamentos.

Dada la magnitud se planteó la siguiente interrogante como enunciado del problema ¿Cuál es la prevalencia del uso de antihipertensivos en los pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche - Trujillo. Octubre 2017 – Enero 2018?

**Objetivo General:**

- Determinar la prevalencia del uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche - Trujillo. Octubre 2017 - Enero 2018

**Objetivos Específicos:**

- Identificar los patrones de uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche - Trujillo. Octubre 2017 - Enero 2018

- Determinar la prevalencia puntual del uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche - Trujillo. Octubre 2017 - Enero 2018.



## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1 Antecedentes

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía. La adecuada promoción de salud, prevención de la enfermedad, y control adecuado en las personas hipertensas, contribuye notablemente a la reducción de la morbilidad y mortalidad de la población <sup>(24,25)</sup>.

La prevalencia de HTA varía de acuerdo a la región, sin embargo se ha reportado una prevalencia mundial del 31,1%. En Latinoamérica, el estudio CARMELA reportó una prevalencia de HTA en Buenos aires-Argentina, del 29% siendo la más alta de la región. A su vez, en la ciudad de Quito-Ecuador, se reportó una prevalencia del 8,6%, siendo la más baja observada entre las 7 ciudades estudiadas, mientras que en un estudio transversal realizado en la población de Cuenca, el 25,79% era hipertenso. En este estudio se evidenció una prevalencia del 16,2%, cifras menores comparadas a las reportadas en otros países latinoamericanos y en la ciudad de Cuenca, no obstante fueron acordes a lo observado en Quito según el estudio CARMELA <sup>(26-29)</sup>.

Estudios realizados en Lima por Rivas <sup>(30)</sup> et al, se halla que los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA), de manera específica el Enalapril es el antihipertensivo más utilizado en su población de estudio con dosis entre 10 a 20 mg por tableta.

Gotthelf <sup>(31)</sup> en el año 2009, se realizó un estudio en la ciudad de Salta (Argentina), el objetivo es determinar la prevalencia de hipertensión arterial y de factores de riesgo asociados en una muestra de adolescentes de escuelas públicas y privadas. La prevalencia general de hipertensión fue del 11,4 % (n=45). Sobre la totalidad de escolares de colegios públicos la prevalencia fue del 10,9 % (n=27) y 12,2 % de privados (n=18). La distribución según sexo mostró en mujeres una prevalencia del 5,7 % (n=13) y en varones, 19,0 % (n=32). Sólo en los varones de escuelas públicas la prevalencia de hipertensión fue significativamente mayor entre los que tenían una actividad física inadecuada y en los varones de familias de ingresos altos (27,0 %) fue estadísticamente diferente a la de aquellos con ingresos bajos (12,0 %).

Díaz <sup>(32)</sup> et al en el 2010, realizaron un estudio en la Ciudad de Bolívar (Venezuela) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de hipertensión arterial y su relación con deterioro cognitivo en adultos mayores en la que se estudiaron 81 casos de los cuales 55,55% correspondieron al sexo femenino y 44,44% al sexo masculino, el grupo de edad más frecuente el de 60- 64 años con 32,09%. La hipertensión arterial presentó una prevalencia de 51.85%; el grupo edad más frecuente fue de 60-64 años con 17,28%, de 65-69 años con 14,81%. En relación a los antecedentes familiares de HTA se presentó en un 33,33% de los pacientes hipertensos, se registró que el 30,86% tenían hábitos tabáquicos y 29,62% consumen bebidas alcohólicas, el 34,56% de los pacientes presentaron normo peso, un 13,58% presentó sobrepeso, y 3,70% con obesidad tipo I.

En el Ecuador 2011, las enfermedades hipertensivas, cardiopatías isquémicas, y cerebrovasculares representaron 10.325 defunciones, 16,6% del total de muertes del

país en todos los grupos de edad, ocupando los dos primeros lugares como causantes de muerte en el país en las provincias de Guayas, los Ríos en la región de la Costa, y Tungurahua y Azuay en la Sierra. En 2012 la prevalencia de hipertensión arterial medida según la ENSANUT en la población de 18 a 59 años fue de 9,3% siendo de 7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres, con 37,2% de pre hipertensos con una frecuencia de 27,1% en las mujeres y 48% en los hombres. (OPS/OMS, 2014) <sup>(33)</sup>.

En Ecuador Suárez <sup>(34)</sup> en el 2012, realizó el estudio de investigación titulado “Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años, en el Sub Centro de salud Reyna del Quinche, 2008”; cuyo objetivo fue determinar la Prevalencia de Hipertensión Arterial en pacientes de 40 a 65 años en el Sub Centro de Salud Reina del Quinche; con una metodología de tipo retrospectivo no experimental, teniendo como resultados que en relación a los hábitos y alimentación el consumo de alcohol 47%, los que fuman 45,33%, los consumidores de café 50%, la dieta a base de carbohidratos 58,33%, proteínas 29,17%, vegetales 12,50%, en el sexo en mujeres 65% y 35% en hombres, según el índice de masa corporal bajo peso 13,83%, peso normal 54,17%, sobre peso 20,83%, obesidad I 8,33%, obesidad II 4,17%, obesidad III 4,17%, concluyendo que los pacientes hipertensos asociados con hiperlipidemia alcanzan un porcentaje de 41,67% y los que están asociados con la Diabetes Mellitus tiene un porcentaje de 37,50% y los que tienen sobre peso alcanzan un 20,83%.

En el Perú, según el estudio Tornasol II la prevalencia de la hipertensión es del orden del 27.3% (3.6% más que el obtenido 6 años antes en el estudio Tornasol I), lo que significa que aproximadamente hay en el país alrededor de 5 millones de hipertensos. Los varones tienen mayor índice de hipertensión (30.3%) que las mujeres (24.4%); y

el estadio de hipertensión que predomina es el tipo I (20.7%) mientras que el estadio II alcanza el 6.6%; geográficamente la costa tiene el mayor número de hipertensos (31.6%), luego la selva (26.6%) y finalmente la sierra (23.3%). Gracias a las diversas campañas educativas de salud el 48.2% de los hipertensos han sido diagnosticados, siendo la selva la región de mayor conocimiento (59.5%), lo cual permite evaluar el trabajo sanitario realizado en esa área geográfica para redoblar el esfuerzo en otras áreas del país. De los pacientes hipertensos el 81.5% reciben algún tipo de tratamiento, y en lo referente a la cifra de pacientes bien controlados, el 20.6% de los pacientes alcanza las metas de las guías internacionales <sup>(35,36)</sup>.

Respecto a la prevalencia de HTA en el Perú, Miranda <sup>(37)</sup> *et al* comparó los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) entre latinoamericanos y estadounidenses como parte del The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). La prevalencia de Hipertensión Arterial en general fue de 20% sin mostrar diferencias por sexo. El ratio de prevalencia ajustado para edad y sexo de Hipertensión Arterial fue de 0,65. En ese estudio, el mayor ratio de prevalencia fue para Venezuela con 1,49, y el menor para Argentina con 0,61.

En la población adulta mayor, Enrique <sup>(38)</sup> *et al* en el 2015. Presentó los resultados de una evaluación FRCV entre pacientes limeños de más de 80 años. La prevalencia de HTA fue de 44%, siendo más común entre las mujeres (62,2%). La HTA fue el FRCV más frecuente en la población estudiada.

En Lima- Perú, Aguilar <sup>(39)</sup> en el 2011. Realizó un estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes en el servicio de medicina del Hospital José Agurto Tello Chosica, Julio del 2009 a Julio del 2011”,

cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. En cuanto a métodos usaron la encuesta y entrevista. En cuanto a los resultados encontraron que hay un 25.2% de prevalencia en varones y un 17.8% en varones de hipertensión arterial cuyos factores de riesgo asociados fueron el alcoholismo tabaquismo y los factores hereditarios. Finalmente concluyeron que si existe prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial.

Gabriel y Huaynalaya <sup>(40)</sup> en el 2007, realizaron un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú), el objetivo es determinar el nivel de conocimiento de pacientes ambulatorios sobre el uso de antihipertensivos (AHT) adquiridos en el Departamento de Farmacia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray (HVLE). La mayoría de los pacientes entrevistados fueron mujeres, ubicándose entre 48 y 85 años, siendo el promedio 61 años y un nivel de instrucción de primaria. Se concluyó que los IECA y los bloqueadores de canales de calcio, representan los fármacos con mayor utilización institucional y la mayoría de los pacientes ambulatorios que acuden al Departamento de Farmacia de HVLE carecen de un nivel de conocimiento bueno, que les permita usar correctamente los medicamentos.

