



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
FRATERNIDAD DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA –
TRUJILLO. OCTUBRE 2017 – ENERO 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTORA:

GISELLA YASMIN CULQUITANTE GARCIA

ASESOR:

Mgtr.Q.F. 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
FRATERNIDAD DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA –
TRUJILLO. OCTUBRE 2017 – ENERO 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTORA

GISELLA YASMIN CULQUITANTE GARCIA

ASESOR

Mgtr. Q.F. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO - PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dr. QF. Jorge Luis Díaz Ortega

Presidente

Mgr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla

Miembro

Mgr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau

Miembro

Mgr. Q.F. César Alfredo Leal Vera

Docente Tutor Investigador

AGRADECIMIENTO

En mi primer agradecimiento quiero dar las gracias al creador de este mundo DIOS quien me cuidó y guió para poder seguir con mis objetivos y hacer realidad este sueño anhelado.

A mis padres por brindarme la oportunidad de poder estudiar y terminar mi carrera con esfuerzo y dedicación para lograr mi meta.

Agradezco a la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote y a sus docentes por sus conocimientos impartidos desde el inicio de mis estudios superiores.

DEDICATORIA

A Dios:

Por brindarme la fe y la perseverancia, a mis padres y hermanos porque siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo.

A mis queridos maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en mi proceso académico

Finalmente a mi futura familia a todos ellos dedico todas las bendiciones que de parte de Dios vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanto esfuerzo y dedicación.

RESUMEN

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, de corte transversal y diseño no experimental, realizado en pobladores Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza – Trujillo. Octubre 2017-Enero 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 22 a 93 años de edad. De los pobladores encuestados el 70% presento hipertensión arterial, 56 % corresponde al Enalapril, el medicamento antihipertensivo mas consumido. Se concluye que la prevalencia puntual de uso de antihipertensivo fue el 70%, dato que sirve para posteriores estudios.

Palabra clave: Prevalencia, uso de medicamento, antihipertensivo.

ABSTRACT

The present research study was of a quantitative, cross-sectional and non-experimental design, carried out in settlements Human Settlement Fraternity of the District of Hope - Trujillo. October 2017-January 2018, whose objective was 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 22 to 93 years of age. Of the population surveyed, 70% presented high blood pressure, 56% corresponds to Enalapril, the most used antihypertensive medication. It is concluded that the punctual prevalence of antihypertensive use was 70%, data that is useful for further studies.

Keyword: Prevalence, use of medication, antihypertensive.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Agradecimiento..... | ii |
| Dedicatoria..... | iii |
| Resumen..... | iv |
| Abstract..... | v |
| Índice..... | vi |
| Índice de tablas..... | vii |
| I. Introducción..... | 1 |
| II. Revisión de la Literatura..... | 7 |
| 2.1 Antecedentes..... | 7 |
| 2.2 Bases Teóricas..... | 12 |
| III. Metodología..... | 17 |
| 3.1 Tipo y nivel de la investigación de la tesis..... | 17 |
| 3.2 Diseño de la investigación..... | 17 |
| 3.3 Población y Muestra..... | 17 |
| 3.4 Técnicas e Instrumentos..... | 19 |
| 3.5 Operacionalización de las variables..... | 20 |
| 3.6 Plan de análisis..... | 20 |
| 3.7 Consideraciones éticas..... | 21 |
| IV. Resultados..... | 22 |
| 4.1 Resultados..... | 22 |
| 4.2 Análisis y resultados..... | 25 |
| V. Conclusiones y Recomendaciones..... | 27 |
| 5.1 Conclusiones..... | 28 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 28 |
| VI. Referencias Bibliográficas..... | 29 |
| VII. Anexos..... | 38 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|---------|--|----|
| Tabla 1 | Distribución porcentual según antecedentes mórbidos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza. Octubre 2017 - Enero 2018. | 22 |
| Tabla 2 | Distribución porcentual del uso de antihipertensivo más consumido en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza. Octubre 2017 – Enero 2018. | 23 |
| Tabla 3 | Prevalencia puntual del uso de antihipertensivos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza. Octubre 2017 – Enero 2018. | 24 |

I. INTRODUCCIÓN

Se estima que en escala mundial hay un tercio de hipertensos no conscientes de su condición, aumentando el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad renal. En el mundo la hipertensión (HTA) es responsable de alrededor 9.4 millones de muertes y 10% del costo de la salud. Según las estimaciones en el año 2025, la hipertensión alcanzará cerca de 1.6 millones de personas de ambos sexos. En Brasil, la hipertensión afecta al 30% de la población adulta, alcanzando 5% en niños y en adolescentes y 50% en los ancianos. De acuerdo con un estudio que incluyó 190 países entre 2001-2011, el Brasil tiene la sexta proporción más alta de la hipertensión en el mundo (552/100 mil habitantes) ⁽¹⁻³⁾.

En el 2013 la OMS revela que, a nivel mundial, la hipertensión arterial es el responsable de 9,4% de muertes anuales y como principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares se considera un agente causal de un 45% de muertes por cardiopatías y un 51% por evento cerebro vascular. En la página “El Club Del Hipertenso” publicada en el 2014, según la Sociedad Española de Hipertensión, indican que a futuro podrían existir aproximadamente 588 millones de hipertensos en el mundo. La OPS en el 2015, indica que la esta patología causa 800.000 muertes anualmente en América Latina y el Caribe ^(4,5).

La incidencia de hipertensión, en sujetos de raza afroamericana, es del 33.5% sin descendencia latina; de caucásicos es del 28.9 y del 20.7% con descendencia latinoamericana. El envejecimiento que aumenta las probabilidades nos da una prevalencia de 65.4% en adultos que tienen ≥ 60 años. Igualmente la obesidad y el

sobrepeso son factores predeterminantes e independientes del riesgo de tener hipertensión y se ha obtenido que 60% de los hipertensos tienen sobrepeso ^(6,7).

