

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

UNIDAD ACADÉMICA PUERTO RICO

PROGRAMA DE ENFERMERÍA



MONOGRAFÍA S.S.S.R.O.

“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PERSONAS DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD EN VILLA LA CRUZ, COMUNIDAD EL SENA, DE ABRIL A JUNIO DE 2024”

AUTORA:

INTERNA DE ENFERMERIA: KEINA ISITA ACHIPA

DOCENTE DE MODALIDAD GRADUACIÓN:

LIC. ANA MARLENE GUARACHI VELÁSQUEZ

COBIJA – PANDO – BOLIVIA

2024

ACTA DE DEFENSA

Fecha.....

TITULO

Monografía denominada: " **FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PERSONAS DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD EN VILLA LA CRUZ, COMUNIDAD EL SENA, DE ABRIL A JUNIO DE 2024**"

Elaborado por: Int. Enfermería: Keina Isita Achipa

Fue aprobada: Con una nota de:.....

Tribunal

Tribunal

Tribunal

DEDICATORIA

Dedicada con todo mi amor y cariño a mis padres por su apoyo incondicional especialmente a mi madre pues sin ella no hubiera logrado llegar hasta donde estoy.

Por tus oraciones día a día, tu paciencia y amor hacia mi

Te dedico mi monografía, te amo madre mía.

AGRADECIMIENTO

Agradecer primeramente a Dios por la vida que me da por sus bendiciones que me brinda cada día.

Agradecer a mis padres, hermanos quienes estuvieron con migo apoyándome, como moral y económicamente, para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado.

A mis tíos Jesús y Bilha y amigos cercanos quienes estuvieron con migo apoyándome en los momentos mas difíciles . gracias por todo.

RESUMEN

El estudio de los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo tiene un impacto directo en la salud pública. Al identificar las barreras para la adherencia, es posible desarrollar programas de prevención y promoción de la salud que contribuyan a disminuir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de la población.

El estudio se enmarcó en un enfoque cuantitativo, el tipo de investigación fue descriptivo y el método fue empírico, con una muestra de 30 personas de 30 a 59 años de edad que residen en Villa la Cruz de la comunidad de El Sena, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia de la investigadora, utilizando una encuesta con 9 preguntas de selección múltiple.

Los resultados del estudio sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de 30 a 59 años en Villa La Cruz, Comunidad El Sena, de abril a junio de 2024. La mayoría de la población se encuentra en los rangos de edad de 50 a 59 años (58%). En términos de nivel educativo, el 33% alcanzó solo el nivel primario y el 27% completó la secundaria. La ocupación mostró que el 30% está desempleado y el 23% son amas de casa. El conocimiento sobre los riesgos de no adherirse al tratamiento es alto en el 73% de la población. Un 43% considera que los medicamentos causan efectos secundarios leves. El 53% cree que es muy importante tomar medicamentos antihipertensivos. El 93% mide su presión arterial mensualmente y el 70% toma sus medicamentos según lo indicado la mayoría de las veces. **En conclusión**, la adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población estudiada es subóptima, influenciada por factores educativos, ocupacionales y de percepción de riesgos y efectos secundarios.

Palabras clave: Presión Arterial, Medicamentos, Conocimientos, Riesgos.

ABSTRACT

The study of factors associated with adherence to antihypertensive treatment has a direct impact on public health. By identifying barriers to adherence, it is possible to develop prevention and health promotion programs that contribute to reducing the prevalence of cardiovascular diseases and improving the quality of life of the population.

The study was framed in a quantitative approach, the type of research was transversal, descriptive, with a sample of 30 people between 30 and 59 years of age who reside in Villa la Cruz in the community of El Sena, the sampling was non-probabilistic for the convenience of the researcher, using a survey with 9 multiple choice questions.

The results of the study on the factors associated with adherence to antihypertensive treatment in people aged 30 to 59 years in Villa La Cruz, El Sena Community, from April to June 2024. The majority of the population is in the age ranges of 50 to 59 years (58%). In terms of educational level, 33% reached only primary level and 27% completed secondary school. The occupation showed that 30% are unemployed and 23% are housewives. Knowledge about the risks of not adhering to treatment is high in 73% of the population. 43% consider that the medications cause mild side effects. 53% believe that it is very important to take antihypertensive medications. 93% measure their blood pressure monthly and 70% take their medications as directed most of the time. In conclusion, adherence to antihypertensive treatment in the population studied is suboptimal, influenced by educational and occupational factors and perception of risks and side effects.

Keywords: Blood Pressure, Medications, Knowledge about Risks.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial del VIII consenso (nivel del mar)	9
Tabla 2. Factores de riesgo para hipertensión arterial	11
Tabla 3. Clasificación de IMC según OMS	16
Tabla 4. Técnica de medición de la presión arterial en la comunidad	19
Tabla 5. Factores asociados variabilidad de la presión arterial	20
Tabla 6. Objetivos terapéuticos del tratamiento hipertensivo	21
Tabla 7. Medidas no farmacológicas para controlar la hipertensión arterial	23
Tabla 8. Distribución de la población por de edad en Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	35
Tabla 9. Distribución del nivel educativo de la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	36
Tabla 10. Distribución por ocupación de la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	37
Tabla 11. Distribución de la población que conoce los riesgos de no tomar sus medicamentos antihipertensivos regularmente en Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	38
Tabla 12. Distribución de la población que cree que los medicamentos antihipertensivos pueden causar efectos secundarios en su salud Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	39
Tabla 13. Distribución de la población que considera, que tomar los medicamentos antihipertensivos es importante para mantener su salud, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	40
Tabla 14. Distribución de frecuencia con la que la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, realiza controles de presión arterial, de abril a junio de 2024	41
Tabla 15. Distribución de la población que toma sus medicamentos antihipertensivos según lo indicado por su médico, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.	42
Tabla 16. Distribución de la población que considera que su presión arterial está bien controlada, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	43

ÍNDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Porcentaje de la población por de edad en Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	35
Grafica 2. Porcentaje del nivel educativo de la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024	36
Grafica 3. Porcentaje por ocupación en la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.....	37
Grafica 4. Porcentaje de la población que conoce los riesgos de no tomar sus medicamentos antihipertensivos regularmente en Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio del 2024.	38
Grafica 5. Porcentaje de la población que cree que los medicamentos antihipertensivos pueden causar efectos secundarios en su salud, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.	39
Grafica 6. Porcentaje de la población que considera que tomar los medicamentos antihipertensivos es importante para mantener su salud, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.	40
Grafica 7. Porcentaje de frecuencia con la que la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena se mide la presión arterial, de abril a junio de 2024.	41
Grafica 8. Porcentaje de la población que toma sus medicamentos antihipertensivos según lo indicado por su médico, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.	42
Grafica 9. Porcentaje de la población que considera que su presión arterial está bien controlada, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Técnica de medición de la presión arterial.....	18
Figura 2. Flujograma de tratamiento inicial de la hipertensión.....	22

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PROBLEMA A INVESTIGAR	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.1.1. Descripción de la situación problemática.....	3
1.1.2. Formulación del problema	4
1.2. Delimitación de la investigación.....	4
1.2.1. Delimitación temática	4
1.2.2. Delimitación temporal.....	4
1.2.3. Delimitación espacial.....	4
1.3. Objeto de estudio.....	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Justificación del tema.....	5
1.5.1. Justificación teórica.....	5
1.5.2. Justificación social	6
1.5.3. Justificación práctica.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	7
2.1. Marco conceptual.....	7
2.1.1. Enfermedades No Transmisibles (ENT)	7
2.1.2. Hipertensión arterial (HTA).....	7
2.1.2.1. Definición.....	7
2.1.2.2. Tipos de hipertensión	7
2.1.2.3. Clasificación de la HTA.....	8

2.1.3.	Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo	9
2.1.4.	Adherencia al tratamiento antihipertensivo.....	10
2.2.	Marco teórico	10
2.2.1.	Principales factores de riesgo de hipertensión arterial	10
2.2.1.1.	Factores de riesgo no modificables para la hipertensión arterial	12
2.2.1.2.	Factores de riesgo modificables para la hipertensión arterial	13
2.2.1.3.	Hábitos y estilos de vida saludables.....	17
2.2.1.4.	Procedimiento de medición de la presión arterial.	17
2.2.1.5.	Principales factores asociados a la hipertensión arterial.	20
2.2.1.6.	Control de la presión arterial.....	21
2.2.1.7.	Hipertensión arterial mal controlada.....	22
2.2.2.	Tratamiento.	22
2.2.2.1.	Tratamiento no farmacológico.	23
2.2.2.2.	Tratamiento farmacológico.	24
2.2.3.	Complicaciones de la hipertensión arterial no controlada.	27
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO		30
3.1.	Operacionalización de variables.....	30
3.1.1.	Variable independiente.....	31
3.1.2.	Variable dependiente.....	32
3.2.	Enfoque metodológico	32
3.3.	Tipo de Investigación.....	32
3.4.	Método de investigación	33
3.5.	Población y Muestra:.....	33
3.5.1.	Muestra.....	33
3.5.2.	Tipo de muestreo.....	33

3.6.	Técnicas de recolección de datos o procedimientos utilizados.....	33
3.6.1.	Técnica de recolección de datos.....	34
3.6.2.	Instrumentos.....	34
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN		35
4.1.	Resultados	35
4.1.1.	Resultados del objetivo específico 1.....	35
4.1.2.	Resultados del objetivo específico 2.....	38
4.1.3.	Resultados del objetivo específico 3.....	41
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		44
5.1.	Conclusiones	44
5.2.	Recomendaciones.....	45
BIBLIOGRAFÍA		46
ANEXOS		48

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye una de las principales enfermedades no transmisibles (ENT) a nivel mundial, afectando a aproximadamente 1.300 millones de personas y representando la principal causa de muerte prevenible a nivel global. En Bolivia, la prevalencia de HTA en adultos de 18 a 69 años es del 26,1%. Esta alta prevalencia subraya la importancia de estrategias eficaces para el manejo y control de la HTA, siendo el tratamiento farmacológico un pilar fundamental en la prevención de complicaciones graves asociadas a esta enfermedad (Campbell, et al, 2023).