Pinchi <sup>(41)</sup> et al en el 2008, realizaron un estudio en la Ciudad de Trujillo (Perú) que tuvo como objetivo determinar las características de la hipertensión arterial en los pobladores de la urbanización Sánchez Carrión distrito de Trujillo – Perú, para lo cual se entrevistaron a 191 pobladores, mayores de 40 años. Los resultados nos indican que la prevalencia de la hipertensión arterial según sexo, de toda la población fue 18.07% en hombres y 22.22% en mujeres; los factores de riesgo asociados con hipertensión arterial predominaron el factor hereditario con 20.51%, sobrepeso y obesidad

(17.95%) y los medicamentos antihipertensivos más usados son los IECA (30.77%) seguidos de bloqueadores beta (17.95%) y los bloqueadores de canales de calcio (10.25%).

En el 2016 una muestra de participantes del CRONICAS Cohort Study, estudio que incluyó 3601 personas de Tumbes, Puno y Lima. Se encontró que de 717 pacientes con HTA, el 28% sabía de su condición de hipertenso. El desconocimiento de su estatus de hipertenso era mayor en Tumbes (41%) que en Lima (31%) y mucho menor tanto en el área rural de Puno (21%) y en área rural de la misma ciudad (7%). Asimismo, era menor en pacientes con bajo estatus socioeconómico (39%) que entre los de ingresos medios y altos (29 y 31% respectivamente) <sup>(42)</sup>.

Velásquez <sup>(43)</sup> en el 2008, la reacción adversa es la tos, probablemente la más frecuente y molesta de las producidas por estos grupos de fármacos. Su incidencia es de la 5-20% y más elevada en las mujeres que en los varones. Su aparición es muy variada, ya que puede hacerlo 1 semana a 6 meses después del inicio del tratamiento e incluso 2 años después.

Suliman <sup>(44)</sup> et al en el 2009, los antihipertensivos prescritos más frecuentes son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), siendo el más usado el enalapril en primera línea del esquema al tratamiento antihipertensivo.

El Séptimo Informe del Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation (El JNC-7) recomiendan para reducir los eventos cardiovasculares el uso de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) como terapia inicial en los pacientes hipertensos. Si un grupo no es tolerado el otro grupo debe sustituirlo si es que no hay

contraindicación. Ninguno de estos dos grupos produce cambios clínicos significativos en parámetros metabólicos. Los IECA y los ARA II son los agentes de primera elección en la hipertensión <sup>(45)</sup>.

Chiriboga <sup>(46)</sup> en el 2011, se usan medicamentos hipotensores de diferentes categorías, que son ampliamente usados; como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), encontrándose entre estos el Enalapril que es uno de los fármacos hipotensores de mayor uso en el territorio ecuatoriano, por la calidad de vida que brinda, eficacia, sin embargo posee efectos colaterales.

La Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA), en un estudio realizado España nos dice que existen más de 14 millones de personas con hipertensión. De esta cantidad 9,5 millones no están controlados y 4 millones están sin diagnosticar <sup>(47)</sup>.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **PREVALENCIA**

La prevalencia a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente, estimando que para el año 2025 la padecerían 1500 millones de personas. En el Perú la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2014 (ENDES 2 014), indica que el 14,6% de las personas de 15 años a más tenía presión arterial elevada, siendo más frecuente en hombres (18,5%) que en mujeres (11,3%), de este total de diagnosticados, el 60,3% recibe tratamiento <sup>(48)</sup>.

Las cifras de presión arterial (PA) elevadas implican una mayor posibilidad de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal. Los beneficios que se obtienen al tratar la HTA son evidentes, los ensayos clínicos aleatorizados con fármacos antihipertensivos han demostrado reducir un 35 - 40% la incidencia de ictus, un 20 - 25% el infarto de miocardio y más de un 50% la insuficiencia cardiaca <sup>(49 - 51)</sup>.

La presión arterial es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares, que representan el 52,5% de todos los accidentes cerebrovasculares en África en comparación con el 38,8% en la región industrializada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que su Región de África tuvo la prevalencia más alta estandarizada por edad de hipertensión adulta en el mundo en 2008 (38,1% en hombres y 35,5% en mujeres). Los niveles medios de presión arterial en el África subsahariana (ASS) aumentaron significativamente entre 1975 y 2015 a niveles que se encuentran entre los más altos del mundo. Los estudios antes y después, así como las estimaciones de las revisiones sistemáticas también muestran aumentos significativos



en la prevalencia de la hipertensión en las mismas poblaciones rurales o urbanas a lo largo del tiempo en África .Las características importantes de la hipertensión en África incluyen la edad temprana de aparición de complicaciones alta prevalencia de daño a órganos diana, escaso conocimiento sobre la enfermedad en la población general y entre personas hipertensas ,uso de terapia alternativa, bajos niveles de detección y control y agrupamiento de factores de riesgo y comorbilidades <sup>(52 - 66)</sup> .

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Un gran número de estudios observacionales han demostrado que la morbilidad y mortalidad cardiovascular tiene una relación continua con las cifras de PA sistólica y diastólica, aunque menos significativa para los episodios coronarios que para los accidentes vasculares cerebrales. Sin embargo, en algunos países de Europa, el riesgo de muerte en pacientes con cifras elevadas de PA guarda relación con los episodios coronarios (European cardiovascular research statistic, 2012) <sup>(67 -69)</sup> .

Tanto las cifras de PA sistólica como diastólica muestran una relación independiente con la insuficiencia cardiaca, la arteriopatía periférica y la insuficiencia renal. Por la tanto, la hipertensión arterial se debe considerar un factor de riesgo importante de enfermedades cardiovasculares <sup>(70,71)</sup> .

Las condiciones que en su conjunto predicen la hipertensión arterial son numerosas y abarcan muchas áreas de la vida del individuo tanto fisiológica, anatómica, social, psicológica, económico, herencia, y otros, por los cual las organizamos de la siguiente manera:

- ✓ Factores y determinante social: Globalización, urbanización, envejecimiento, ingresos, educación, vivienda.
- ✓ Factores de riesgo conductual: Dieta malsana, tabaquismo, sedentarismo, uso nocivo de alcohol.
- ✓ Factores de riesgo metabólico: la misma Hipertensión arterial, obesidad, diabetes, dislipidemia.

Este conjunto de factores contribuyen a la hipertensión arterial y sus complicaciones, pero la más frecuente y que mostro mejores resultados cuando son controlados aumentando la esperanza de vida y disminuyendo la frecuencia de enfermedad son los factores metabólicos estudiados continuamente y de interés no tan solo médico sino de salud pública <sup>(72,73)</sup> .

Los factores metabólicos son condiciones fisiopatológicas que alteran el metabolismo normal de las grasas y carbohidratos, alterando los procesos enzimáticos y la sensibilidad de sus componentes a estos, provocando un conjunto de condiciones como la resistencia a la insulina y otros; que asociados a otras patológicas como las dislipidemia y la obesidad influyen en el desarrollo de hipertensión arterial <sup>(74)</sup> .

Es probable que para que sean efectivos, estos cambios deban involucrar, en mayor o menor grado, a los demás miembros de la familia o el entorno del paciente. La implementación de estos cambios en la población general puede tener un impacto significativo en la aparición de la hipertensión arterial <sup>(75)</sup> .

En la mayoría de los pacientes la hipertensión arterial transcurre sin síntomas y, por tanto pasa desapercibida, con el riesgo que eso conlleva, pero existen manifestaciones

clínicas como dolor de cabeza, sudoraciones, pulso rápido, respiración corta, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos, rubor facial y manchas en los ojos como objetos oscuros volantes <sup>(76)</sup>.

Los medicamentos constituyen la tecnología sanitaria más empleada en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria. Su utilización es algo cotidiano en la población y si se hace de forma racional pueden obtenerse relevantes beneficios. Sin embargo, el incremento del número de fármacos disponibles, unido al creciente hábito de buscar en la prescripción de medicamentos la solución a todos los problemas de salud tiene el efecto indeseable de hacer que estos no siempre se empleen de la manera más apropiada. Su uso para resolver un problema de salud puede provocar efectos indeseables o secundarios <sup>(77,78)</sup>.