Distintos estudios epidemiológicos en la Argentina han tratado de establecer el grado de conocimiento de la HTA. Es así como el estudio REDIFA (Relevamiento de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología de los factores de riesgo coronario) comunicó una prevalencia de HTA del 25% y comprobó además que el 11% de la población nunca se había medido la presión arterial (PA) ⁽⁸⁾.

A su vez, la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo determinó que el 78,7% de la población se controló la PA en los últimos dos años. En las personas que se controlaron, el 34,7% presentó PA elevada en al menos una consulta. Esta encuesta utilizó la autorreferencia como diagnóstico de HTA; sin embargo, no evaluó el grado de conocimiento de la enfermedad ni el grado de control de la PA con el tratamiento ⁽⁹⁾.

En el Registro Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA) en Argentina, se observó una prevalencia de HTA del 33,5%, siendo mayor en hombres que en mujeres 41,7% y 25,7% respectivamente-. El 37,2% desconoce su enfermedad, el 6,6% conoce su enfermedad, pero no recibe tratamiento mientras que, de las personas hipertensas, el 56,2% se encontraban bajo tratamiento, pero sólo el 26,5% de ellos estaban bien controlados. Según datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo efectuada en el año 2013, en Argentina el 82,4% de la población adulta se controló la presión arterial al menos una vez en los últimos dos años y de estos el 34,1% presentó HTA ^(10,11).

Todas las prevalencias de la HTA en el mundo andan cerca del 30% en promedio. Latinoamérica ocupa las tasas más altas de prevalencia y los peores controles. Lo más complicado del problema es que dentro de un mismo país esta prevalencia puede variar mucho y tener un impacto diferente entre poblaciones ^(12,13).

Las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las enfermedades cardiovasculares (ECV), causan aproximadamente dos terceras partes de las defunciones que ocurren en todo el mundo, 80% de las cuales se registran en los países de ingresos bajos y medianos. La presión arterial es un problema de salud corregible de las ECV y, a nivel mundial, afecta a más de mil millones de personas y causa más de diez millones de muertes cada año, en gran parte evitables ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

En el Ecuador se han presentado 10.429 casos de personas con enfermedades hipertensivas, donde la hipertensión primaria (esencial) es la que indica el mayor número de afectados, con 8.653 casos (en hombres refiere el 58,14% y en mujeres el 41,86%). Al verificar por grupos de edad, se vio que los más sensibles a padecer hipertensión arterial son los adultos mayores, que representan el 52,39%. Aunque, el grupo de 36 a 64 años muestra un porcentaje relevante con el 40,63% de los casos registrados ⁽¹⁸⁾.

Se calcula que la prevalencia de HTA en la población peruana mayor de 30 años es alrededor del 30%, Se ha observado una tendencia de aumento de la prevalencia de esta enfermedad en Lima como parte del fenómeno denominado "transición epidemiológica", en el cual las enfermedades crónicas y degenerativas van desplazando de los primeros lugares de morbilidad y mortandad a las enfermedades infecto-contagiosas ⁽¹⁹⁾.

En prácticamente todas las naciones, la prevención y el control de la HAS (Hipertensión Arterial Sistólica) ocasiona implicaciones importantes y la utilización de nuevas estrategias y abordajes que identifiquen con más precisión los individuos en situación de riesgo, ofrecen beneficios tanto para el individuo con hipertensión como para la sociedad. Sin embargo, por ser una enfermedad crónica, el control de la HAS requiere acompañamiento y tratamiento durante toda la vida, en el que participan medidas farmacológicas y no farmacológicas ^(21,22).

El principal objetivo de la terapia para la HTA, es lograr la mayor disminución del peligro cardiovascular y el control de la PA, preservando la mejor calidad de vida. Esto requiere la supervisión adecuada de los factores de riesgo relacionados para lograr la mayor reducción de riesgo cardiovascular, y la reducción de la PA, que, aunque no se encuentre en cifras óptimas, reduce el riesgo total ⁽²³⁻²⁵⁾.

El tratamiento antihipertensivo se basa en los cambios de estilo de vida y el uso de drogas antihipertensivas, según el número de PA, la causa de peligro, lesión de órganos blanco, diabetes, enfermedad cardiovascular o renal establecida. Por ello es importante realizar el cálculo del riesgo cardiovascular ⁽²⁶⁾.

Los antihipertensivos son un grupo de medicamentos utilizados para normalizar una tensión arterial alta que tienen mecanismos de acción variados. Entre los antihipertensivos encontramos los diuréticos, los inhibidores de la enzima de convertidor de angiotensina, los ARA- II, los inhibidores cálcicos, los vasodilatadores arteriales centrales o periféricos y los betabloqueantes. Se puede prescribir una combinación de dos fármacos antihipertensivos, el tratamiento debe

ser seguido a largo plazo. Es necesario un seguimiento regular y de esta manera verificar la eficacia del tratamiento ⁽²⁷⁾.

En cuanto al tratamiento farmacológico; los fármacos no deben ser empleados como sustitutos de las medidas no farmacológicas, sino como un complemento de estas. Los principales objetivos que debe cumplir el tratamiento son; que sea individualizado, de administración oral, exento de efectos indeseables, con un bajo coste, debiendo controlar la PA tanto en decúbito como en ortostatismo en situación de reposo y actividad y mejorar la calidad de vida, así como prevenir lesiones en órganos diana ^(28, 29).

El Sistema Nacional de Salud (SNS), mediante la labor de médicos, enfermeras y técnicos, está en la obligación de detectar tempranamente a todo individuo hipertenso a través de exámenes periódicos y sistemáticos de su población, hacer un diagnóstico correcto de la enfermedad según indica el Programa Nacional de Hipertensión Arterial (PNHA), clasificar al paciente según cifras de presión arterial, etiología y estadio evolutivo de su enfermedad, resultando imprescindible para el tratamiento terapéutico adecuado que consiste en seleccionar el o los medicamentos precisos y las medidas de régimen no farmacológico. Muy importante es mantener una correcta adhesión al tratamiento que será por toda la vida y contribuirá a mantener controlada su enfermedad para evitar daños en órganos diana ⁽³⁰⁾.