La adherencia al tratamiento antihipertensivo es esencial para el control de la HTA y la prevención de eventos cardiovasculares adversos, tales como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Sin embargo, la adherencia al tratamiento presenta desafíos significativos, con tasas que oscilan entre el 30% y el 80% en diferentes poblaciones. La baja adherencia puede tener graves consecuencias para la salud de las personas con HTA, incluyendo un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares, hospitalizaciones y muerte (Carbajal, et al, 2021) .

Diversos factores influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Estos factores incluyen el conocimiento y la percepción de la enfermedad, las barreras económicas y sociales, el apoyo familiar y comunitario, y la relación entre el paciente y el sistema de salud. Por ejemplo, un estudio reciente encontró que el conocimiento adecuado sobre la HTA y su tratamiento se asocia significativamente con una mayor adherencia a la medicación. Además, la percepción de los pacientes sobre la gravedad de su condición y la eficacia del tratamiento también juegan un papel crucial en la adherencia (Quintero, et al, 2021).

En el contexto estudiado, es esencial comprender los factores específicos que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. La región presenta características demográficas y socioeconómicas particulares que pueden afectar la adherencia de los pacientes a los tratamientos prescritos. Analizar estos factores en el contexto local permitirá diseñar e implementar intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades de la población.

Este estudio tiene como objetivo investigar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de 30 a 59 años de edad en Villa La Cruz de la comunidad de El

Sena, durante el período de abril a junio de 2024. Se espera que los resultados de esta investigación proporcionen una base sólida para desarrollar estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento, optimizando así el control de la HTA y reduciendo la carga de enfermedad en esta comunidad.

CAPITULO I: PROBLEMA A INVESTIGAR

1.1. Planteamiento del problema.

El problema de la presente investigación se presenta en dos instancias, la descripción de la situación problemática y formulación del problema que se detallan a continuación.

1.1.1. Descripción de la situación problemática.

El tratamiento antihipertensivo es fundamental para el control de la hipertensión arterial y la prevención de complicaciones cardiovasculares. Diversos estudios han demostrado que una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo se relaciona con un mejor control de la presión arterial y, por ende, una disminución del riesgo de complicaciones cardiovasculares (Burnier, M., y Egan, BM , 2019).

Un estudio realizado en Latinoamérica encontró que la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia con un mayor riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y falla cardíaca (Hernández-Vásquez et al., 2019). Además, la hipertensión arterial no controlada puede llevar a daño en órganos diana, como el corazón, los riñones y los ojos (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En el caso específico de Bolivia, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles realizada en 2020 reveló que solo el 30.2% de los adultos con hipertensión arterial tenían la presión arterial controlada (Ministerio de Salud Bolivia, 2020). Esto indica que una gran proporción de la población hipertensa en Bolivia está en riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares debido a la falta de control de la presión arterial.

En el contexto de la comunidad de El Sena, Un estudio realizado en 2021 encontró que la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 30 a 59 años en esta comunidad era del 28.4% (Quispe M., 2021). Sin embargo, la adherencia al tratamiento antihipertensivo sigue siendo un desafío, con tasas de adherencia que pueden variar entre el 30% y el 70% (Apaza et al., 2020).

Por tanto, el tratamiento antihipertensivo es fundamental para el control de la hipertensión arterial y la prevención de complicaciones cardiovasculares. La falta de adherencia al tratamiento se asocia con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones como infarto de

miocardio, accidente cerebrovascular y falla cardíaca. Es necesario implementar estrategias efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y, así, reducir la carga de enfermedades cardiovasculares en la población.

Según datos del SNIS-VE (2024), enero a mayo, en este periodo se captaron 70 nuevas mujeres con hipertensión arterial y 92 varones nuevos con esta misma patología, haciendo un total de 162 en este grupo poblacional de 30 a 59 años, lo dividimos por el 15% de la población total obtenemos 263 personas, por lo que tendremos que el 61.5% de la población son nuevas personas que debutan con hipertensión arterial.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuáles serán los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de 30 a 59 años de edad en Villa La Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024?

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temática

La temática de la presente investigación se relaciona a los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de 30 a 59 años de edad.

1.2.2. Delimitación temporal

La presente investigación tomó como parámetro temporal desde abril a junio de 2024.

1.2.3. Delimitación espacial

La presente investigación se circunscribe en el espacio geográfico comprendido en la localidad de El Sena, Municipio de El Sena, Provincia Madre de Dios del Departamento Pando.

1.3. Objeto de estudio

El objeto de estudio que se estudiara son los factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Describir los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de 30 a 59 años de edad en Villa La Cruz, comunidad El Sena, abril a junio de 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociodemográficos, económicos y culturales asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de 30 a 59 años de edad
- Evaluar los conocimientos, actitudes y creencias sobre la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en la población de estudio
- Evaluar la asociación entre el control de la presión arterial y el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los participantes del estudio.

1.5. Justificación del tema

1.5.1. Justificación teórica

La hipertensión arterial (HTA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y su manejo adecuado es crucial para prevenir complicaciones graves como enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. La adherencia al tratamiento antihipertensivo es un factor determinante en el control efectivo de la HTA, y su estudio tiene implicaciones teóricas significativas para el campo de la salud pública y la medicina preventiva. (González, 2023)

Desde una perspectiva teórica, comprender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento puede contribuir a desarrollar modelos más integrales de intervención que aborden tanto aspectos biomédicos como psicosociales del manejo de la HTA. Estudios recientes han demostrado que factores como el conocimiento sobre la enfermedad, la percepción de la severidad de la HTA, y las creencias sobre la eficacia del tratamiento juegan roles cruciales en la adherencia al tratamiento. Esta investigación busca profundizar en estos factores,

proporcionando una base teórica robusta que pueda ser utilizada para la formulación de políticas y estrategias de intervención.

1.5.2. Justificación social

En el contexto de Villa La Cruz, una comunidad de El Sena, la prevalencia de HTA y las barreras para la adherencia al tratamiento pueden estar influenciadas por características demográficas y socioeconómicas específicas. La comprensión de estos factores es esencial para desarrollar intervenciones que sean culturalmente sensibles y adaptadas a las necesidades de la población local.

La HTA no solo afecta la salud individual, sino que también tiene implicaciones sociales amplias, impactando la productividad laboral, la calidad de vida y los costos de atención médica. La no adherencia al tratamiento contribuye a un aumento de las hospitalizaciones y la carga económica tanto para las familias como para el sistema de salud pública. Identificar y abordar las barreras para la adherencia al tratamiento puede mejorar significativamente los resultados de salud y reducir las desigualdades en la atención sanitaria. (Fernández, 2023)

1.5.3. Justificación práctica

Desde un punto de vista práctico, este estudio tiene el potencial de informar directamente a los proveedores de atención médica y a los responsables de políticas de salud sobre las estrategias más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los hallazgos de esta investigación pueden ser utilizados para diseñar programas de educación sanitaria, desarrollar intervenciones comunitarias y mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales de salud.

Además, la investigación puede proporcionar evidencia empírica sobre la efectividad de distintas estrategias de intervención, como el uso de recordatorios de medicación, el apoyo psicológico y el seguimiento regular de los pacientes. Implementar estas estrategias puede resultar en un mejor control de la HTA, reduciendo así la incidencia de complicaciones graves y mejorando la calidad de vida de los pacientes (Ruiz & Banegas, 2021)

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Enfermedades No Transmisibles (ENT)

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) representan un grupo de patologías que no son causadas por agentes infecciosos. Estas enfermedades incluyen condiciones como las cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Las ENT son responsables de una alta tasa de mortalidad prematura y tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los afectados, además de generar importantes costos económicos para las familias y la sociedad en general (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

2.1.2. Hipertensión arterial (HTA)

La hipertensión arterial (HTA) es una condición crónica caracterizada por el aumento persistente de la presión arterial. La HTA es un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y daño a órganos como el corazón, los riñones y los ojos (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

2.1.2.1. *Definición*

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), la hipertensión se define como una presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o más y/o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o más (OMS, 2022). La Sociedad Argentina de Cardiología y la Hipertensión Clínica de Kaplan consideran hipertensión cuando la PAS es de 130 mmHg o más y/o la PAD es de 85 mmHg o más. (Kaplan & Rios, 2023)

2.1.2.2. *Tipos de hipertensión*

Así como lo menciona Kaplan & Ríos (2023) los tipos de hipertensión arterial son:

- a) **Hipertensión sistólica aislada (HSA):** Se diagnostica cuando la PAS es igual o mayor a 140 mmHg y la PAD es menor a 90 mmHg.