Estudios recientes han demostrado la factibilidad de sostener estas modificaciones durante un tiempo prolongado, incidiendo en el control de la hipertensión arterial. Como los factores de riesgo tienden a agruparse en los individuos hipertensos, la aproximación terapéutica debe basarse en el riesgo global, y los cambios deben orientarse hacia un control de todos los factores de riesgo presentes, de acuerdo con las diferentes guías disponibles para su tratamiento <sup>(79)</sup>.

## **USO ADECUADO DE MEDICAMENTO**

La expresión “uso racional de medicamentos” aceptada en la conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) efectuada en 1985 en Nairobi, hace referencia a que los pacientes reciben los fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, en dosis correctas para sus requerimientos, por el tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y su comunidad; sin embargo, las distorsiones más frecuentes

y relevantes tienen lugar en los actos de prescripción y de empleo por parte de los consumidores <sup>(80, 81)</sup>.

Para la mayoría de los pacientes hipertensos, se recomiendan como medicamentos de primera línea los diuréticos tiacídicos, los antagonistas del calcio (AC) de acción prolongada (en particular de la clase de las dihidropiridinas), los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII), por lo que se consideró que eran buenos candidatos para formar parte de un conjunto básico de medicamentos. Otras clases de medicamentos antihipertensivos fueron incluidos en el conjunto básico porque pueden ser utilizados en esquemas combinados de tratamiento a dosis fija en un solo comprimido. Cuando no se logra controlar la hipertensión con un solo medicamento, hay tres posibilidades: aumentar la dosis del medicamento actual, agregar otro medicamento de una clase distinta o ambas cosas. Los pasos siguientes habrán de regirse por protocolos estandarizados basados en las guías clínicas <sup>(82)</sup>.

Los fármacos utilizados en enfermedades crónicas (Hipertensión, Diabetes Mellitus, Cáncer, etc), constituyen un gran grupo de fármacos con un elevado potencial para afectar la calidad de vida de las personas, en el 2000 la OMS reportó que el 60 % de todas las muertes en el mundo fueron a causa de enfermedades crónicas, además aproximadamente más de 17 millones de muertes fueron causadas por enfermedades cardiovasculares, por tanto, los antihipertensivos representan un eje importante para controlar este gran problema de la humanidad, ya que la hipertensión constituye un factor importante en el riesgo cardiovascular, es por ello que recopilar la mayor

información posible de la seguridad de estos fármacos es de vital importancia para los entes reguladores a nivel mundial <sup>(83)</sup>.

Caicedo y compañía en la tesis doctoral publicada en el año 2013 indica que el principal tratamiento es el cambio en el estilo de vida llevando a cabo una dieta saludable, evitar el sedentarismo, practicar ejercicio físico, evitar malos hábitos como el alcohol, tabaco, comidas chatarras. Los primeros fármacos electos para el tratamiento son los diuréticos, se inicia con dosis bajas para evitar efectos secundarios. Si se lleva a cabo todo el tratamiento, con la educación del paciente, se evitará las complicaciones que pueden causar hasta la muerte <sup>(84)</sup>.

Bolaños y compañía en la revista de Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. Del año 2014 indica que El profesional en salud debe de tener una comunicación asertiva con el paciente brindándole información adecuada de su enfermedad, las complicaciones que puede tener sino cumple con el tratamiento farmacológico indicado, si no cambia sus hábitos, sus dietas, sino asiste a sus citas médicas de seguimiento de su enfermedad. Cuando no se promueve el proceso de salud-enfermedad nuestros objetivos planteados con el paciente han fracasado <sup>(85)</sup>.

El incumplimiento del régimen terapéutico es una de las principales razones para control inadecuado de la hipertensión, esto se debe a que los síntomas, por lo general, están ausentes hasta las etapas avanzadas, por tanto, el individuo no percibe la necesidad de cumplir con la terapia, por lo expuesto se propone cuidados paliativos en pacientes con HTA para reducir las consecuencias que significa sus complicaciones, por medio de la identificación temprana, la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales <sup>(86)</sup>.

### **III.METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y nivel de la investigación de la tesis.**

La presente investigación fue enfoque cuantitativo, de corte transversal y diseño no experimental, que determinó la prevalencia del uso de los antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano Absalón Vásquez, Distrito de Moche- Trujillo. Octubre 2017 - Enero 2018.

#### **3.2 Diseño de la investigación**

La finalidad del análisis es extraer la información necesaria para responder a las preguntas planteadas a partir de las observaciones realizadas y recopiladas mediante una encuesta realizada en el sector del asentamiento humano Absalón Vásquez Distrito de Moche – Trujillo. Octubre 2017 - Enero 2018, para la recolección de datos se utilizó una encuesta de carácter confidencial con visitas a domicilio, en pobladores desde los 20 a 73 años de edad; donde el entrevistador notifico al entrevistado los objetivos del estudio y sus fines. La información fue recabada y analizada mediante la utilización de un formato realizado en una hoja electrónica del programa Microsoft Office Excel para su posterior valoración estadística. El diseño es No experimental.

#### **3.3 Población y Muestra**

El estudio fue realizado en los pobladores del asentamiento humano Absalón Vásquez Distrito de Moche – Trujillo, que se encuentra situado al Sur del Distrito de Trujillo (Región La Libertad).

Alto Moche o Miramar, con características topográficas y calidad del suelo eriazo que han determinado el establecimiento de principalmente la función residencial, y actividades de tipo industrial en crecimiento. Se extiende desde la Autopista a

Salaverry hasta los límites del Distrito.

Comprende el Subsector: Miramar, donde se evidencia dos zonas: una residencial y la otra de potencial desarrollo agro-industrial y equipamiento complementario. La zona residencial de este Subsector es la concentración urbana de mayores proporciones en el distrito, conformado por los asentamientos Alto Moche y Alto Moche A. Asimismo, su localización, crecimiento urbano y colindancia con el distrito de Salaverry ha generado su conurbación con el centro poblado Alto Salaverry.

El tamaño de la población se determinó teniendo como referente el último Censo INEI- 2011. La población total estimada en el asentamiento humano Absalón Vásquez es de 8000 habitantes, considerando una población mixta desde los 20 años hasta los 73 años de edad. Las encuestas fueron aplicadas a 288 personas adultas.

### **Muestra**

Para la estimación del tamaño de la muestra (n), se consideró una prevalencia del 20%, aplicando 200 encuestas:

Utilizando la siguiente fórmula de Duffau<sup>(87)</sup>.

$$n = \frac{z^2 * P * Q * N}{d^2(N-1) + z^2 * P * Q}$$

### **Dónde:**

n = tamaño de muestra

z = Es el valor de la desviación normal, igual a 1.96 para un nivel de significación del 5%

P = Prevalencia de la característica en la población para este caso 20% <sup>(91)</sup>.

Q = 100– P

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción) 5%

N = Tamaño de la población.

$$n = \frac{(1.96)^2 (20 \times 80 \times 8000)}{5^2(8000-1) + (1.96)^2 (20 \times 80)}$$
$$n = 238.56$$

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Se consideró en los criterios de inclusión a pobladores que utilizaron:

Medicamentos antihipertensivos.

Pobladores que sepan leer y escribir.

Pobladores que firmaron el consentimiento informado.

Pobladores mayores de 18 años.

Y en los criterios de exclusión a pobladores con enfermedades terminales (cáncer, diabetes), pobladores que no colaboraron con el desarrollo de la encuesta, pobladores cuya situación patológica pueda interferir con el desarrollo del estudio.



### **3.4 Definición y Operacionalización de Variables.**

A continuación se presentan algunas variables, objeto de estudio durante el desarrollo de la investigación.

#### **Patrones de uso**

##### **Medicamentos consumidos**

**Forma farmacéutica:** Se consideró las formas farmacéuticas sólidas: tabletas.

**Consecuencias del consumo:** Reacciones adversas o molestias que fueron identificadas luego del consumo de los antihipertensivos.

### **3.5 Plan de análisis.** Método de Wayne <sup>(88)</sup>

Para los estudios de prevalencia se utilizó la fórmula de prevalencia puntual.

**La prevalencia puntual:** Pobladores que utilizaron antihipertensivos durante los cuatro meses del estudio dividido por número de la muestra que se expone al riesgo, multiplicado por 100.

Mediante la siguiente formula:

$$\% \text{ prevalencia} = \frac{\text{Número de casos que actualmente consumen medicamentos}}{\text{Muestra total en estudio}} \times 100$$

Esta estimación representa lo obtenido en el momento que se realizó la encuesta o recolección de datos de todas las personas expuestas.