De la realidad problemática expuesta podemos extraer el siguiente problema de Investigación: ¿Cuál será la prevalencia del uso de antihipertensivos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza –Trujillo. Octubre 2017 – Enero 2018?

Objetivo

Objetivo general

- ❖ Determinar la prevalencia del uso de antihipertensivos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza – Trujillo. Octubre 2017– Enero 2018.

Objetivos específicos

- ❖ Identificar los patrones de uso de antihipertensivos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza – Trujillo. Octubre 2017 – Enero 2018.
- ❖ Determinar la prevalencia puntual del uso de antihipertensivos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza –Trujillo. Octubre 2017 – Enero 2018.

II.- REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes

La hipertensión arterial (HTA) representa el mayor riesgo de morbilidad cardiovascular, mortalidad por enfermedades coronarias e incrementa de manera notable el riesgo de desarrollar enfermedad cerebro vascular. De acuerdo con La Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe oscila entre el 8% y el 30%. A pesar de ello las estadísticas de prevención, tratamiento y control de la hipertensión han declinado levemente en años recientes ⁽³¹⁾.

Los datos sobre HTA para países latinoamericanos indican prevalencias de 22,8% en Chile, 26,1% en Argentina, 26,8% en Brasil, 32,4% en Venezuela y 33% en Uruguay. Por otro lado se sabe que la HTA sólo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%). De estos, el 53,6% recibe tratamiento, pero el control adecuado sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados. La Organización Panamericana de la Salud sostiene que hay un elevado número de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados sin ser conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la HTA cursa sin síntomas ⁽³²⁾.

Agustín ⁽³³⁾ en el 2009, afirma que la prevalencia de HTA es del 23,7% de la población total (varones 13,4% y mujeres 10,3%). Con prevalencias 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 los hipertensos diastólicos fueron predominantes en la sierra, sobre los 3 000 msnm. Y que 55% de la población no

sabía que era hipertensa y de quienes recibían tratamiento, solo 45,1% estaban compensados.

Sin embargo los estudios disponibles señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario en cuanto al uso de su medicación oscila entre el 20% y 80% con una media en torno a 50% ⁽³⁴⁾.

Gamboa ⁽³⁵⁾ en el 2009 encontró a nivel nacional, una prevalencia de hipertensión arterial de 23,7% con predominio de varones y el 45% de los pacientes controlaban su presión arterial. Aproximadamente el 20% de la población mundial padece HTA y sólo entre 3 y 34% de ella controla su presión con un tratamiento antihipertensivo.

Soto ⁽³⁶⁾ en el 2010 determinaron la prevalencia de hipertensión en la población adulta de Chiclayo, mediante estudio poblacional domiciliario, encontrando 26,6% de incidencia, siendo de estadio I 17,4%, II 6%, III 2,5% y IV 0,7%. También en otros lugares vecinos a Chiclayo se estudió la prevalencia de hipertensión arterial, como en Monsefú, siendo 10%, sin diferencia por sexos. Sólo 47% conocía su situación y solamente 14% llevaba un tratamiento antihipertensivo con regularidad.

Mangum ⁽³⁷⁾ et al 2011 evidencian la utilidad del profesional farmacéutico en el manejo de la hipertensión arterial y de cómo su implicación en instancias clínicas y comunitarias puede ayudar a los sistemas de salud en la contención del riesgo que representa un paciente hipertenso con hábitos de vida poco saludables. El éxito de la intervención farmacéutica sobre pacientes hipertensos ha quedado demostrado con las mejoras en la calidad de vida de los pacientes y sobre todo hay una estabilización de los valores de HTA.

José ⁽³⁸⁾ et al en Agosto 2008. señalan que la Hipertensión arterial constituye una de las principales causas de demanda de los servicios de salud en nuestro País ocupando uno de los primeros lugares de morbilidad en los hospitales de la Seguridad Social, con el objetivo de determinar la prevalencia de este flagelo y los estilos de vida de tres comunidades se realizó el presente estudio de corte transversal en las comunidades de Zarumilla, Tarata, y Quillabamba en pobladores mayores de 25 años, el estudio se realizó casa por casa considerándose alternativamente tanto el sexo de los encuestados como la edad en menores de 45 y mayores de 45 años. La prevalencia de Hipertensión arterial en la población estudiada fue la siguiente: Zarumilla 22,38%, Tarata 11,88%, Quillabamba 19,17016, observándose una relación entre Índice de masa corporal y cifras de Presión Arterial diastólica elevada.

José Adolf ⁽³⁹⁾ en el 2008. Se realizó un estudio sobre la hipertensión arterial mediante una muestra simple aleatoria a 208 pacientes mayores de 15 años de una comunidad del municipio Cárdenas, provincia de Matanzas en los meses de enero de 1995 a febrero de 1996. Se analizaron diferentes variantes como sexo, edad, antecedentes familiares de enfermedad hipertensiva, comportamiento de la tensión arterial sistólica y diastólica de acuerdo con diferentes grupos de edades, uso del tratamiento hipertensivo y control de la hipertensión arterial; así como hallazgos electrocardiográficos más importantes en pacientes hipertensos. Se encontró el 29,8 % de prevalencia y 12,9 % de incidencia. No existieron diferencias notables en hipertensos de los dos sexos, pero sí aumentó ésta a medida que aumentaba la edad, controlándose sólo el 8,5 % de ellos.

Otro estudio transversal aleatorio se realizó en 81 pacientes en consultorio externo del programa. Resultados: 47 (58%) de los pacientes cumplen con las indicaciones y 58 (71.6%) de los pacientes acude regularmente a las citas. No encontramos relación significativa entre cumplimiento y variables como grado de instrucción y el uso de monoterapia o asociaciones de antihipertensivos. Las razones para el incumplimiento señaladas por los pacientes fueron: No supo u olvidó las recomendaciones (55.9%), se le agotaron los medicamentos que le suministra el programa (38.2%), sensación de mejoría experimentada (2.9%) y efectos colaterales (2.9%). Cuarenta tres pacientes (53.8%) tuvieron controles de presión arterial adecuadas. Se encontró relación significativa entre un control adecuado de presión arterial y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo así como con estadios I o II de hipertensión arterial ⁽⁴⁰⁾.