- b) **Hipertensión de bata blanca:** Se refiere a la elevación de la presión arterial en el entorno clínico pero normal en otros entornos.
- c) **Hipertensión refractaria o resistente:** Persistencia de la HTA a pesar del uso de tres o más medicamentos antihipertensivos en dosis adecuadas.
- d) **Hipertensión maligna:** Forma grave de HTA asociada con daño a órganos como los riñones y los ojos.

2.1.2.3. *Clasificación de la HTA*

Luego de considerar las clasificaciones propuestas por el Octavo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la PA Elevada las Pautas Europeas para el Manejo de la Hipertensión 2007, y el anterior Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial, se decidió, como se muestra en la Tabla 1, mantener el concepto de que la hipertensión se diagnostica cuando la presión arterial es $\geq 140/90$ mmHg. (Whelton, Carey, & Et. al, 2019)

Por encima de este valor, se puede dividir a la hipertensión en grado 1, 2 o 3. Esta clasificación también se aplica a la hipertensión sistólica aislada, que debe ser diagnosticada y tratada sobre todo en los pacientes mayores.

Se debe enfatizar que los valores normales altos y normales son de mayor riesgo que los valores óptimos, a pesar de estar en el rango normal, la hipertensión arterial generalmente se clasifica como: primaria, esencial o idiopática cuando la presión arterial es constantemente mayor de lo normal, sin causa subyacente conocida, la hipertensión es definida como secundaria cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable, frecuentemente.

La clasificación de la hipertensión según el Octavo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la presión arterial elevada se detalla en la siguiente tabla: (Whelton, Carey, & Et. al, 2019).

Tabla 1.*Clasificación de la hipertensión arterial del VIII consenso (nivel del mar)*

Clasificación	Tensión arterial sistólica en mmHg	Tensión arterial diastólica en mmHg
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130 -139	85 -89
HTA nivel 1	140-159	90-99
HTA nivel 2	160 - 179	100 – 109
HTA nivel 3	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90

Fuente: Guía de atención de la Hipertensión Arterial

2.1.3. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo

Los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo son múltiples y variados, influyendo directamente en la eficacia del control de la hipertensión arterial (HTA). Entre estos factores se incluyen:

- a) **Factores socioeconómicos.** La educación, ingresos económicos y el acceso a recursos de salud son determinantes clave. Personas con menor nivel educativo o ingresos bajos tienen mayores dificultades para adherirse al tratamiento debido a barreras económicas y de comprensión (Pérez & García, 2022)
- b) **Factores psicológicos.** El estado emocional y la percepción de la enfermedad afectan la adherencia. Pacientes con niveles altos de ansiedad o depresión tienden a tener menor adherencia al tratamiento (Pérez & García, 2022)
- c) **Factores relacionados con el tratamiento.** La complejidad del régimen terapéutico, efectos secundarios y la duración del tratamiento pueden influir negativamente en la adherencia (González, 2023)
- d) **Factores del sistema de salud.** La relación médico-paciente, la calidad de la atención recibida y el seguimiento continuo son esenciales para una buena adherencia. (Fernández, 2023)

2.1.4. Adherencia al tratamiento antihipertensivo

La adherencia al tratamiento antihipertensivo se define como el grado en que los pacientes siguen las recomendaciones médicas en cuanto a la toma de medicamentos, cambios en el estilo de vida y seguimiento de las indicaciones terapéuticas. Una buena adherencia es crucial para el control efectivo de la HTA y la prevención de complicaciones asociadas. (OMS, 2021)

- a) **Definición.** La Organización Mundial de la Salud define adherencia al tratamiento como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar medicamentos, seguir una dieta y ejecutar cambios en el estilo de vida– coincide con las recomendaciones acordadas de un prestador de atención sanitaria” (OMS, 2021)
- b) **Importancia.** Una alta adherencia al tratamiento reduce significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y otras complicaciones graves asociadas con la HTA. (Lopez , 2022)
- c) **Medición.** La adherencia puede medirse a través de métodos directos como el monitoreo de niveles de medicamentos en sangre y métodos indirectos como cuestionarios y entrevistas. (Méndez, 2021)

2.2. Marco teórico

2.2.1. Principales factores de riesgo de hipertensión arterial

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la HTA, los cuales se clasifican de acuerdo con su posibilidad de identificación e intervención, en factores de riesgo modificables, es decir, prevenibles y no modificables o no prevenibles (Tabla 2).

Los factores de riesgo modificables se asocian a los hábitos y estilo de vida (motivo de nuestro estudio) por lo que pueden ser prevenidos, minimizados o eliminados e incluyen: la obesidad, sedentarismo, poca actividad física, el consumo excesivo de sal, consumo de alcohol, alimentos no saludables y consumo de tabaco (Tabla 2).

Los factores de riesgo no modificables o no prevenibles son inherentes al individuo (género, raza, edad, herencia).

Tabla 2.

Factores de riesgo para hipertensión arterial

FACTORES DE RIESGO	RELACIÓN CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen incremento en el riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.
GENERO	En la primera niñez parece no haber diferencias en los niveles tensionales entre sexos, pero a partir de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres. Esta diferencia se hace más evidente en la juventud y la mediana edad.
HERENCIA	La hipertensión tiende a ocurrir en familias y existen grupos étnicos con mayor incidencia de hipertensión.
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
FACTORES COMPORTAMENTALES	
TABAQUISMO	El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos millones de personas en el mundo y ocasiona un 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidad de padecer HTA.
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1mmHg y la PAD en 0.5mmHg. Se ha demostrado que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6mmHg y PAD de 4.7mmHg, más elevadas que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.
ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA. El consumo de grasas, especialmente saturadas, de origen animal, es un factor de riesgo.
SEDENTARISMO	El sedentarismo se define como la realización de actividad física durante menos de 15 minutos y menos de tres (3) veces por semana durante el último trimestre
OBESIDAD	El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Fuente: Guía de atención de la Hipertensión Arterial

2.2.1.1. Factores de riesgo no modificables para la hipertensión arterial

Estos tipos de factores no pueden ser modificados mediante cambios en el estilo de vida de las personas.

a) Historia familiar

La evidencia del componente genético de la hipertensión arterial proviene de la observación de desorden en familiares de primer grado de consanguinidad, los hijos de padres hipertensos suelen presentar cifras de presión arterial superiores cuando se comparan con las cifras de presión arterial de hijos de padres normotensos. (OMS, 2021)

Los estudios familiares en gemelos reportan que la heredabilidad de la hipertensión varía entre un 30 y 50%. Además, la hipertensión arterial es hasta 2.4 veces más frecuente en pacientes cuyos padres son hipertensos. (OMS, 2021)

b) Edad

Uno de los factores que contribuye a la hipertensión arterial es el envejecimiento de la población, especialmente en los países industrializados. Sin embargo, no es una condición inherente al envejecimiento, sino que se relaciona con el aumento de peso, sedentarismo y al aumento en la rigidez de las arterias de mediano y gran calibre. (OMS, 2021)

c) Genero

En la primera niñez parece no haber diferencias en los niveles tensionales entre sexos, pero a partir de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres, esta diferencia se hace más evidente en la juventud y la mediana edad. (OMS, 2021)

Un poco más tarde (hacia los 50-60 años) este patrón se invierte, este cambio refleja al menos parcialmente la muerte prematura de los hombres con presión arterial más alta, aunque los hombres hipertensos tienen más eventos cardiovasculares que las mujeres hipertensas a cualquier edad, el riesgo atribuible porcentual, es decir, la proporción de eventos que es debida a la hipertensión es similar o más alta en las mujeres, la incidencia de nuevos casos de

hipertensión es comparable entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

El ser varón es un factor de riesgo para hipertensión arterial, entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más que en la mujer aunque algunos estudios realizados en mujeres han demostrado que estas toleran la hipertensión mejor que los varones y presentan tasas más bajas de mortalidad coronaria con cualquier grado de hipertensión. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

2.2.1.2. Factores de riesgo modificables para la hipertensión arterial

Puede ser modificado mediante cambios en el estilo de vida. Pueden ser: tabaco, alcohol, consumo de alimentos altos en grasas saturadas, colesterol, sodio y bajo contenido en fibra, consumo exagerado de alcohol.

a) Alcohol

El consumo de una copa de alcohol aumenta la presión arterial sistólica (PAS) en 1mmHg, y la presión arterial diastólica (PAD) en 0,5mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6,6mmHg y PAD de 4,7mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total. A corto plazo, la ingestión de 60 g. de etanol, la cantidad presente en cinco porciones habituales, provoca una disminución inmediata de la PA de 4/4mmHg en promedio, seguida, después de 6 horas, de un aumento medio de 7/4mmHg, la incidencia de hipertensión aumenta en las mujeres que ingieren más de dos porciones al día y en los varones que ingieren más de tres al día la PA aumenta durante las borracheras y, cuando los grandes bebedores se abstienen, su PA suele descender. (González, 2023)

b) Tabaco

La presión arterial sube transitoriamente, después de fumar, en aproximadamente 5 a 10mmHg y es mayor después del primer cigarrillo del día, mediante monitorización ambulatoria de presión arterial se ha demostrado un aumento de la presión arterial durante el día, con una reducción en la noche y durante la medición de la presión arterial en la oficina del médico, donde

no está permitido fumar. La nicotina del humo del cigarrillo eleva a corto plazo la PA, principalmente al estimular la liberación de noradrenalina desde los terminales nerviosos simpáticos, un efecto que aumenta cuando se alteran los reflejos barorreceptores, no se desarrolla tolerancia, así que la PA aumenta con cada cigarrillo, en 7/4mmHg como media pero puede llegar al doble en muchos pacientes, los cigarros y el tabaco sin humo también elevan la PA, pero los tratamientos sustitutivos con nicotina no parecen hacerlo (incluso en dosis altas). (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022) El efecto de cada cigarrillo es transitorio y desaparece en 30 minutos; si se toma la PA en un ambiente sin humo, como es el caso de la mayor parte de las consultas y las clínicas de investigación, es posible que no se detecte el efecto hipertensor. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

c) Alimentos no saludables

En las últimas décadas estamos siendo testigos de la llamada transición nutricional, en la cual el consumo de alimentos más saludables como frutas y verduras está en descenso, mientras que el consumo de alimentos procesados, que suelen contener más sodio, hidratos de carbono de absorción rápida, más densidad calórica, menos fibras y menor poder de saciedad, están en aumento.