Para el estudio de prevalencia los resultados fueron presentados en tablas de distribución porcentual. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa informático Microsoft Excel 2010.

**3.6 Técnicas e Instrumentos:** Según *Ávila* <sup>(89)</sup> y *Maldonado* <sup>(90)</sup> modificada.

Para la obtención de la información se utilizó como técnica de investigación una entrevista estructurada previo consentimiento informado, de carácter confidencial.

Como instrumento se utilizó una encuesta de cinco hojas donde se plantearon las interrogantes sobre las características socio demográfico y patrones de consumo. La información fue recabada y analizada mediante la utilización de un formato realizado en una hoja electrónica del programa Microsoft Office Excel para su valoración estadística.

### **3.7 Consideraciones éticas**

Se solicitó el consentimiento de todos ya cada uno de los participante mediante la firma de una carta de consentimiento (anexo N°1), para que se informaran de lo que se trató el presente estudio, considerando y haciendo énfasis en la confidencialidad de la información y su identidad. Los datos que fueron recogidos en la encuesta se documentaron de manera anónima, la información recopilada solo fue utilizada con fines de investigación.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Resultados

**Tabla 1**

Distribución porcentual según antecedentes mórbidos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche -Trujillo. Octubre 2017 – Enero 2018.

<b>Problemas de salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertensión Arterial	92	46%
Artritis	76	38%
Alergia	24	12%
Insonmio	4	2%
Cefalea	2	1%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**Tabla 2**

Distribución porcentual de los antihipertensivos consumidos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche -Trujillo. Octubre 2017- Enero 2018.

<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>Genérico</b>		<b>Marca</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enalapril	42	46%	0		42	46%
Captopril	37	40%	0		37	40%
Losartan	13	14%	0		14	14%
Total	92	100%	0		92	100%

**Tabla 3**

Prevalencia puntual en relación al uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano “Absalón Vásquez”, Distrito de Moche -Trujillo. Octubre 2017– Enero 2018.

<b>Uso de medicamentos</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Prevalencia puntual	92	46%	108	54%	200	100.0

## 4.2 Análisis y resultados

El propósito de esta investigación fue evaluar la prevalencia del uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano Absalón Vásquez, Distrito de Moche – Trujillo. Octubre 2017 – Enero 2018, se aplicó una encuesta a 239 pobladores que aceptaron participar en el estudio.

**Tabla 1**, muestra los antecedentes mórbidos que motivan el uso de antihipertensivos siendo el 46 % los que sufren de hipertensión arterial, el 38 % presenta artritis, el 12 % alergia, 2% insomnio, 1 % cefalea.

Gotthelf <sup>(31)</sup> en el 2009, se realizó un estudio en la ciudad de Salta (Argentina), el objetivo es determinar la prevalencia de hipertensión arterial y de factores de riesgo asociados en una muestra de adolescentes de escuelas públicas y privadas. La prevalencia general de hipertensión fue del 11,4 % (n=45). Sobre la totalidad de escolares de colegios públicos la prevalencia fue del 10,9 % (n=27) y 12,2 % de privados (n=18).

Miranda <sup>(37)</sup> et al, reportó que para la prevalencia de hipertensión arterial en el Hospital militar de Colombia de los 600 pacientes el 95% de ellos sufren de hipertensión arterial. Las cifras tensionales consideradas "ideales" fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, disminuyendo con el avance de la edad.

**Tabla 2**, se observó que los medicamentos antihipertensivos utilizados por los pobladores del asentamiento humano Absalón Vásquez fueron los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), que constituye la primera línea de prescripción para pacientes con diagnóstico de hipertensión. El más utilizado fue el

Enalapril con un 46%; el cual esta relación a los antecedentes mórbidos (Tabla 1), seguido por el Captopril con un 40% y Losartan con un 14%. Se debe tener en cuenta que una persona podía ser usuarios a la vez de más de un solo antihipertensivo.

Rivas <sup>(30)</sup> et al, en Lima se halla que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), de manera específica el Enalapril es el antihipertensivo más utilizado en su población de estudio con dosis entre 10 a 20 mg por tableta.

En un estudio realizado por Suliman <sup>(44)</sup>, los antihipertensivos prescritos más frecuentes son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), siendo el más usado el enalapril en primera línea del esquema al tratamiento antihipertensivo.

El Séptimo Informe del Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluatio (El JNC-7) recomiendan para reducir los eventos cardiovasculares el uso de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) como terapia inicial en los pacientes hipertensos. Si un grupo no es tolerado el otro grupo debe sustituirlo si es que no hay contraindicación. Ninguno de estos dos grupos produce cambios clínicos significativos en parámetros metabólicos. Los IECA y los ARA II son los agentes de primera elección en la hipertensión <sup>(48)</sup>.

**Tabla 3**, muestra referente a la prevalencia puntual, donde se encontró, el 46% en la actualidad toman medicamentos antihipertensivos. Según la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA), en un estudio realizado España nos dice que existen más de 14 millones de

personas con hipertensión. De esta cantidad 9,5 millones no están controlados y 4 millones están sin diagnosticar <sup>(47)</sup>.

El tratamiento farmacológico de la HTA ha demostrado ampliamente su eficacia, reduciendo la morbimortalidad en todos los grupos de pacientes hipertensos independientemente de edad, sexo, raza, etc., disminuyendo los episodios coronarios, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, deterioro de la función renal, y progresión de la HTA. La planificación del tratamiento de la HTA debe estar dirigida a lograr los siguientes objetivos:

- a) Corto plazo, descenso y control de la presión arterial.
- b) Mediano plazo, control del deterioro y regresión de las alteraciones cardíacas y renales.
- c) Largo plazo, disminución de la morbimortalidad. Para alcanzar estos objetivos se debe tratar no sólo la HTA sino también todos los factores de riesgo asociados <sup>(45)</sup>.



## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

- La prevalencia del uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano del Distrito de Moche, fue el 46%.
- Con respecto a los patrones de uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano del Distrito de Moche, se encontró como antecedente mórbido el 46 % de hipertensión arterial, el antihipertensivo consumido, corresponde al Enalapril el 46%, seguido del 40% Captopril y 14% Losartan.
- La prevalencia puntual del uso de antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano del Distrito de Moche, fue el 46% valor que se considera de referencia para posteriores estudios.

## **RECOMENDACIONES:**

- Elaborar estrategias preventivas y programas educativos y persuasivos en la población, para que tomen conciencia sobre esta enfermedad y sus posibles consecuencias, resaltando la importancia de la detección precoz de la misma y el control anual de la presión arterial.
- Elaborar un adecuado soporte documental con materiales audiovisuales (Demostraciones, testimonios) y materiales impresos (Carteles, plegables) que ayude en el propósito de incorporar conocimientos y practicar conductas positivas sobre la prevención y control de la hipertensión arterial.
- Difundir la información en la población sobre los diferentes factores de riesgo asociados a la HTA, realizando actividades para la prevención de la obesidad y el control frecuente en los que tienen antecedente familiar.
- Fortalecer las unidades de salud con un personal idóneo (nutricionistas) para desarrollar estrategias de participación y toma de decisiones en relación a la detección oportuna de estas patologías y desarrollar campañas de promoción, prevención y tratamiento; con el fin de mejorar los estilos de vida de los adultos mayores.
- En todo paciente con HTA confirmada, el tratamiento debe continuarse de por vida, aceptar que es hipertenso y que debe cuidarse.
- Para las personas sedentarias se recomienda comenzar con un programa de actividad física en forma paulatina, eligiendo una actividad que sea de su agrado, aumentando en forma progresiva la duración de la actividad,

agregando algunos minutos cada 3 – 4 días, hasta lograr el nivel de gasto energético (150 kcal/día) con un esfuerzo moderado.

- Consumir una dieta mediterránea rica en frutas, verduras, lácteos desnatados y, en general, baja en grasas totales y grasas saturadas.
- Reducir el consumo de alcohol, abandonar el hábito tabáquico.
- En el cumplimiento terapéutico, ser responsable de su medicación. Debemos indicarle que tome los medicamentos que ha prescrito su médico.
- Para lograr el control de la PA, se requiere visitas frecuentes a fin de modificar oportunamente el régimen de tratamiento en relación con las variaciones de la PA y la aparición de efectos colaterales.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2016. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
2. Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: 2013.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha M, Cushman M. et al. Heart Disease and Stroke Statistics - 2015 Update A Report From the American Heart Association. Dallas: Circulation. 2015;131(4):e29–322.
4. Banegas J. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Hipertensión 2005; 22(9):353-62.
5. Agusti CR. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med. Per.2006; 23(2): 69.
6. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.
7. Kotchen T. Vasculopatía hipertensiva. In Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson L, Loscalzo J, et al. editors. Principios de medicina interna. 18th ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 2042-2059.
8. Harrison. Principios de la Medicina Interna. 18th ed. México D.F.: Mc GRAW HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A; 2012.