Dando así la principal razón señalada por los pacientes del incumplimiento del tratamiento fue el olvido de las indicaciones del médico. Se encontró relación directa entre control adecuado de los niveles de presión arterial y cumplimiento del tratamiento así como con estadios I ó II de hipertensión arterial ⁽⁴¹⁾.

Karla ⁽⁴²⁾ et al 2014 .realizaron un estudio en la edad 64.27 ± 15.12 años; hombres, 54.26%. La prevalencia de hipertensión fue de 38.4%.El 39.4% se encontró adherente al tratamiento. La asociación entre la adherencia y los factores socioeconómicos, proporcionó RP: 5.21 $p < 0.05$, con los factores relacionados con el sistema y equipo de salud RP: 2.42 $p < 0.05$, relacionados con la terapia RP: 4.31 $p < 0.05$ y los relacionados con el paciente RP: 15.41 $p < 0.05$. La prevalencia de hipertensión es de 38.4%. La prevalencia de adherencia al tratamiento anti

hipertensivo es del 39,9%; siendo el factor más importante para la no adherencia el relacionado al paciente, con una RP 15,41 (IC 3,9 – 59,7), seguido del factor socio económico, la terapia y del equipo de salud.

En México, MELANO ⁽⁴³⁾ et al, 2001 en su trabajo de investigación “Factores asociados con la hipertensión arterial en los adultos mayores”, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en la población Mexicana y la hipertensión arterial, uno de sus principales factores de riesgo, afecta a más de 60% de las personas de 65 años o más. Según estimados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000, la prevalencia de Hipertensión Arterial en la población mexicana es de 30,0%, pero asciende a más de 50% en las personas de 50 años o más, por lo que su prevalencia general aumenta a medida que la población envejece. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos de América de 2000, la prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 60 años o más de ese país es de 65,4%.

En un estudio realizado por Martin et al 2003 tienen una prevalencia de 85 %; lo cual se puede observar que tiene una baja prevalencia.

Marcela ⁽⁴⁴⁾ et al 2008. El fármaco de primera línea con mayor prescripción y utilizado fue el Enalapril alcanzando un 53,8% · En el Perú, Agusti sostiene que la gran mayoría de hipertensos (82,2%) reciben inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), seguidos por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipotensores ⁽³³⁾ .

Valcárcel ⁽⁴⁵⁾ et al, en la que se obtuvieron porcentajes de 44.91% de reacciones adversas del enalapril en pacientes hipertensos, dentro de las reacciones adversas producidas por la administración de enalapril se registran, como reacciones frecuentes los trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos, dentro de estos los, de igual manera los trastornos del sistema nervioso y psiquiátricos como la cefalea .

2.2 Bases Teóricas

PREVALENCIA

A finales del siglo XIX las enfermedades cardiovasculares suponían menos del 10% de la mortalidad total en el mundo, sin embargo en los últimos años ha habido un aumento de su prevalencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los adultos de los países industrializados y países en vías de desarrollo responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. La hipertensión arterial (HTA), en la población adulta, es el factor de riesgo cardiovascular (FRCV) más prevalente y uno de los que motivan un mayor número de solicitud de atención médica, aumenta con la edad y se calcula que más del 55% de los adultos de más de 60 años padecen HTA ^(46,48).

HIPERTENSION ARTERIAL

La HTA representa un importante problema de salud pública, siendo una afección crónica no permutable caracterizada por el acrecentamiento persistente de las cifras de presión arterial ($PAS \geq 130$ mmHg y $PAD \geq 90$ mmHg). Constituye un factor de riesgo significativo para otras patologías como: evento cerebro vascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y ateromatosis periférica. Según la OMS, las enfermedades no transmisibles causan alrededor del 80% de las muertes en los países de ingresos bajos y medios ⁽⁴⁹⁾.

Debido a su alta prevalencia (afecta al 20% de la población adulta mundial) y su íntima relación causal con el conjunto de las ECV, la presión arterial es la primera

amenaza de mortalidad y el tercero más relevante como contribuyente a la discapacidad en todo el mundo ⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾.

Estas enfermedades tienen en común factores de riesgo dietético y nutricional, sobre todo el aumento del consumo de sodio, pero existen otros factores no menos importantes como la obesidad y genéticos.

Los cambios en las cifras de tensión arterial son mayores en personas mayores, ya que por modificaciones en la íntima de la pared arterial contribuyen al aumento de resistencias periféricas y por lo tanto a la hipertensión arterial ⁽⁵²⁾.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN

La reducción de los valores de presión arterial en pacientes hipertensos ha demostrado ser efectiva para prevenir ECV. La evaluación de los medicamentos antihipertensivos en ensayos de grandes dimensiones demostró que su efectividad al reducir los valores de presión arterial disminuyó la incidencia evolutiva de infartos de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebro vascular y muerte súbita ⁽⁵³⁾.

En el tratamiento de primera línea de la hipertensión arterial se utilizan tres grupos de fármacos: diuréticos tiazídicos, bloqueadores betaadrenérgicos (bloqueadores beta) e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Los bloqueadores de los canales de calcio se consideran de primera elección sólo en poblaciones específicas, por ejemplo en africanos o en pacientes de edad avanzada ⁽⁵⁴⁾.