La comida basura o comida chatarra (esta última denominación, empleada en Chile, Colombia, México, Argentina, y Uruguay es traducción literal del término en inglés junk food), contiene altos niveles de grasa, sal, condimentos o azúcares que estimulan el apetito y la sed, lo que tiene un gran interés comercial para los establecimientos que proporcionan ese tipo de comida y numerosos aditivos alimentarios como glutamato monosódico (potenciador de sabor) o la tartracina (colorante alimentario), la ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar la elevación aguda de la PA. El consumo de dietas hipercalóricas constituye un factor fundamental en la génesis de la obesidad. Sin embargo, los factores socioeconómicos influyen de forma contradictoria según los países y culturas. (Kaplan & Rios, 2023)

En los países más desarrollados, la obesidad suele estar ligada a los grupos sociales con menor nivel de ingreso, lo que podría relacionarse con una mayor ingesta calórica global, un predominio en la ingesta de azúcares de rápida absorción, así como la frecuentación de

restaurantes de comida rápida, que son más baratos. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

d) Consumo de sal

Los alimentos ricos en proteínas de alta calidad contienen más sodio que la mayoría del resto de los alimentos, por ejemplo: carne, leche, pescado, mariscos, entre otros. La cocción de estos puede reducir su contenido de sodio, desechando el líquido de cocción la mayoría de los vegetales y frutas frescas contienen cantidades insignificantes de sodio, por lo que pueden emplearse libremente en la dieta hiposódica ligera, la ingesta excesiva de sal, se sabe que alrededor del 50% de los casos de hipertensión arterial son “sal sensibles”. Existiría una relación directa entre la cantidad de sal de la dieta y los valores de presión. (Pérez & García, 2022). Muchos estudios epidemiológicos han demostrado que el consumo elevado de sal se asocia a mayor riesgo de padecer hipertensión, la asociación entre la presión arterial y el consumo de sal se estudió en 52 comunidades con una amplia variedad de consumo de sal, el consumo de sodio alimentario es un evidente factor determinante del grado de presión arterial en el nivel individual y de la población. (Fernández, 2023)

e) Sedentarismo

Es la falta de actividad física o inactividad física produce una disminución en la eficiencia del sistema cardiovascular (corazón y circulación sanguínea), una disminución y pérdida de masa ósea y muscular, aumento de peso, aumento de la frecuencia cardiaca y presión arterial; el sedentarismo tiene una relación exclusiva al incremento del peso. El sedentarismo, definida como: “menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana”. La conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

f) Actividad física

Actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos voluntario y que tiene como resultado un gasto de energético que se añade al metabolismo basal. Los contribuidores principales son las actividades diarias que se traducen en movimiento del cuerpo tales como caminar, ir en bicicleta, subir escaleras, trabajo en el hogar, actividad laboral,

etc. Por tanto, actividad física es andar, transportar un objeto, jugar al fútbol, bailar, limpiar la casa, etc.; cuando la actividad física se planifica, se organiza y se repite con el objetivo es mantener o mejorar la forma física, le llamamos ejercicio físico. (Kaplan & Rios, 2023)

g) Índice de masa corporal

El peso y la talla son las medidas antropométricas más fáciles de obtener e interpretar. Ambos indicadores evalúan el crecimiento y la complejidad de los individuos. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

El IMC se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

Mantener un IMC de 20-25 en personas de menos de 60 años, la mortalidad por cualquier causa es menor, permite que las cifras de tensión arterial disminuyan como por ejemplo la reducción de 9,2 kilogramos (Kg) (20,2 libras) de peso disminuye un promedio de 6,3/3,1 mm/Hg las cifras de presión arterial; mientras que el peso saludable en ancianos es mayor que en jóvenes o adultos. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

Tabla 3.

Clasificación de IMC según OMS

Clasificación	IMC (Kg/M ²)
Peso Bajo	<18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidad tipo I	30 – 34,9
Obesidad tipo II	35 – 39,9
Obesidad tipo III	>40

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud), 2022

La obesidad parece ser el resultado de la conjunción de múltiples factores biológicos, genéticos, ambientales y de estilos de vida, como el sedentarismo creciente y, sobre todo, un consumo alimentario excesivo que crea un desequilibrio entre la dieta y las necesidades calóricas.

2.2.1.3. *Hábitos y estilos de vida saludables*

Los hábitos y estilos de vida saludable es una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, tal vez el momento clave o el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por una declaración de la OMS, para mejorar los factores de riesgo como alimentación poca saludable sedentarismo. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

Los hábitos y estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

2.2.1.4. *Procedimiento de medición de la presión arterial.*

Como lo menciona Méndez (2021) la medición de la presión arterial debe seguir los siguientes pasos:

- El paciente descansará 5 minutos antes de la toma de la presión arterial.
- No debe haber fumado o ingerido cafeína por lo menos 30 minutos antes de tomar la PA.
- Debe estar en posición sentada y con el brazo apoyado. En casos especiales puede tomarse en posición supina. En ancianos y diabéticos deberá además tomarse la PA de pie.
- El manguito de goma del esfigmomanómetro debe cubrir por lo menos dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estará desnudo.

- Se insufla el manguito, se palpa la arteria radial y se sigue insuflando hasta 20mmHg o 30mmHg por encima de la desaparición del pulso.

Figura 1.

Técnica de medición de la presión arterial.



Fuente: Consenso argentino de hipertensión arterial, 2018.

- Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa antecubital y se desinfla el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja lentamente, a una velocidad aproximada de 2- 3mmHg por segundos.
- El primer sonido (Korotkoff I) se considera la PA sistólica y la PA diastólica la desaparición del mismo (Korotkoff V). Es importante señalar que la lectura de las cifras debe estar fijada en los 2mmHg o divisiones más próximas a la aparición o desaparición de los ruidos. (Méndez, 2021)

- Se deben efectuar dos lecturas separadas por 2 minutos como mínimo. Si la diferencia de las mismas difiere en 5mmHg debe efectuarse una tercera medición y promediar las mismas. Verificar en el brazo contralateral y tomar en cuenta la lectura más elevada.

Tabla 4.

Técnica de medición de la presión arterial en la comunidad.

Preparación del paciente	
Pedir al participante que se siente tranquilamente durante 15 minutos sin cruzar las piernas.	
Técnica	
Etapa	Acción
1	Coloque el brazo del participante en la mesa con la palma hacia arriba.
2	Quite o remangue la ropa que cubre el brazo.
3	Seleccione la talla de brazalete adecuada para el participante
4	Coloque el brazalete por encima del codo (entre 1,2 y 2,5 cm. por encima del pliegue del codo) tomando en cuenta la arteria braquial.
5	Ajuste bien el brazalete alrededor del brazo y sujételo bien con el velcro.
6	Mantenga el brazalete al mismo nivel que el corazón durante la medición.

Fuente: Guía general para las mediciones físicas del método STEPS, 2018

La Norma Nacional de Atención Clínica de Bolivia (NNAC) del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (2013) y que continúa vigente a la fecha, recomienda usar un esfigmomanómetro de mercurio, o uno aneroide recientemente calibrado y un ancho de brazalete que cubra 2/3 del brazo. Además, identifica 3 oportunidades en el diagnóstico de hipertensión arterial:

- Es asintomática en la primera fase de la enfermedad, por lo que su diagnóstico es casual en campañas o chequeos rutinarios de trabajo.
- Es un hallazgo fortuito durante la consulta o en la hospitalización por otras enfermedades.
- Presencia de síntomas y signos propios de la hipertensión o por signo sintomatología de complicaciones asociadas a la misma. (Ministerio de Salud y Deportes , 2013)

2.2.1.5. *Principales factores asociados a la hipertensión arterial.*

Los factores de riesgo para el desarrollo de la hipertensión pueden dividirse en modificables y no modificables (tabla 5); respecto a los factores no modificables, se están haciendo avances importantes en el área de la genética, en los cuales se asegura que encontraron concordancia de las cifras de presión arterial en familias, superior en gemelos monocigóticos que, entre gemelos dicigóticos, y más elevada entre hermanos biológicos que entre hermanos adoptivos que viven en un mismo domicilio. (Kaplan & Rios, 2023)

Otros estudios genéticos a gran escala continúan descubriendo más número de genes que podrían contribuir al desarrollo de la enfermedad cardiaca y a factores de riesgo de la hipertensión.