9. Área de Investigación SAC. Consejo de Epidemiología. Área del Interior SAC. Fundación Cardiológica. Prevalencia de los factores de riesgo coronario en una muestra de la población argentina. Estudio REDIFA (Relevamiento de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología de los factores de riesgo coronario). Rev. Argent Cardiol 2002;70:300-11.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Información General sobre la Hipertensión en el mundo. [Online].; 2013 [cited 2016 Octubre.
11. Cardiología SAd. Registro Nacional de Hipertensión Arterial.[Online]; 2015 cited 2016 Noviembre Available: from: <http://www.fac.Org.ar/cientifica/pdf/Proyecto%20Renata.pdf>.
12. INDEC. Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. [Online]; 2013 [cited 2016 Diciembre. Available from: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/00000005442015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/00000005442015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf).
13. Wyss F. Disparidad global en la prevalencia y control de la hipertensión arterial. Sociedad Interamericana de Cardiología. 2016.
14. Wyss F. Proyecto de prevención y tratamiento estandarizado de la hipertensión arterial. In prevención cardiovascular. Sociedad Interamericana de Cardiología. 2016.
15. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.

16. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
17. Causes of Death 2008 [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cod\\_200\\_sources\\_methods.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_200_sources_methods.pdf).
18. Jaffe MG, Lee GA, Young JD, Sidney S, Go AS. Improved Blood Pressure Control Associated With a Large-Scale Hypertension Program. *JAMA*. 2013; 310(7):699–705.
19. McAlister FA, Wilkins K, Joffres M, Leenen FH, Fodor G, Gee M, Tremblay MS, Walker R, Johansen H, Campbell N. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *CMAJ* 2011; 183(9):1007–1013.
20. Pereira M, Lunet N, Azavedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens* 2009; 27(5): 963–75.
21. MacMahon S, Alderman MH, Lindholm LH, Liu L, Sanchez RA, Seedat YK. Bloodpressure-related disease is a global health priority. *Lancet* 2008, 371:1480–1482.
22. Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, Aekplakorn W, Naghavi M, Mokdad AH, et al. Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2014, 92:10–19C.

23. US Department of Health and Human Services, NIH. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). NIH Publication N.º 04-5230; 2004.
24. Programa nacional cubano de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial guía para la atención médica [monografía en Internet]. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2004 [citado 12 jul 2007]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hta\\_cubano\\_1998](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hta_cubano_1998).
25. Guías del 2003 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la hipertensión arterial [monografía en Internet]. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2003 [citado 12 jul 2007]. Disponible en: [http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/2003\\_guidelinesEuropaHTA.pdf](http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/2003_guidelinesEuropaHTA.pdf) 2004.
26. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, Chen J, He J. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population - Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016;134(6):441-50.
27. Hernández R, Silva H, Velasco M, Pellegrini F, Macchia A, Escobedo J, Vinueza R, Schargrodsky H, Champagne B, Pramparo P, Wilson E; CARMELA Study Investigators. Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. *J Hypertens*. 2010;28(1):24-34.

28. Nwankwo T, Yoon SS, Burt V, Gu Q. Hypertension among adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012. NCHS Data Brief. 2013;(133):1-8.
29. Ortiz Benavides, Ortiz Benavides A, Villalobos M, Rojas J, Torres M, Sigüencia W, Añez R, Bermúdez V. et al. Prevalencia de hipertensión arterial en individuos adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. Síndrome Cardiometabólico. 2014;1:10-21.
30. Rivas CJ, Gutiérrez VC y Rivas LJ. Tratamiento y costos farmacológicos de la hipertensión arterial no complicada. Rev. Soc. Perú Med Interna 2007; Vol. 20 (4).
31. Gotthelf. objetivo es determinar la prevalencia de hipertensión arterial. [Tesis]. Argentina 2009.
32. Díaz A. y Lezama N. Hipertensión arterial y su relación con el cambio de estilo de vida en adultos mayores. Venezuela: Universidad De Oriente Núcleo Bolívar.2009 :8.[citado16-11-2014].Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2218/1/46%20Tesis.%20WG9%20D542h.pdf>.
33. OPS/OMS. (2014). La nueva situación epidemiológica del Ecuador, Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Ecuador. Revista Informativa Representación Ecuador, 15,18.
34. Suárez M, Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años, en el Sub Centro de salud Reyna del Quinche periodo de enero a diciembre del 2008. [Tesis Pre grado]. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2012.



35. Segura L, Agusti R, Ruiz E. Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con Tornasol I después de cinco años. *Rev Per Cardiol.* 2013;1:5-59.
36. Segura L, Agusti R, Parodi J, e investigadores del estudio Tornasol. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. Estudio Tornasol. *Rev Per Cardiol.* 2006;32(2):82-128.
37. Miranda J, Herrera V, Chirinos J, Gómez L, Perel P, Pichardo R, et al. Major cardiovascular risk factors in Latin America: a comparison with the United States. The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). *PLoS One.* 2013;8(1):e54056.
38. Ruiz E, Ruiz MH, Guevara L, Ortecho H, Salazar R, et al. Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. *Horiz Med.* 2015; 15(3): 26-33.
39. Aguilar Y. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. [Tesis para optar grado de Médico cirujano]. Lima-Perú; Universidad Ricardo Palma, 2011[Internet] Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/234>.
40. Gabriel y Huaynalaya. determinar el nivel de conocimiento de pacientes ambulatorios sobre el uso de antihipertensivos. [Tesis]. Perú 2000.
41. Pinchi M. y Torres E. Caracterización de la hipertensión arterial en los pobladores de la urbanización Sánchez Carrión. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2008. 5.

42. Zavala L, Benziger C, Cárdenas M, Carrillo L, Bernabé A, et al. Characteristics Associated With Antihypertensive Treatment and Blood Pressure Control: A Population-Based Follow-Up Study in Peru. *Glob Heart*. 2016 Mar;11(1):109-19.
43. Velásquez, L.(2008).Farmacología Basica y Clinica (Décimo Octava ed.). Argentina-Madrid:Medica Panamerica. Obtenido de:<https://books.google.com.ec/booksid=BeQ6D40wTPQC&pg=PA397&dq=IECA&hl=es&sa=X&ei=mIHnNujHaOxsAS4xYGYBw&ved=0CCQQ6AEwAg#v=onepage&q=IECA&f=false>.
44. Suliman, J. Carvajal, A. García, P. Ramos, S. El uso del tratamiento antihipertensivo.AJH (Ed. Esp.) 2001; 3: 568-569. [consultado 26/08/14].Disponible en:<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/amjournal7/568-56>.
45. José Sabán Ruiz Control global del riesgo cardiometabólico: La disfunción endotelial como diana preferencial volumen 1 Bases fisiopatológicas, clínicas y diagnosticas de los factores de riesgo cardiovascular.
46. Chiriboga.D. (1 de Junio de 2011). Ministerio de Salud Pública del Ecuador IEES. Obtenido de:[https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos\\_ECNT\\_01\\_de\\_junio\\_2011v.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011v.pdf).
47. Mariano de la Figuera, Pedro Armario, Rafael Marin. SEH-LELHA. [Online]; 1995 [cited 2016 Agosto 4. Available from: <http://www.seh-lilha.org/>.
48. Martínez S; Sánchez A; Baena M. Efectos de la intervención farmacéutica y prevalencia en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(3): 181-188.