Algunas de las ventajas de estos nuevos grupos farmacológicos son una mejor tolerancia por parte del paciente, fundamental en un tratamiento preventivo como el

de la HTA, y la posibilidad de conseguir, mediante asociaciones de fármacos, reducciones más notables de la presión arterial. Gracias a ello, hemos sabido que puede obtenerse un control adecuado de la presión arterial en la mayoría de los hipertensos y que no hay peligro, como hasta hace poco se pensaba, sino beneficios, en obtener cifras óptimas de presión arterial en pacientes hipertensos con complicaciones o enfermedades asociadas ⁽⁵⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud recomendó a sus estados miembros la importancia de establecer políticas nacionales de medicamentos y la implementación de estrategias de investigación que incluyan Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM) ⁽⁵⁶⁾.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Entre los principales se encuentran los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, baja tolerancia del medicamento, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales, la disponibilidad de apoyo médico para tratar estos efectos y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Los pacientes deben comprender la importancia de mantener el control de la presión arterial durante el día y usar sus medicamentos racionalmente. Además, necesitan aprender cómo encarar las dosis perdidas, cómo identificar los fenómenos adversos y qué hacer cuando ocurren. Los tratamientos farmacológicos con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los multidosis. Por otro lado, los pacientes tienden a desesperanzarse cuando la terapia se prolonga en el tiempo y no produce cura inmediata o como mínimo rápida. Este problema se agrava si a ello le añadimos los fracasos en tratamientos previos. La aparición de efectos secundarios adversos e

indeseables como consecuencia del tratamiento es otra de las causas más frecuentes de incumplimiento terapéutico ⁽⁵⁷⁾.

USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS

Se habla de que las enfermedades no transmisibles tienen un mayor porcentaje en edades mayores, pero no es una regla, con la hipertensión arterial se ve que se presentan cambios en los valores de acuerdo con edades más avanzadas y aumentan los eventos cerebro-vasculares. Aumentando el uso de medicamentos antihipertensivos, sobre todo en edades avanzadas, mucho tiene que ver también los estilos de vida, no olvidemos que nuestra población es sedentaria y además la ingesta de comida “chatarra” es alta. Existen Guías de Práctica Clínica para la terapia de la Presión Arterial, siendo las más conocidas la JNC8 ⁽⁵⁸⁾.

El uso irracional de medicamentos no solo es responsabilidad del médico sino que también los pacientes irrespetan las órdenes médicas y no las cumplen, provocando el uso irracional de medicamentos por parte de ellos ⁽⁵⁹⁾.

Las conductas más importantes por parte del paciente son, auto prescripción muy arraigada en nuestro medio y que se ve beneficiada por la falta de controles sanitarios a las farmacias que son las que despachan sin orden médica, la falta de adherencia al medicamento, el abandono del mismo y el uso inadecuado de antibióticos ⁽⁶⁰⁾.

Ahora bien estas conductas hacen que todo medicamento sea objeto de uso irracional, y es más peligroso cuando el paciente presenta una enfermedad crónica como la Hipertensión y la Diabetes lo que puede generar una descompensación muy importante y agravar la sintomatología conllevando a un desenlace fatal ⁽⁶¹⁾.

III. METODOLOGÍA

3.1 El tipo y nivel de la investigación de la tesis.

El presente estudio fue una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal y diseño no experimental la prevalencia del uso de antihipertensivos en los pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad.

3.2 Diseño de la investigación

La finalidad del análisis es extraer la información necesaria recopilada mediante el cuestionario validado según estudios similares. Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta de carácter confidencial con visita a domicilio, en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad desde los 20 a 93 años de edad, donde el entrevistador notificó al entrevistado los objetivos del estudio y 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 la población del Asentamiento Humano Fraternidad del distrito de La Esperanza que tiene una extensión de 18.64 Km², fue creado como tal el 29 de enero de 1965, por Ley N° 15418. Conocida en sus orígenes como “Huaca la Esperancita”, fue reconocida como Barrio Marginal a fines de 1961 y en 1970 por RS N° 226-70-EF-72, se aprueba la legalización integral del área con una extensión de 543.025. Se divide en 10 sectores de los cuales se encuentra el sector Fraternidad Se conecta con el distrito de Trujillo por dos avenidas principales, La Avenida

Nicolás de Piérola y La Avenida Túpac Amaru. Con una población de 146 678, considerando una población mixta desde los 22 años hasta los 93 años de edad. Las encuestas fueron aplicadas a 2 personas adultas.

Muestra:

Para la estimación del tamaño muestral (n), se consideró una prevalencia del 20%, aplicando 200 encuestas utilizando la siguiente fórmula de Duffau ⁽⁶²⁾.

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

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%

Q = 100 – P

d = precisión (en cuanto se aleja la muestra del verdadero porcentaje del universo).

$$n = \frac{(1.96)^2 (20 \times 80 \times 146678)}{5^2 (146678-1) + (1.96)^2 (20 \times 80)}$$

$$n = 245.45$$

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se consideró en los criterios de inclusión a 200 pobladores que utilizaron:

Medicamentos Antihipertensivos

Pacientes que sepan leer y escribir.

Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

Pacientes mayores de 18 años.

Y en los criterios de exclusión a pobladores con enfermedades terminales, pobladores complicados, pobladores cuya situación patológica pueda interferir con el desarrollo del estudio.

3.4 Técnica e Instrumentos Según *Ávilla*⁽⁶³⁾ y *Maldonado*⁽⁶⁴⁾, modificada

Para la obtención de la información se utilizó como técnica de investigación una entrevista estructurada previo consentimiento informado, de carácter confidencial, el entrevistador hizo saber al encuestado los objetivos del estudio y sus fines.

Como instrumento se utilizó un cuestionario de cinco hojas donde se plantearon las interrogantes sobre las características socio-demográficas 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.

3.5 Operacionalización de las variables

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

Patrones de uso:

Medicamentos consumidos: Antihipertensivos

Forma farmacéutica: Se consideró las formas farmacéuticas sólidas: entre ellas tabletas, cápsulas, grageas, etc.

Consecuencias del consumo: Problemas relacionados al consumo de medicamentos.

3.6 Plan de análisis. Método de Wayne ⁽⁶⁵⁾

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

La prevalencia puntual: Pacientes 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 de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa informático Microsoft Excel 2010.