Tabla 5.

Factores asociados variabilidad de la presión arterial

Factores modificables	Metabólicos	
	Diabetes Obesidad	La diabetes aumenta el riesgo de sufrir HTA en tres veces, está relacionado con las concentraciones plasmáticas de glucosa e insulina. El índice de masa corporal aumenta de manera lineal con la HTA.
	Conductuales	
	Dieta Sedentarismo	El elevado consumo de sal y la alta ingesta de calorías, grasas saturadas de origen animal, eleva el riesgo de desarrollar HTA. El ejercicio físico aeróbico reduce la presión arterial.
	Hábito tabáquico	Los fumadores presentan el doble de riesgo de presentar HTA.
	Consumo de alcohol	El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD en 0.5 mmHg.

Factores no modificables	Edad	En países desarrollados y en desarrollo, la presión sistólica aumenta de forma progresiva con la edad. Aunque se observó que en zonas menos desarrolladas donde el consumo de sal y calorías es bajo, las presiones arteriales se mantienen bajas.
	Género	Las mujeres menores de 50 años tienen menor prevalencia de HTA, lo que sugiere un efecto protector de los estrógenos, después de los años la HTA es más prevalente en mujeres que en varones. LA HTA es más prevalente en las poblaciones de raza blanca que en los afroamericanos.
	Grupo étnico	Hasta un 70% de la agregación familiar de la presión arterial se atribuye a genes compartidos en lugar de a ambiente compartido.
	Genética	

Fuente: Elaboración propia en base a Goldman y Cecil, el Consenso argentino de hipertensión arterial y el manual de urgencias del hospital Virgen de la Victoria, 2021

2.2.1.6. Control de la presión arterial

Una persona hipertensa controlada se define como aquella que ha alcanzado los objetivos terapéuticos descritos en la tabla 6. Aunque estos objetivos están claramente descritos en las guías de tratamiento, no existe un consenso que defina el tiempo en el que la persona hipertensa deba lograr este control, debido a insuficiente evidencia al respecto. Entonces, este tiempo dependerá de la situación clínica, de las cifras de presión arterial de base y del riesgo cardiovascular global. Sin embargo, las guías americanas recomiendan de 3 a 6 meses después de haber iniciado el tratamiento farmacológico para que, con la ayuda de los cambios en los estilos de vida se logre conseguir el control de la presión arterial. (Kaplan & Rios, 2023).

Tabla 6.

Objetivos terapéuticos del tratamiento hipertensivo

Objetivos del tratamiento deben ser:
Alcanzar una PA <140/90 mmHg en pacientes ≥16 años y <80 años.
Alcanzar una PA <150/90 mmHg en pacientes >80 años.

Fuente: Consenso argentino de hipertensión arterial, 2020.

2.2.1.7. *Hipertensión arterial mal controlada.*

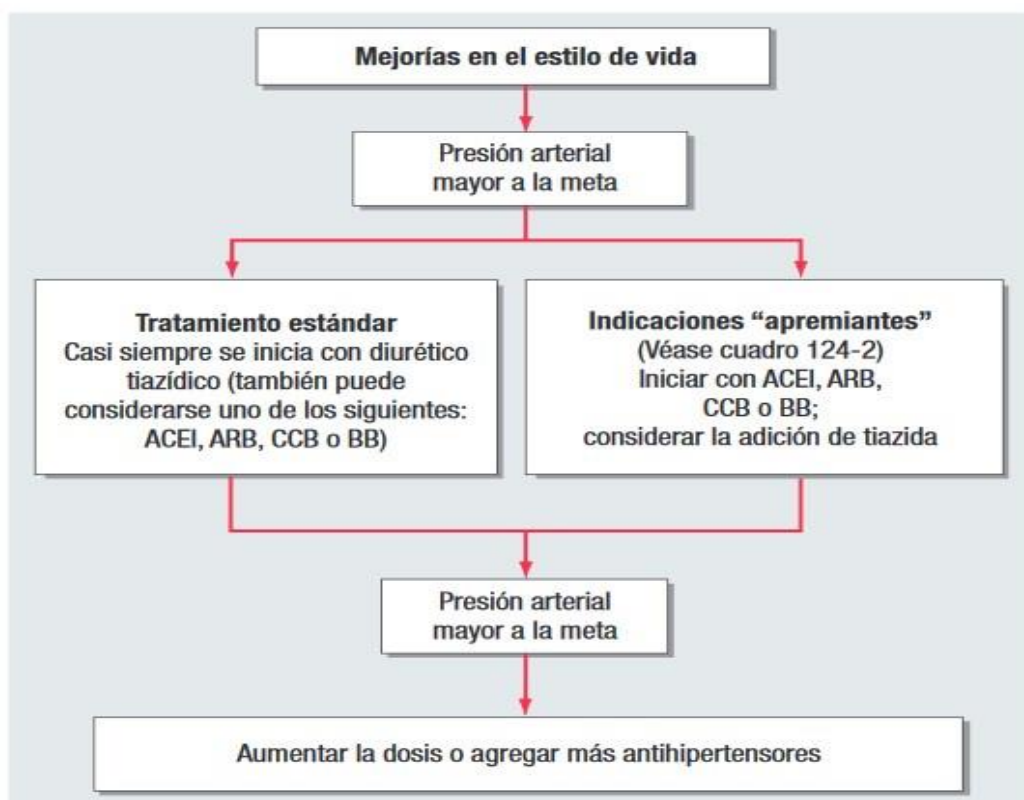
La hipertensión arterial no controlada se define como aquella persona con el diagnóstico de hipertensión arterial realizada por un personal de salud que no ha alcanzado los objetivos terapéuticos descritos en la tabla 6; los factores más fuertemente asociados encontrados en diversos estudios científicos se encuentran descritos en el acápite de antecedentes. Para su diagnóstico se debe medir la presión arterial en tres ocasiones distintas con aparatos bien calibrados y respetando las normas de medición en consultorio o ambulatorio, según sea el caso. (Kaplan & Rios, 2023)

2.2.2. **Tratamiento.**

Una buena estrategia de tratamiento debe considerar la parte farmacológica y no farmacológica de la patología, además de tratar las posibles complicaciones (riesgo global).

Figura 2.

Flujograma de tratamiento inicial de la hipertensión



Fuente: Manual de medicina interna Harrison, 2015.

2.2.2.1. *Tratamiento no farmacológico.*

Se conoce que las medidas no farmacológicas contribuyen a una reducción de las cifras de la presión arterial, lo que se asocia a una disminución de los eventos cardiovasculares. Las principales determinantes se relacionan con el consumo de calorías y sal; se ha visto que la prevalencia de hipertensión aumenta de forma lineal con el promedio de índice de masa corporal, además que suele acompañarse del síndrome metabólico, que hace referencia a la frecuente asociación de la elevación de la presión arterial con la adiposidad abdominal. (OMS, 2021)

Tabla 7.

Medidas no farmacológicas para controlar la hipertensión arterial.

Modificación	Recomendación	Reducción de PAS
Reducción de peso	Mantener un IMC <25 Si IMC >25, reducción de 4Kg o 10% del exceso de peso	5-20 mmHg por cada 10kg de < de peso
Dieta DASH	Dieta rica en frutas, vegetales y productos bajos en grasas. Reducir el consumo de grasas saturadas.	8-14 mmHg
Reducción del consumo de sodio	Reducir el consumo de sodio a menos de 100mEq/l/día (2,4 g de sodio o 6g de cloruro de sodio).	2-8 mmHg
Aumentar la actividad física	Actividad física aerobia regular de al menos 30 minutos la mayoría de los días de la semana.	4-9 mmHg
Moderar el consumo de alcohol	Máximo 40g/semana en hombres y 24 g/semana en mujeres.	2-4 mmHg

IMC: Índice de masa corporal. DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension.