49. González RMC. Hipertensión arterial en el adulto mayor. Atención Primaria de Salud. Biblioteca Médica Nacional. Boletín Salud del Barrio. 2017; 1 (2).
50. Figuera WM, et al. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia [Internet]. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2014 [citado 28Feb2017]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/content/book/3s2.OB9788490221105000087>.
51. El Grupo de Trabajo para la Gestión de Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). 2007. Organización Mundial de la Salud. (Homepage en internet). [Actualizado Mayo2010. Consultado Marzo2013.]. Disponible <http://www.who.int/int/mediacentre/factsheets/fs338/es>.
52. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2014. Ginebra: OMS; 2014.
53. Colaboración de Factor de Riesgo de ENT. Tendencias mundiales en la presión arterial de 1975 a 2015: un análisis agrupado de 1479 estudios de medición basados en la población con 19.1 millones de participantes. Lanceta. 2016; doi: 10.1016 / s0140-6736 (16) 31919-5. [ Artículo gratuito de PMC ] [ PubMed ]
54. Fezeu L, Kengne AP, Balkau B, Awah PK, Mbanya JC. Cambio de diez años en los niveles de presión arterial y la prevalencia de la hipertensión en zonas urbanas y rurales de Camerún. J Epidemiol Community Health. 2010; 64 (4): 360-365. doi: 10.1136 / jech.2008.086355. [ Artículo gratuito de PMC ] [ PubMed ] [ Referencia cruzada ]

55. Okeahialam BN, Ogbonna C, Otokwula AE, Joseph DE, Chuhwak EK, Isiguzoro IO. Transición epidemiológica cardiovascular en un hábitat rural de Nigeria: el caso del Área del Gobierno Local de Mangu. *West Afr J Med*. 2012; 31 (1): 14-18. [ PubMed ]
56. Mensah GA. Epidemiología del accidente cerebrovascular y la presión arterial alta en África. *Corazón*. 2008; 94 (6): 697-705. doi: 10.1136 / hrt.2007.127753. [ PubMed ] [ Referencia cruzada ]
57. Addo J, Smeeth L, Leon DA. Daño hipertensivo a órganos diana en funcionarios públicos ghaneses con hipertensión. *Más uno*. 2009; 4 (8): e6672. doi: 10.1371 / journal.pone.0006672. [ Artículo gratuito de PMC ] [ PubMed ] [ Referencia cruzada ]
58. Oladapo OO, Salako L, Sadiq L, Shoyinka K, Adedapo K, Falase AO. Daño en órganos diana y complicaciones cardiovasculares en adultos hipertensos de Yoruba nigerianos: un estudio transversal. *Cardiovasc J Afr*. 2012; 23 (7): 379 - 384. doi: 10.5830 / CVJA-2012-021. [ Artículo gratuito de PMC ] [ PubMed ] [ Referencia cruzada ]
59. Nelissen HE, Hendriks ME, Wit FW, Bolarinwa OA, Osagbemi GK, Bindraban NR, Lange JM, Akande TM, Schultsz C, Brewster LM. Daño a órganos diana entre adultos hipertensos en zonas rurales de Nigeria: un estudio transversal. *J Hypertens*. 2014; 32 (3): 487 - 494. doi: 10.1097 / HJH.000000000000056. [PubMed ] [ Referencia cruzada ]

60. Katchunga P, Malanda B, Mweze M, Dupont B, M'Buyamba-Kabangu J, Kashongwe Z, Kabinda J, Buyschaert M: Conocimiento de la población general sobre la hipertensión y la diabetes mellitus en Kivu del Sur, República Democrática del Congo. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2012, 60 (2): 141-147. [ PubMed ]
61. Mugwano I, Kaddumukasa M, Mugenyi L, Kayima J, Ddumba E, Šajatović M, Sila C, De Georgia M, Katabira E. La mala adherencia de drogas y la falta de conciencia de la hipertensión en pacientes con accidente cerebrovascular hipertensos en Kampala, Uganda: una sección transversal estudiar. *BMC Res Notes*. 2016; 9: 3.doi: 10.1186 / s13104-015-1830-4. [Artículo gratuito de PMC ] [ PubMed ] [ Referencia cruzada ]
62. Lopes I. Gonzalez D. Perspectivas de salud, enfermedades crónicas no transmisibles y mundos de salud en un entorno urbano y rural. *Glob Health Action*. 2014; 7: 25317. doi: 10.3402 / gha.v7.25317. [Artículo gratuito de PMC ] [ PubMed ] [ Referencia cruzada ]
63. Naanyu V, Vedanthan R, Kamano JH, Rotich JK, Lagat KK, Kiptoo P, Kofler C, Mutai KK, Bloomfield GS, Menya D, y col. Barreras que influyen en la vinculación a la atención de la hipertensión en Kenia: análisis cualitativo del estudio de hipertensión LARK. *J Gen Intern Med*. 2016; 31 (3): 304-314. doi: 10.1007 / s11606-015-3566-1. [Artículo gratuito de PMC ] [ PubMed ] [ Referencia cruzada ]
64. Kayima J, Wanyenze RK, Katamba A, Leontsini E, Nuwaha F. La conciencia de la hipertensión, el tratamiento y el control en África: una revisión sistemática. *BMC Cardiovasc Disord*. 2013; 13: 54. doi: 10.1186 / 1471-2261-13-54. [Artículo gratuito de PMC ] [ PubMed ] [ Referencia cruzada ]

65. Bosu WK. La prevalencia, conciencia y control de la hipertensión entre los trabajadores en África Occidental: una revisión sistemática. *Glob Health Action*. 2015; 8: 26227.doi: 10.3402 / gha.v8.26227. [ Artículo gratuito de PMC ] [PubMed ] [ Referencia cruzada ].
66. Mac Mahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, Abbott R, Godwin J, Dyer A, Stamler J. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*. 1990 Mar 31;335(8692):765-74.
67. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14;360(9349):1903-13.
68. European Cardiovascular Disease Statistics. British Heart Foundation 2000. <http://www.dphpc.ox.ac/UKbhfhpgrg>.
69. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA*. 1996; 275(20):1571-6.
70. Klag MJ, Whelton PK, Randall BL, Neaton JD, Brancati FL, Ford CE, Shulman NB, Stamler J. Blood pressure and end stage renal disease in men. *N Engl J Med*. 1996 Jan 4;334(1):13-8
71. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la Hipertensión en el mundo 2013. Ginebra, ediciones de la Organización Mundial de la Salud, 2013.

72. Massimo F. Piepoli, AW, Stefan A (Norway). Et al. The European Society of Cardiology; 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice; European Heart Journal; 2016.
73. Kotchen A., Harrison Principio de Medicina Interna/Vasculopatía Hipertensiva; Mc Graw Hill Interamericana Editores, 2012; 18(2):2042-2058
74. Stamler R. Implications of the INTERSALT study. Hypertension 1991; 17 (Suppl I): I-16-I-20.
75. Hipertensión arterial. Causas y factores de riesgo [citado 26 Abr 2016]. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseasesconditions/high-blood-pressure/causes-risk-factors.html>
76. Infosalud. Debemos tener un sistema de trazabilidad de los medicamentos en el país. Buenos aires: Ministerio de Salud de la Nación; edición del 28 y 29 de septiembre de 2008 [citado 10 Sept 2015]. Disponible en:<http://www.femeba.org.ar/2004febrero.php>.
77. Tognoni G. La cultura del medicamento. Madrid: Medicamentos y Salud; 2002.
78. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, et al; for the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18 month results of a randomized trial. Ann Intern Med 2006; 144: 485-495.
79. Disponible en:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20211/1/Tesis.Pdf>

80. Organización Mundial de la Salud. [Homepage] Promoción del uso racional de medicamentos: Componentes Centrales. Rev. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. [Actualizada 11 abril 2015] [Citado en junio 2015] Disponible en: [http:// apps.who.int/medicine docs/pdf/s4874s/s4874s.pdf](http://apps.who.int/medicine_docs/pdf/s4874s/s4874s.pdf).
81. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Washington, DC: Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos; 2003. NIH Publication No 03-5233.29.
82. Organización Mundial de la Salud. OMS / Prevención de las enfermedades crónica 2005. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html) (accessed May 25,2017).
83. García del Pozo J, Ramos E, de Abajo FJ, Mateos Campos R. Utilización de antihipertensivos en España (1995-2001). Rev Española Cardiol 2004;57:241-9.doi:10.1157/13059106.
84. Caicedo v, santos k. Control metabólico en pacientes con Diabetes tipo 2 e Hipertensión arterial con mayor riesgo de Complicaciones en relación a su funcionalidad familiar Atendidos en la unidad de atención ambulatoria la ecuatoriana (iess) en consulta externa. Tesis doctoral. Quito: pontifica universidad católica del ecuador, Departamento de medicina familiar; 2013.
85. Bolaños C. Validación de un instrumento para Valorar la adherencia de pacientes al tratamiento Hipertensivo. Nova - publicación científica en ciencias biomédicas. 2014 Enero; 12(21).Issn= 1794-2470.