3.7 Consideraciones éticas

Se solicitó el consentimiento de todos y cada uno de los participante mediante la firma de una carta de consentimiento (anexo N°1), para que se informen 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 Fraternidad del Distrito de la Esperanza. Octubre 2017 - Enero 2018.

| Problemas de salud | n | % |
|---------------------------|------------|-------------|
| Hipertensión Arterial | 140 | 70% |
| Artritis | 22 | 11% |
| Diabetes | 29 | 14% |
| Cefalea | 5 | 3% |
| Dolor muscular | 4 | 2% |
| Total | 200 | 100% |

TABLA 2

Distribución porcentual según el uso de antihipertensivo más consumido en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza. Octubre 2017 - Enero 2018.

| MEDICAMENTOS | Dosis | Total | |
|-------------------|--------|-------|------|
| | | n | % |
| Enalapril | 10 mg | 78 | 56 % |
| Captopril | 25 mg. | 30 | 21% |
| Losartan | 50 mg. | 25 | 18% |
| Hidroclorotiazida | 50 mg. | 5 | 4% |
| Bisoprolol | 50 mg. | 2 | 1% |
| Total | | 140 | 100% |

TABLA 3

Prevalencia puntual del uso de antihipertensivos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza. Octubre 2017 - Enero 2018.

| Uso de medicamentos | Si | | No | | Total | |
|---------------------|-----|-----|----|-----|-------|-------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Prevalencia puntual | 140 | 70% | 60 | 30% | 200 | 100.0 |

4.2. Análisis y resultados

El presente estudio se realizó en la población, para determinar la prevalencia del uso de antihipertensivos, se aplicó una encuesta a 250 personas que aceptaron participar en el estudio.

En La Tabla 1, se muestra que los pobladores tienen antecedentes mórbidos de hipertensión arterial con un 83% que corresponde a la hipertensión arterial, en un estudio realizado por Marcela et al en el 2008, el 73,7% de la población su antecedentes mórbidos es la hipertensión arterial que tienen gran relación con el presente estudio ⁽⁴⁴⁾.

En México, MELANO et al, 2001 en su trabajo de investigación “Factores asociados con la hipertensión arterial en los adultos mayores”, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en la población Mexicana y la hipertensión arterial, uno de sus principales factores de riesgo, afecta a más de 60% de las personas de 65 años o más. Según estimados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000, la prevalencia de Hipertensión Arterial en la población mexicana es de 30,0%, pero asciende a más de 50% en las personas de 50 años o más, por lo que su prevalencia general aumenta a medida que la población envejece. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos de América de 2000, la prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 60 años o más de ese país es de 65,4% ⁽⁴³⁾.

Gamboa en el 2009 ,encontró a nivel nacional, una prevalencia de hipertensión arterial de 23,7% con predominio de varones y el 45% de los pacientes controlaban su presión arterial .Aproximadamente el 20% de la población mundial padece HTA y

sólo entre 3 y 34% de ella controla su presión con un tratamiento antihipertensivo (35).

En la tabla 2, Se observa que la prevalencia del uso de medicamentos antihipertensivos en pobladores del asentamiento humano fraternidad es un 83 % de prevalencia puntual. En un estudio realizado por Martin et al, (2003) tienen una prevalencia de 85 %; lo cual se puede observar que tiene una prevalencia relacionada con el presente estudio ⁽⁴⁵⁾

En la tabla 3, el medicamento más usado por los pobladores de asentamiento humano fraternidad fue el enalapril con un 47 %; En el Perú, Agusti sostiene que la gran mayoría de hipertensos (82,2%) reciben inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), seguidos por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipotensores ⁽³³⁾.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia del uso de antihipertensivos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza fue 70 %.
- Con respecto a los patrones de uso de antihipertensivos en pobladores del Asentamiento Humano Fraternidad del Distrito de la Esperanza , se encontró como antecedente mórbido 70% de hipertensión arterial, el antihipertensivo consumido, corresponde al Enalapril el 56%, seguido del 21% Captopril y 18% Losartan.

5.2. RECOMENDACIONES

- Para lograr los objetivos propuestos del tratamiento antihipertensivo, es imprescindible que el paciente cumpla con el tratamiento apropiadamente para evitar la (adherencia) y continúe con dicho tratamiento en el tiempo (adecuado).
- Se deben recomendar los cambios en el estilo de vida, especialmente la pérdida de peso y el ejercicio físico a todos los individuos con síndrome metabólico. Estas intervenciones mejoran no sólo la PA, sino también los componentes metabólicos del síndrome y retrasan la aparición de la diabetes.
- En pacientes ancianos delicados, se recomienda que el médico tome las decisiones sobre la terapia antihipertensiva, basándose en la monitorización de los efectos del tratamiento.
- Auto-monitorización de la presión arterial.
- Auto-gestión con simples sistemas guiados para el paciente

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva. World Health Organization. 2002.
2. National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute (US); 2004 Aug.
3. Muntner P, Krousel ,Wood M, Hyre AD, Stanley E, Cushman WC, Cutler JA, et al. Antihypertensive prescriptions for newly treated patients before and after the main antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial results and seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure guidelines. Hypertension. 2009;53:617-23.
4. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.
5. 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_2008_sources_methods.pdf.
6. GBD 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks and clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. Publicado en línea el 11 de

septiembre del 2015. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00128-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00128-2)

7. González RMC. Hipertensión arterial en el adulto mayor. Atención Primaria de Salud. Biblioteca Médica Nacional. Boletín Salud del Barrio. 2017; 1 (2).

8. SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. Consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial. Journal of hypertension 2001, Vol. 6, N° 2. Desde: http://www.sac.org.ar/Sociedades/cc_latam_hta.pdf. Tomado el 28/01/08.

9. Figuera WM de la, et al. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia [Internet]. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2014 [citado 28 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490221105000087>

10. Wyss F. Proyecto de prevención y tratamiento estandarizado de la hipertensión arterial. In prevención cardiovascular. Sociedad Interamericana de Cardiología. 2016.