Fuente: Sociedad de Medicina de familia y comunitaria y Diagnóstico y tratamiento de Lange, 2019

En el estudio de Framingham Heart Study, se estimó que la obesidad justifica hasta un 60% de los nuevos casos de hipertensión. En el estudio INTERSALT, llevado a cabo en 52 lugares del mundo, el riesgo de determinar hipertensión durante 3 decenios de la vida adulta presentaba una

estrecha relación lineal con ingesta dietética de sodio, pero también indicó la influencia de bases genéticas considerables. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

Así, las bases de una vida saludable para la presión arterial incluyen: ejercicio adecuado, reducción del estrés, suficientes cantidades de potasio y magnesio, disminución de ingesta de sal, disminución o abstinencia en el consumo de alcohol. En pacientes que ya reciben tratamiento farmacológico, su ausencia puede ser la causa aparente de refractariedad al tratamiento. (OMS, 2021)

2.2.2.2. *Tratamiento farmacológico.*

En la elección de un fármaco hipertensivo se debe considerar tanto su eficacia terapéutica (descenso tensional) como sus efectos preventivos cardiovasculares y renales; además, tratar que sea de efecto prolongado, que permita el tratamiento en dosis única para facilitar la adherencia y que sea elegida de acuerdo a la condición socioeconómica del paciente. En cuanto a su inicio, existe controversia en el tiempo de su inicio; mientras que unas guías recomiendan iniciar primero con la modificación de los estilos de vida y esperar un lapso de 3 meses para el inicio de fármacos, otras indican que ésta debe iniciarse en cuanto se confirma la hipertensión ya que una intervención oportuna en la evolución podría modificar el curso natural de la enfermedad, lo que reduciría la necesidad de múltiples fármacos antihipertensores. (Méndez, 2021)

El tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) implica una variedad de opciones farmacológicas que actúan a través de diferentes mecanismos para reducir la presión arterial y mitigar el riesgo de complicaciones cardiovasculares. A continuación, se detalla cada grupo de medicamentos antihipertensivos, su mecanismo de acción y sus contraindicaciones. (Ministerio de Salud y Deportes , 2013)

a) Diuréticos

Diuréticos tiazídicos

Mecanismo de acción: Los diuréticos tiazídicos, como la hidroclorotiazida, inhiben la reabsorción de sodio en el túbulo contorneado distal del riñón, aumentando la excreción de sodio

y agua. Esto reduce el volumen plasmático y, por consiguiente, la presión arterial. (Ministerio de Salud y Deportes , 2013)

Indicaciones: Se recomiendan como tratamiento inicial en muchos pacientes hipertensos y como terapia adicional si no se utilizaron como primera opción.

Contraindicaciones: Hiponatremia, hipopotasemia, anuria, y en pacientes con hipersensibilidad a las sulfonamidas.

b) Betabloqueantes

Propranolol, Atenolol, Metoprolol.

Mecanismo de acción: Los betabloqueantes bloquean los receptores beta-adrenérgicos en el corazón, reduciendo la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco y la liberación de renina por el riñón. Esto disminuye la presión arterial. (Lopez , 2022)

Indicaciones: Son útiles especialmente en pacientes con insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria o hipertiroidismo.

Contraindicaciones: Asma, bloqueo cardíaco de segundo o tercer grado, bradicardia severa, y en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. (Lopez , 2022)

c) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

Captopril, enalapril. (Ministerio de Salud y Deportes , 2013)

Mecanismo de acción: Los IECA inhiben la enzima convertidora de angiotensina, disminuyendo la formación de angiotensina II, una sustancia que causa vasoconstricción y liberación de aldosterona. Esto reduce la resistencia vascular periférica y disminuye la presión arterial. (Vargas-Flores & Morales-Hernandez, 2021)

Indicaciones: Son especialmente útiles en HTA de origen renovascular, insuficiencia cardíaca y en pacientes diabéticos.

Contraindicaciones: Estenosis bilateral de la arteria renal, angioedema previo relacionado con IECA, embarazo, y en pacientes con hiperpotasemia.

d) Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA-II)

Losartán, valsartán

Mecanismo de acción: Los ARA-II bloquean los receptores de angiotensina II, inhibiendo su efecto vasoconstrictor y la liberación de aldosterona. Esto resulta en vasodilatación y disminución de la presión arterial. (Ministerio de Salud y Deportes , 2013)

Indicaciones: Se utilizan como alternativa a los IECA, especialmente en pacientes que desarrollan tos o angioedema con los IECA. (Ministerio de Salud y Deportes , 2013)

Contraindicaciones: Estenosis bilateral de la arteria renal, embarazo, y en pacientes con hiperpotasemia.

e) Antagonistas del calcio

Nifedipino, Verapamilo, Diltiazem

Mecanismo de acción: Estos medicamentos bloquean los canales de calcio en el músculo liso vascular y en el corazón, produciendo vasodilatación y reducción de la contractilidad cardíaca, respectivamente. (González, 2023)

Indicaciones: Son eficaces en el tratamiento de la hipertensión, especialmente en pacientes con angina de pecho y algunas arritmias. (Ruiz & Banegas, 2021)

Contraindicaciones: Insuficiencia cardíaca descompensada (especialmente con verapamilo y diltiazem), bradicardia severa, y en pacientes con bloqueo AV de segundo o tercer grado. (González, 2023)

f) Vasodilatadores

Hidralacina, minoxidil, diazóxido, nitroprusiato

Mecanismo de acción: Estos agentes actúan directamente sobre el músculo liso vascular para producir vasodilatación. Hidralacina y minoxidil actúan principalmente en las arterias, mientras que el nitroprusiato afecta tanto a arterias como venas. (Pérez & García, 2022)

Indicaciones: Se utilizan en hipertensión severa o refractaria, y en emergencias hipertensivas.

Contraindicaciones: Lupus eritematoso sistémico (Hidralacina), feocromocitoma (Minoxidil), y en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave sin tratamiento adecuado. (Pérez & García, 2022)

g) **Bloqueantes de receptores adrenérgicos periféricos**

Betabloqueantes (Propranolol, Atenolol, Metoprolol), Alfabloqueantes (Fentolamina, Fenoxibenzamina, Prazosín, Doxazosina), Bloqueantes de ambos tipos (Labetalol y Carvedilol)

Mecanismo de acción: Los betabloqueantes ya mencionados actúan bloqueando los receptores beta-adrenérgicos. Los alfabloqueantes inhiben los receptores alfa-adrenérgicos, provocando vasodilatación. Los bloqueantes de ambos tipos actúan sobre los receptores alfa y beta, reduciendo la resistencia vascular y la frecuencia cardíaca. (OMS, 2021)

Indicaciones: Los alfabloqueantes son útiles en el tratamiento de la hipertensión resistente y en pacientes con hiperplasia prostática benigna. Labetalol y carvedilol son eficaces en el manejo de la hipertensión y la insuficiencia cardíaca.

Contraindicaciones: Betabloqueantes en asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa; alfabloqueantes en pacientes con hipotensión ortostática; y bloqueantes mixtos en insuficiencia cardíaca descompensada. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022)

2.2.3. Complicaciones de la hipertensión arterial no controlada.

Las complicaciones de la hipertensión se relacionan con aumentos sostenidos de la presión arterial, con los cambios consecuentes de la estructura y función de la vasculatura y el corazón. (Kaplan & Rios, 2023)

Casi todos los desenlaces adversos de la hipertensión se acompañan de trombosis en lugar de hemorragia, quizás porque el incremento de las fuerzas de cizallamiento vasculares convierte al endotelio a un estado protrombótico. El daño orgánico final varía de manera notable entre un paciente a otro con valores similares de hipertensión. Es importante aclarar que en la predicción del daño orgánico final son superiores las presiones ambulatorias que las lecturas en el consultorio. (Fernández, 2023)

- a) **Enfermedad cardiovascular hipertensiva.** Hasta en 15% de las personas con hipertensión de larga data se encuentran pruebas electrocardiográficas de hipertrofia del ventrículo izquierdo, la cual se relaciona con insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias ventriculares, isquemia miocárdica y muerte súbita. La hipertrofia ventricular izquierda hipertensiva remite con el régimen terapéutico y se relaciona de modo más cercano con el grado de reducción de la presión arterial sistólica. (Pérez & García, 2022)
- b) **Enfermedad vascular cerebral hipertensiva y demencia.** La hipertensión es la principal causa de apoplejía hemorrágica e isquémica. Las complicaciones vasculares cerebrales se correlacionan de manera más estrecha con la presión arterial sistólica que con la diastólica. Se vio que la incidencia de estas complicaciones disminuye notablemente con el tratamiento antihipertensor. La hipertensión previa se acompaña con un alto índice de demencia de los tipos vascular y Alzheimer. (Lopez , 2022)
- c) **Nefropatía hipertensiva.** La hipertensión crónica causa nefroesclerosis, una causa frecuente de nefropatía. El control agresivo de la presión arterial por debajo de 130/80 mmHg disminuye todas las formas de nefropatía crónica, sobre todo cuando hay proteinuria. (Lopez , 2022)
- d) **Diseccción aórtica.** La hipertensión es un factor contribuyente en muchos pacientes con diseccción de la aorta. (Lopez , 2022)
- e) **Complicaciones ateroscleróticas.** Una gran parte de los pacientes con hipertensión mueren por complicaciones de aterosclerosis, pero la relación entre hipertensión y afección vascular aterosclerótica no es muy clara. En consecuencia, un tratamiento

antihipertensor eficaz no previene del todo las complicaciones de la cardiopatía coronaria.
(Ministerio de Salud y Deportes , 2013)

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1.Operacionalización de variables.