86. Carrillo M, Dávalos V, Espinosa M, González P, Guzmán S. Guía rápida de manejo de síntomas en cuidados paliativos. Loja [Internet].2013 [Citado 2017 Jul 15]: 13,22. Disponible en: [http://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/publicaciones/guía\\_manejo\\_sintomas\\_cuidados\\_paliativos.pdf](http://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/publicaciones/guía_manejo_sintomas_cuidados_paliativos.pdf)
87. Duffau g. Tamaño muestral en estudios biomédicos. Rev. Chil.pediatr. 1999; 70(4): 314-324. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41061999000400009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000400009).
88. Wayne D. Bioestadística. Cuarta edición. Editorial LIMUSA S.A. México. 2007. Pp. 296, 572.
89. Ávila A. Determinantes relacionados con la tenencia de medicamentos y su uso racional. (Tesis doctoral). Bellaterra: Universidad autónoma de Barcelona. 2011. Disponible en :<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/48519/aa1de1.pdf;jsessionid=EF3145103D919E184FF47E9B5B895E3.tdx2?sequence=1>.
90. Maldonado J. Efectos a corto y largo plazo de una intervención educativa sobre uso adecuado de medicamentos en estudiantes de colegios fiscales de la ciudad de Quito. (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 2004.
91. Oliveros J. Prevalencia de HTA en Lambayeque. Hipertensión (Perú) 1997;3(3).

## VII. ANEXOS

### ANEXO 1:

#### Consentimiento Informado - Declaración

##### TITULO DEL ESTUDIO

**PREVALENCIA DEL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LA POBLACIÓN  
DEL ASENTAMIENTO HUMANO “ABSALON VASQUEZ”, DISTRITO DE  
MOCHE - TRUJILLO. OCTUBRE 2017- ENERO 2018.**

INVESTIGADOR RESPONSABLE: .....

Le invito a participar en un programa de investigación médica para estudiar cómo se utilizan habitualmente los medicamentos o recursos terapéuticos naturales. Para el estudio se van a registrar los medicamentos que Ud. toma habitualmente y se le van a hacer unas preguntas sobre cómo lo toma, quién le recomendó, razones por las que no acude al médico o farmacéutico, etc.

Si Ud. decide participar, llenaremos un formulario con la información sobre su tratamiento y sus respuestas a las preguntas que le voy a hacer. Los datos que se obtengan serán analizados conjuntamente con los de los demás pacientes, sin dar a conocer su identidad en ningún caso.

Si acepta Ud. Participar, firme esta hoja y ponga la fecha de hoy.

---

NOMBRE, DNI Y FIRMA DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

**ANEXO 2:**

**ENCUESTA**

**"PREVALENCIA DEL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LA  
POBLACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO "ABSALON VASQUEZ",  
DISTRITO DE MOCHE - TRUJILLO. OCTUBRE 2017- ENERO 2018.**

Trujillo.....a.....de.....de 20....

**I. DATOS GENERALES**

1. Edad:  2. Sexo

3. Grado de instrucción: Completa (C) – Incompleta (I)

Analfabeta:  Primaria:  Secundaria:  Superior:

4. Nivel de ingresos:

Menos del sueldo mínimo:  Entre 1 y 2 sueldos mínimos:

Mayor de 2 sueldo mínimo:  Mayor 03 sueldos mínimos:

**II. ANTECEDENTES MÓRBIDOS:**

5. ¿Qué problemas de salud o malestar ha tenido usted en el último año?

.....

6. Donde acudió para atender su salud:

a. Hospital del MINSA ( ) b. Hospital ESSALUD ( )

c. Consultorio privado, indique..... d. Farmacia ( )

e. Profesional naturista ( ) f. Curandero ( ) e. Otros.....

III. USO DE MEDICAMENTOS

7. ¿Utiliza medicamentos? Si ( ) No ( )

¿Ha utilizado medicamentos? Si ( ) No ( )

Según los medicamentos que el paciente informa considerar:

FF: 1. Tabletas, grageas cápsulas 2. Jarabes, suspensión gotas v.o 3. Cremas, lociones, ungüentos 4. Supositorios, óvulos 5. Gotas oftal, oticas o nasales 6. Inyectables 7. Inhalado 8. Talcos, jabones 9. Enjuagues bucales, spray

Nombre del medicamento 01

1( ) 2( ) 3 ( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( )  
8( ) 9( )

G ( ) M ( )

Dosis

Nombre del medicamento 02

1( ) 2( ) 3 ( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( )

G ( ) M ( )

Dosis

¿Por cuánto tiempo tomó el medicamento?  
medicamento?

(Días).....

(Días).....

Frecuencia:

Frecuencia:

C/ 24 h ( ) C/ 12 h( ) C/8h ( ) Otras.....  
C/8h( ) Otras.....

C/ 24 h ( ) C/ 12 h( )

Vía de administración:..... Vía de administración: .....

Nombre del medicamento 03

Nombre del medicamento 04

1( ) 2( ) 3 ( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( )

1( ) 2( ) 3 ( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( )

G ( ) M ( )

G ( ) M ( )

Dosis

Dosis

¿Por cuánto tiempo tomó el medicamento?  
medicamento?

¿Por cuánto tiempo tomó el

(Días)..... (Días).....

Frecuencia:

Frecuencia:

C/ 24 h ( ) C/ 12 h ( ) C/8h ( ) Otras.....

C/ 24 h ( ) C/ 12 h ( ) C/8h ( ) Otras.....

Vía de administración:.....

Vía de administración: .....

8. Usted adquiere estos medicamentos por:

a. Prescripción médica ( ) b. Recomendación del Químico Farmacéutico ( )

c. Otro profesional de salud ( ) d. Lo recomendó un vecino o conocido ( )

f. Lo recomendó un familiar ( ) g. Sé que sirven y ya había consumido antes ( )

h. un curandero o brujo ( ) i. Lo vi o escuche en propagandas ( )

j. Otros.....

9. ¿Toma otros medicamentos? ¿Cuáles?

.....  
.....

10. ¿Refiere alguna consecuencia del uso o reacciones adversas?

.....

11. De acuerdo a la pregunta anterior podría mencionar como considera el grado de complicación:

Baja: ..... Leve: ..... moderada:..... Intenso:.....

12. Donde acude a comprar sus medicamentos:

- |                                      |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|
| a. Hospital- Posta del MINSA ( )     | b. Hospital EsSALUD ( ) |
| c. Consultorio privado, indique..... | d. Farmacia ( )         |
| e. Profesional naturista ( )         | f. Curandero ( )        |
| g. bodegas ( )                       | h. Otros.....           |

**Consentimiento Informado - Declaración**

**TITULO DEL ESTUDIO**

**PREVALENCIA DEL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LA  
POBLACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO "ABSALON VASQUEZ",  
DISTRITO DE MOCHE - TRUJILLO. OCTUBRE 2017- ENERO 2018.**

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Edito Carbonel Pacilio

Le invito a participar en un programa de investigación médica para estudiar cómo se utilizan habitualmente los medicamentos o recursos terapéuticos naturales. Para el estudio se van a registrar los medicamentos que Ud. toma habitualmente y se le van a hacer unas preguntas sobre cómo lo toma, quién le recomendó, razones por las que no acude al médico o farmacéutico, etc.

Si Ud. decide participar, llenaremos un formulario con la información sobre su tratamiento y sus respuestas a las preguntas que le voy a hacer. Los datos que se obtengan serán analizados conjuntamente con los de los demás pacientes, sin dar a conocer su identidad en ningún caso.

Si acepta Ud. Participar, firme esta hoja y ponga la fecha de hoy.

  
\_\_\_\_\_ Anselmo Chávez A.

NOMBRE, DNI Y FIRMA DEL PACIENTE

DNI 17894794

FECHA: 17 de 07 del 2017

*[Faint handwritten text]*

**"PREVALENCIA DEL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LA  
POBLACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO "ABSALON VASQUEZ",  
DISTRITO DE MOCHE - TRUJILLO. OCTUBRE 2017- ENERO 2018.**

Trujillo.....Julio.....a.....de.....de 2017

**I. DATOS GENERALES**

1. Edad:

2. Sexo:

3. Grado de instrucción: Completa (C) – Incompleta (I)

Analfabeta:  Primaria:  Secundaria:  Superior:

4. Nivel de ingresos:

Menos del sueldo mínimo:  Entre 1 y 2 sueldos mínimos:

Mayor de 2 sueldo mínimo:  Mayor 03 sueldos mínimos:

**II. ANTECEDENTES MÓRBIDOS:**

5. ¿Qué problemas de salud o malestar ha tenido usted en el último año?