11. Wolf K, Cooper RS, Kramer H, et al. Hypertension treatment control in five European countries, Canada and the United States. Hypertension. 2004;43:10-17

12. Van den Hoogen PCV, Feskens EJM, Nagelkerke NJD, et al. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. N Eng J Med 2000; 342:1-8.

13. World Health Organization. Prevention of cardiovascular diseases. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: WHO; 2007. [Links]

14. World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Policies, strategies and interventions. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: WHO; 2011. [Links]
15. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO). Raised blood pressure. Situation and trends. 2013. Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/en/. [Links]
16. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009. [Links]
17. Egan BM. Prediction of incident hypertension. Health implications of data mining in the ‘Big Data’ era. *J Hypertens*. 2013;31(11):2123-4.
18. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica. *Cienc Cuidado Saúde*. 2012; 11(3):581-7.
19. Huanca, L. Efectividad del programa “Vida Sana” en hipertensos del hospital Gustavo Lanatta Luján - Huacho. *Rev. Cient. Enfer*. 1(2): 18-24. [Consultado:23/05/2014]. Disponible en: <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap%2018-24.pdf>
20. Dirección Regional de Salud Ancash. [Página web]. Análisis de situación de salud DI-RES, Ancash. [Actualizado en abril de 2011]. [Consultado: 23/05/2014]. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Ancash/Ancash2011.pdf>.

21. Agamez, A. & col. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Archivo médico de Camagüey*, 2008; 12(5): 123-134. [Consultado: 25/05/2014]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc09508.htm>
22. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003; 289: 2560-72.
23. Daugherty SL, Powers JD, Mgsid DJ et al. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. *Circulation* 2012; 125: 1635-42
24. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
25. Tsioufis C, Kordalis A, Flessas D et al. Pathophysiology of resistant hypertension: The role of sympathetic nervous system. *Int J Hypertens* 2011; Epub.
26. Sobotka PA, Mahfound F, Schlaich MP et al. Sympatho renal axis in chronic disease. *Clin Res Cardiol* 2011; 100: 1049-57.
27. MacFadyen RJ , Meredith PA , Elliott HL . Farmacocinética clínica Enalapril y relaciones farmacocinéticos - farmacodinámicos . Una visión general . *Clin Pharmacokinet* 1993 25 de octubre : 4 274-82
28. Menendez E, Delgado E, Fernandez F, Prieto M, Bordiu E, et al. Prevalencia, diagnóstico , tratamiento y control de la hipertension arterial en España. Resultados del estudio Di@bet. *Es. Rev Esp Cardiol*. 2016;69(69):572-8.

29. DiBona GF. Sympathetic nervous system and hypertension. *Hypertension* 2013; 61: 556-60.
31. Esler M, Eikelis N. Is obstructive sleep apnea the cause of sympathetic nervous activation in human obesity?. *J Appl Physiol* 2006; 100: 11-12.
30. Esler MD, Krum H, Sobotka PA et al. SYMPLICITY HTN-2 Investigators. Renal sympathetic denervation in patients with treatment –resistant hypertension (The SYMPLICITY HTN-2 trial): a randomized controlled trial. *Lancet* 2010; 376: 1903-9.
31. Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velazquez C, Burlando G, Kolmann O, et al. Latin American guidelines on Hypertension. Latin American Expert Group. *J Hypertens*. 2009; 27(5):905-22.
32. Zanchetti A. Consenso Latinoamericano sobre hipertensión arterial. *J Hypertens*. 2001; 6(2):1-28.
33. Agusti, C. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Acta Med Per*. 2006; 23(2).
34. Park HW, Shen MJ, Lin SF et al. Neural mechanisms of atrial fibrillation. *Curr Opin Cardiol* 2012; 27: 24-28.
35. Gamboa R. La hipertensión arterial en el Perú. *Rev. Per Card* 1993; 19: 92-9.
- [Links
36. Soto Cáceres V, Alberca B L, Colchado J. Prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo. Libro de Resúmenes IX Congreso Nacional de Medicina Interna Lima 1996.

37. Mangum SA, Kraenow kr, Narducci WA. Identifying At Risk Patients Through Community Pharmacy Based Hypertension and Stroke Prevention Screening Projects. J Am Pharm Assoc 43(1):50-55, 2003.
38. José M. Sosa, Rosario Talledo, Rosa M. Portugal, Lily Jefferson Mayo - Agosto 1999.
39. Adolfo et al. Rev Cubana Med Gen Integr v.16 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2000. versión On-line ISSN 1561-3038.
40. J. C. Martín Escudero, y colab. Consumo declarado de fármacos antihipertensivos en población general. Estudio Hortega. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. (2003).
41. Gamboa A, Raúl. Fisiología de la Hipertensión Arterial esencial. Acta méd. peruana[revista en la Internet] 2006 [citado 06 Marzo 2014] vol.23, n.2, pp. 76-82. Disponible en: . accedido en 15 marzo 2014.
42. Chacon K , Orellana D ,Quizhpi J et al. Prevalencia de Hipertension , falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados , en pacientes mayores de 40 años. Hospital Jose Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca .2014.
43. Melano G , Garcia H . Factores Asociados con la Hipertensión Arterial en los adultos mayores. Universidad Autónoma de México, división ciencias de la salud.
44. Marcela Juárez y colab. Patrón y costo del tratamiento antihipertensivo para pacientes ambulatorios en un hospital general. 2008.

45. Y. Valcárcela, R. J. R. A. Estudio de farmacovigilancia para evaluar la seguridad y la efectividad del Enalapril en pacientes ancianos hipertensos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004, XXXIX (5), 289-296
- 46.. Martinez CA, et al. Infarto agudo con elevación del STen el servicio de urgencias del Instituto de Cardiología. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Órgano Oficial de la Sociedad Cubana de Cardiología.* 2017; 23 (1).
47. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected nmajor risks. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
48. Huanca, L. Efectividad del programa “Vida Sana” en hipertensos del hospital Gustavo Lanatta Luján - Huacho. *Rev. Cient. Enfer.* 1(2): 18-24. [Consultado: 23/05/2014]. Disponible en: <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap%2018-24.pdf>.
49. Machuca GM, Parras MM. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. España. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/133036205/AdhereNci-A>.
50. Mulrow DC. Pignone M. Evidence based management of hypertension: What are the elements of good treatment for hypertension. *BMJ* 2001;322;1107-1109. Desde: bmj.com on 27 May 2005.
51. Rodríguez M. Rodríguez A. Incumplimiento terapéutico en pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(2): 62-68.