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Medición	Escala de Medición
Edad	Años cumplidos del encuestado	Grupo etario	a) 30-34 años, b) 35-39 años, c) 40-44 años, d) 45-49 años, e) 50-54 años, f) 55-59 años	Nominal
Nivel educativo	Grado de instrucción formal alcanzado por el encuestado	Nivel de educación	a) Sin instrucción, b) Primaria, c) Secundaria, d) Técnico/Universitario, e) Profesional	Ordinal
Situación laboral	Condición de empleo actual del encuestado	Estado laboral	a) Empleado formal, b) Empleado informal, c) Desempleado, d) Jubilado, e) Ama de casa	Nominal
Conocimiento sobre riesgos	Grado de conocimiento sobre los riesgos de no tomar medicamentos antihipertensivos	Nivel de conocimiento	a) Sí, conozco todos los riesgos, b) Conozco algunos riesgos, c) No conozco los riesgos, d) No estoy seguro, e) No me interesa conocer los riesgos	Ordinal
Creencia sobre efectos secundarios	Percepción sobre la posibilidad de efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos	Creencia sobre efectos secundarios	a) Sí, creo que pueden causar efectos secundarios graves, b) Creo que pueden causar algunos efectos secundarios leves, c) No creo que causen efectos secundarios, d) No estoy seguro, e) No me preocupan los efectos secundarios	Ordinal
Actitud hacia la importancia del tratamiento	Percepción de la importancia de tomar	Actitud hacia el tratamiento	a) Sí, es muy importante, b) Es algo importante, c) No es importante, d) No estoy	Ordinal

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Medición	Escala de Medición
	medicamentos antihipertensivos		seguro, e) No creo que sea necesario	
Frecuencia de medición de presión arterial	Regularidad con la que el encuestado mide su presión arterial	Frecuencia de medición	a) Diariamente, b) Semanalmente, c) Mensualmente, d) Cada 6 meses, e) Anualmente	Ordinal
Adherencia al tratamiento	Grado en el que el encuestado sigue las indicaciones médicas para tomar medicamentos antihipertensivos	Nivel de adherencia	a) Siempre, b) La mayoría de las veces, c) A veces, d) Rara vez, e) Nunca	Ordinal
Control de la presión arterial	Percepción del encuestado sobre el control de su presión arterial	Nivel de control	a) Sí, siempre está controlada, b) La mayoría de las veces está controlada, c) A veces está controlada, d) Rara vez está controlada, e) Nunca está controlada	Ordinal

3.1.1. Variable independiente

1. **Edad:** Categorías de edad del encuestado (30-34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años).
2. **Nivel educativo:** Grado de instrucción formal alcanzado por el encuestado (Sin instrucción, Primaria, Secundaria, Técnico/Universitario, Profesional).
3. **Situación laboral:** Condición de empleo actual del encuestado (Empleado formal, Empleado informal, Desempleado, Jubilado, Ama de casa).
4. **Conocimiento sobre riesgos:** Nivel de conocimiento sobre los riesgos de no tomar medicamentos antihipertensivos (Sí, conozco todos los riesgos; Conozco algunos riesgos; No conozco los riesgos; No estoy seguro; No me interesa conocer los riesgos).

5. **Creencia sobre efectos secundarios:** Percepción sobre la posibilidad de efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos (Sí, creo que pueden causar efectos secundarios graves; Creo que pueden causar algunos efectos secundarios leves; No creo que causen efectos secundarios; No estoy seguro; No me preocupan los efectos secundarios).
6. **Actitud hacia la importancia del tratamiento:** Percepción de la importancia de tomar medicamentos antihipertensivos (Sí, es muy importante; Es algo importante; No es importante; No estoy seguro; No creo que sea necesario).
7. **Frecuencia de medición de presión arterial:** Regularidad con la que el encuestado mide su presión arterial (Diariamente, Semanalmente, Mensualmente, Cada 6 meses, Anualmente).

3.1.2. Variable dependiente

1. **Adherencia al tratamiento:** Grado en el que el encuestado sigue las indicaciones médicas para tomar medicamentos antihipertensivos (Siempre, La mayoría de las veces, A veces, Rara vez, Nunca).
2. **Control de la presión arterial:** Percepción del encuestado sobre el control de su presión arterial (Sí, siempre está controlada; La mayoría de las veces está controlada; A veces está controlada; Rara vez está controlada; Nunca está controlada).

3.2. Enfoque metodológico

El enfoque metodológico de la investigación será **cuantitativo**. Este enfoque se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para obtener resultados medibles y generalizables. La utilización de instrumentos estructurados como encuestas permitirá estandarizar la recolección de información y facilitar el análisis estadístico. (Cusi, 2018)

3.3. Tipo de Investigación

Se denomina transversal cuando en el(los) grupo(s) de estudio se realiza solamente una evaluación del fenómeno de interés. (Martínez, Briones, & Cortes, 2013).

El tipo de investigación será **descriptivo**, con el objetivo de describir las características de la población en estudio en relación a los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo (Cusi, 2018). Este tipo de estudio permitirá identificar la prevalencia de la hipertensión arterial en la población de estudio.

3.4. Método de investigación

El método de investigación busca recolectar datos directos de la población de estudio a través de una encuesta o entrevistas, permitiendo observar y medir variables relacionadas a la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Por lo que el estudio responde a un **método empírico**. (Cusi, 2018). Este método permitirá obtener información de la población estudiada, con el fin de desarrollar estrategias efectivas.

3.5. Población y Muestra:

La población de estudio son las personas de 30 a 59 años de edad que residen en Villa la Cruz de la comunidad de El Sena, que padecen hipertensión arterial y que reciben tratamiento antihipertensivo. Según el SNIS-VE 2023, la comunidad de El Sena tiene una población asignada de 1753 habitantes entre hombres y mujeres, para su área de influencia.

3.5.1. Muestra

La muestra consta de 30 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, entre hombres y mujeres, en el área de influencia.

3.5.2. Tipo de muestreo

El tipo de **muestreo no probabilístico** por conveniencia de la investigadora porque se realiza la encuesta a personas diagnosticadas con hipertensión arterial.

3.6. Técnicas de recolección de datos o procedimientos utilizados.

En el presente trabajo se empleó:

3.6.1. Técnica de recolección de datos.

Los datos se recopilarán mediante la aplicación de un **cuestionario estructurado de 9 preguntas** a los participantes del estudio. El cuestionario estará compuesto por preguntas cerradas de opción múltiple para obtener información detallada sobre las variables de interés.

3.6.2. Instrumentos

Se procedió de la siguiente manera:

- Se recolecto datos con un cuestionario aplicada a las personas de 30 a 59 años de edad que residen en la comunidad de El Sena, Villa la Cruz, que padecen hipertensión arterial y que reciben tratamiento antihipertensivo, que acuden a consulta del centro de salud en horario de atención y mediante visita domiciliaria.
- Se realizó preguntas cerradas y de selección múltiple para una comprensión amplia e integral del tema de estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.Resultados

4.1.1. Resultados del objetivo específico 1.

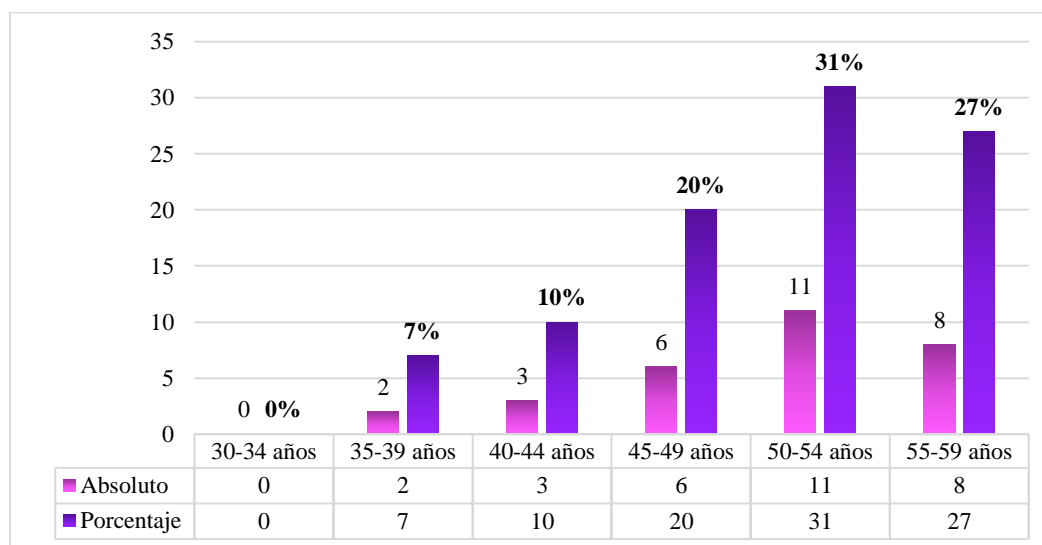
Tabla 8.

Distribución de la población por de edad en Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024

Variable	Numero	Porcentaje
30-34 años	0	0%
35-39 años	2	7%
40-44 años	3	10%
45-49 años	6	20%
50-54 años	11	31%
55-59 años	8	27%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 1. *Porcentaje de la población por de edad en Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024*



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: La distribución de edades de la población muestra que el 31% de los habitantes tiene entre 50 y 54 años, el 27% tiene entre 55 y 59 años, el 20% se encuentra en el rango de 40 a 49 años, el 10% tiene entre 40 y 44 años y el 7% está en el grupo de 35 a 39 años, evidenciando que la mayoría de la población está en los rangos de edad de 50 a 59 años.