.....Hipertensión Arterial.....

6. Donde acudió para atender su salud:

a. Hospital del MINSA (  ) b. Hospital ESSALUD ( )

c. Consultorio privado, indique..... d. Farmacia ( )

e. Profesional naturista ( ) f. Curandero ( ) e. Otros.....

**III. USO DE MEDICAMENTOS**

7. ¿Utiliza medicamentos? Si (  ) No ( )



### III. USO DE MEDICAMENTOS

7. ¿Utiliza medicamentos? Si  No ( )

¿Ha utilizado medicamentos? Si ( ) No ( )

Según los medicamentos que el paciente informa considerar:

FF: 1. Tabletas, grageas cápsulas 2. Jarabes, suspensión gotas v.o 3. Cremas, lociones, ungüentos 4. Supositorios, óvulos 5. Gotas oftálmicas o nasales 6. Inyectables 7. Inhalado 8. Talcos, jabones 9. Enjuagues bucales, spray

Nombre del medicamento 01

Nombre del medicamento 02

1() 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( )

G ( ) M ( )

Dosis

1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( )

G ( ) M ( )

Dosis

¿Por cuánto tiempo tomó el medicamento? ¿Por cuánto tiempo tomó el medicamento?

(Días).....

(Días).....

Frecuencia:

Frecuencia:

C/ 24 h ( ) C/ 12 h() C/8h ( ) Otras.....

C/ 24 h ( ) C/ 12 h( ) C/8h(

) Otras.....

Via de administración:.....

Via de administración:.....

Nombre del medicamento 03

1( ) 2( ) 3 ( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( )

G ( ) M ( )

Dosis

Nombre del medicamento 04

1( ) 2( ) 3 ( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( )

G ( ) M ( )

Dosis

¿Por cuánto tiempo tomó el medicamento? ¿Por cuánto tiempo tomó el medicamento?

(Días)..... (Días).....

Frecuencia:

Frecuencia:

C/ 24 h ( ) C/ 12 h ( ) C/8h ( ) Otras.....

C/ 24 h ( ) C/ 12 h ( ) C/8h ( ) Otras.....

Vía de administración:..... Vía de administración: .....

8. Usted adquiere estos medicamentos por:

- a. Prescripción médica (  )
- b. Recomendación del Químico Farmacéutico ( )
- c. Otro profesional de salud ( )
- d. Lo recomendó un vecino o conocido ( )
- f. Lo recomendó un familiar ( )
- g. Sé que sirven y ya había consumido antes ( )
- h. un curandero o brujo ( )
- i. Lo vi o escuche en propagandas ( )
- j. Otros.....

9. ¿Toma otros medicamentos? ¿Cuáles?

..... Naproxeno 500mg, paracetamol 500mg .....

.....

.....

.....

10. ¿Refiere alguna consecuencia del uso o reacciones adversas?

Cefalea, tos seca,  
.....  
.....  
.....

11. De acuerdo a la pregunta anterior podría mencionar como considera el grado de complicación:

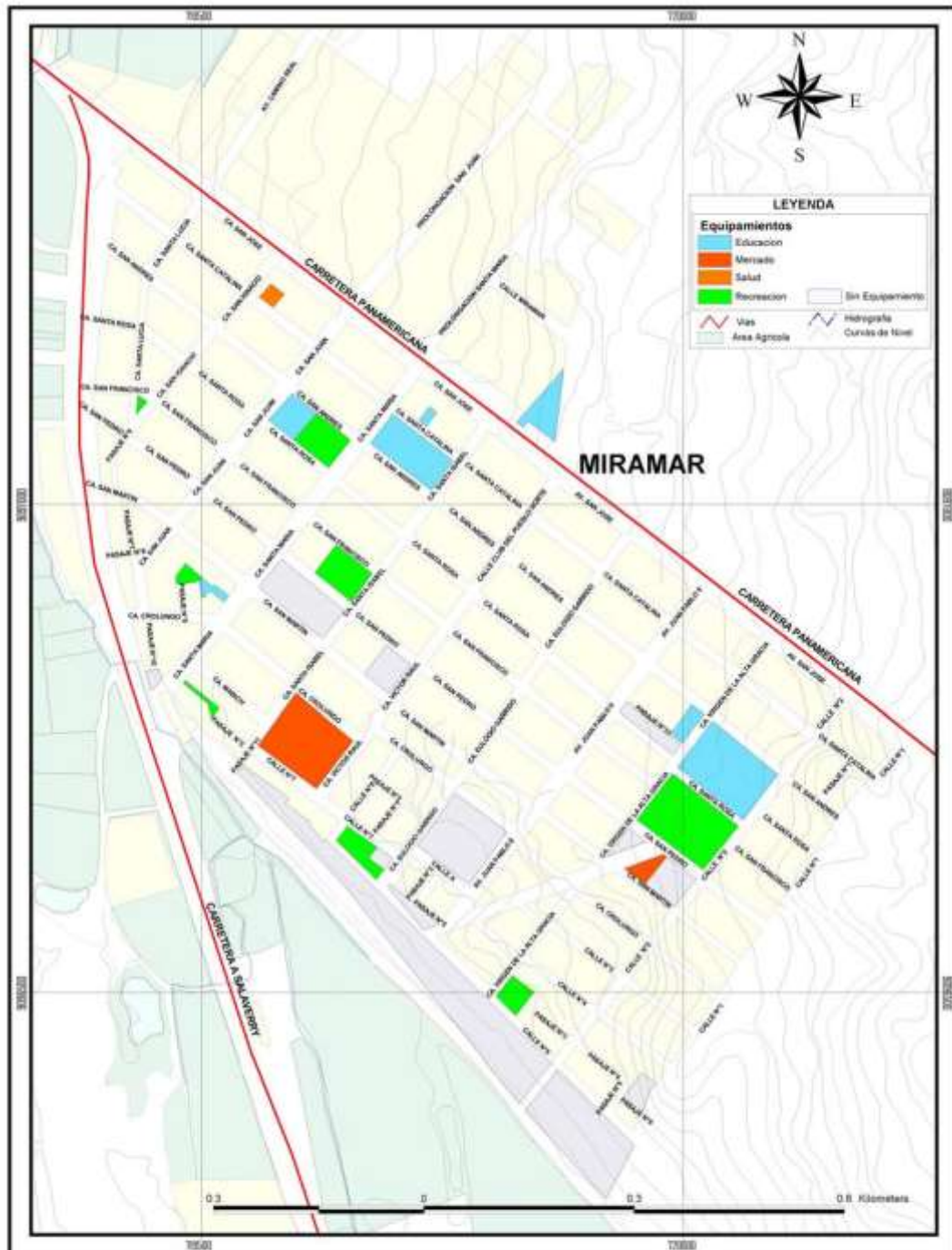
Baja: ..... Leve:  moderada: ..... Intenso: .....

12. Donde acude a comprar sus medicamentos:

- |                                      |                                     |                      |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| a. Hospital- Posta del MINSA         | <input checked="" type="checkbox"/> | b. Hospital Es SALUD | <input type="checkbox"/> |
| c. Consultorio privado, indique..... |                                     | d. Farmacia          | <input type="checkbox"/> |
| e. Profesional naturista             | <input type="checkbox"/>            | f. Curandero         | <input type="checkbox"/> |
| g. bodegas                           | <input type="checkbox"/>            | h. Otros .....       |                          |

**ANEXO 3:**

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ASENTAMIENTO HUMANO “ABSALÓN VÁSQUEZ”, DISTRITO DE MOCHE - TRUJILLO. OCTUBRE 2017- ENERO 2018**



**PLANO DE DELIMITACION DEL ASENTAMIENTO HUMANO “ABSALON VASQUEZ”, DISTRITO DE MOCHE - TRUJILLO. OCTUBRE 2017- ENERO**

**2018.**



**ANEXO 4:**

**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE ENCUESTAS APLICADAS EN LA POBLACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “ABSALÓN VÁSQUEZ”, DISTRITO DE MOCHE - TRUJILLO. OCTUBRE 2017- ENERO 2018**





**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE ENCUESTAS APLICADAS EN LA POBLACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “ABSALÓN VÁSQUEZ”, DISTRITO DE MOCHE - TRUJILLO. OCTUBRE 2017- ENERO 2018**