52. Martínez R, adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos del hospital “José Carrasco Arteaga”. Cuenca - Ecuador 2007. Págs. 23 – 26
53. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-2446. [Links]
54. Jardine AG , Elliott HL . Inhibición de la ECA en la insuficiencia renal crónica y en el tratamiento de la nefropatía diabética : se centran en espirapril . J Pharmacol 1999 Cardiovasc agosto 34 Suppl 1 : S31-4
55. Iza-Stoll, A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Per. 2006.
56. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004.
57. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013; 31(7):1281–357.
58. Samamé ZL, Gonzáles CL. Prevalencia de hipertensión arterial en Monsefú. Tesis (Médico Cirujano) Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, 1996.

59. Peter Conrad. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007, 204 p. ISBN 0-8018-8585-X.
60. Promoción del Uso Racional de Medicamentos: Componentes Centrales Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS Septiembre de 2002 Organización Mundial de la Salud Ginebra.
61. Manual Sobre Uso Apropiado de los Medicamentos en la Comunidad. Iniciativa Sudamericana contra la resistencia antimicrobiana (SAIDI). Marisabel Sánchez 2011.
62. 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
63. Ávila A. Determinantes relacionados con la tenencia de medicamentos y su uso racional. (Tesis doctoral). Bellaterra: Universidad autónoma de Barcelona. 2011.
64. 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.
65. Wayne D. Bioestadística. Cuarta edición. Editorial LIMUSA S.A. México. 2007. Pp. 296, 572. 5. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado - Declaración

“PREVALENCIA DEL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LA POBLACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO FRATERNIDAD DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA –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 2018

ANEXO 2: ENCUESTA

“PREVALENCIA DEL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LA POBLACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO FRATERNIDAD II ETAPA - DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA –TRUJILLO. DICIEMBRE 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:

39

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? ¿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:

Nombre del medicamento 03

Nombre del medicamento 04

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

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

Dosis

Dosis

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

(Días)..... (Días).....

40

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:

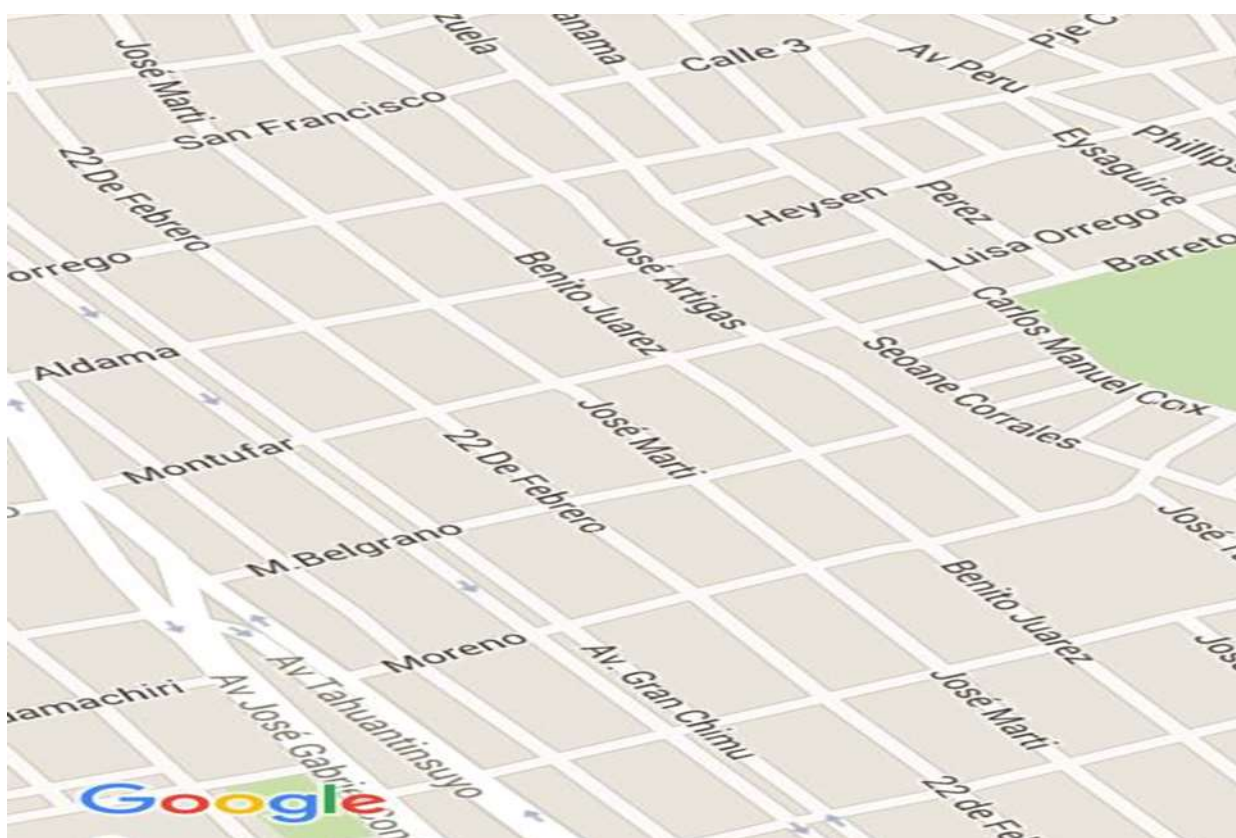
Baja: Leve: moderada:..... Intenso:.....

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..... |

ANEXO N°3

FRATERNIDAD II ETAPA - DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA –TRUJILLO



ANEXO N° 4