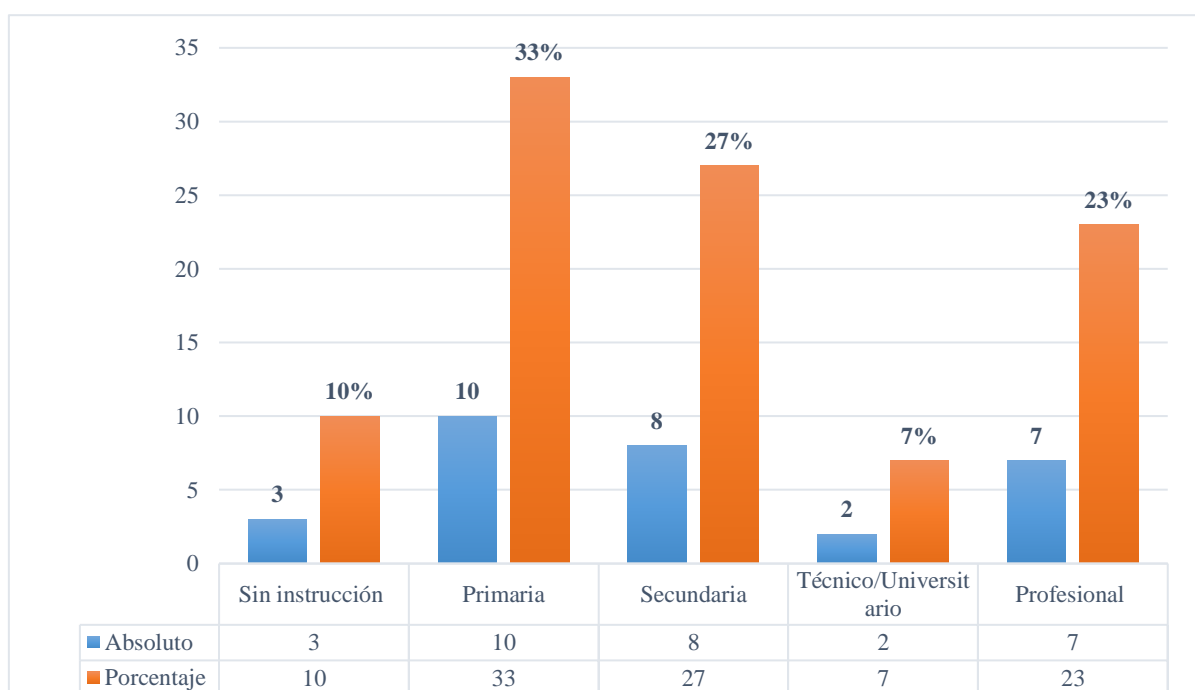
Tabla 9.

Distribución del nivel educativo de la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024

Variable	Numero	Porcentaje
Sin instrucción	3	10%
Primaria	10	33%
Secundaria	8	27%
Técnico/universitario	2	7%
Profesional	7	23%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 2. *Porcentaje del nivel educativo de la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024*



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: Se observa que el nivel educativo de la población varía considerablemente: el 33% alcanzó solo el nivel primario, el 27% completó la secundaria, el 23% posee formación profesional, el 10% no tiene ningún nivel educativo y el 7% tiene formación técnica o está cursando estudios universitarios.

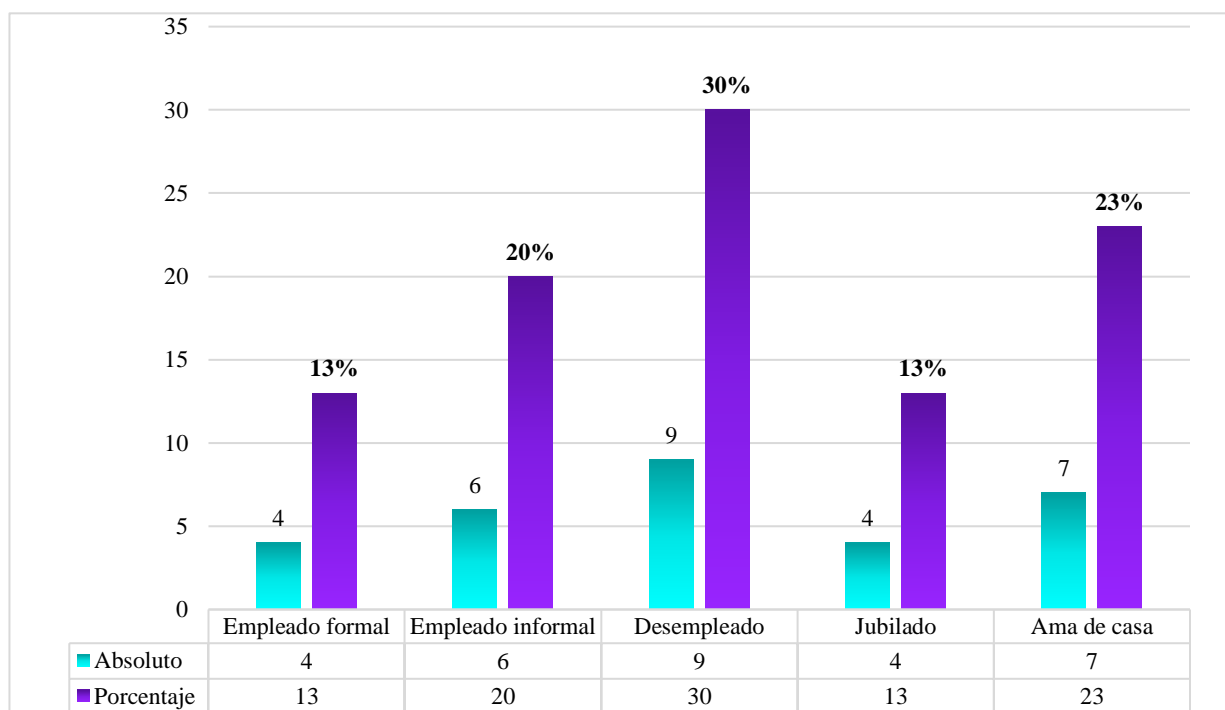
Tabla 10.

Distribución por ocupación de la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024

Variable	Numero	Porcentaje
Empleado formal	4	13%
Empleado informal	6	20%
Desempleado	9	30%
Jubilado	4	13%
Ama de casa	7	23%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 3. *Porcentaje por ocupación en la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024*



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: La distribución ocupacional de la población muestra que el 30% está desempleada, seguida por el 23% que son amas de casa. Los empleados informales constituyen el 20%, mientras que los empleados formales y jubilados representan cada uno el 13%. Esta diversidad en las ocupaciones puede influir en la adherencia al tratamiento antihipertensivo debido a las diferentes demandas y estilos de vida asociados con cada grupo.

4.1.2. Resultados del objetivo específico 2.

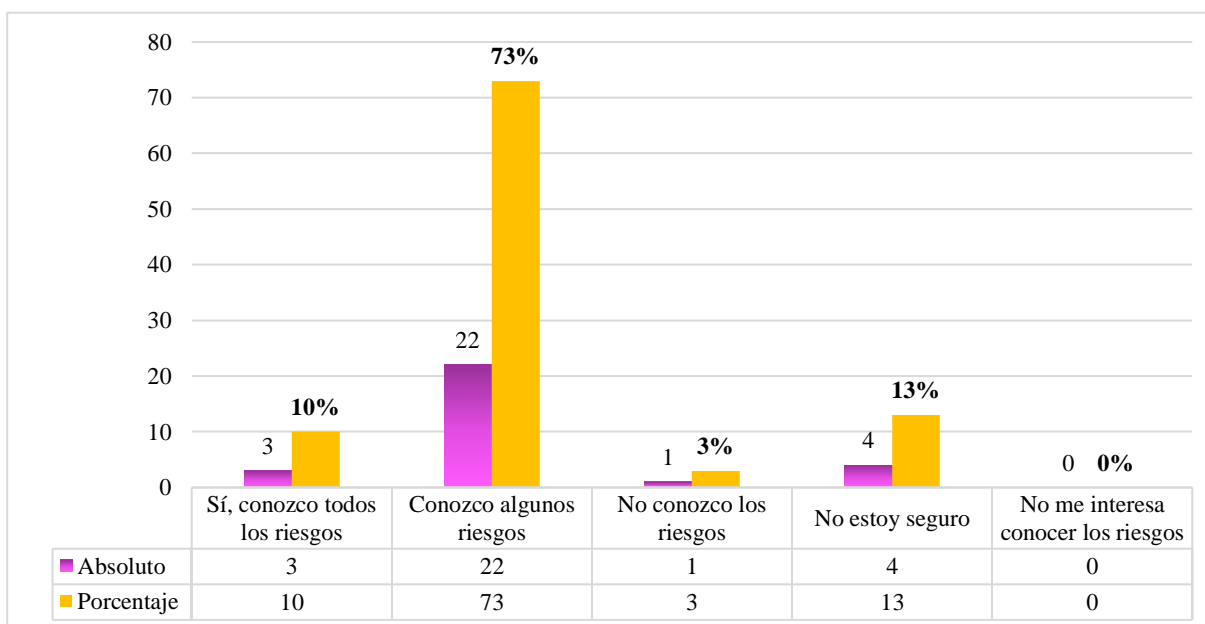
Tabla 11.

Distribución de la población que conoce los riesgos de no tomar sus medicamentos antihipertensivos regularmente en Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024

Variable	Numero	Porcentaje
Si conozco todos los riesgos	3	10%
Conozco algunos riesgos	22	73%
No conozco los riesgos	1	3%
No estoy seguro	4	13%
No me interesa conocer los riesgos	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 4. Porcentaje de la población que conoce los riesgos de no tomar sus medicamentos antihipertensivos regularmente en Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio del 2024.



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: El conocimiento sobre los riesgos de no adherirse al tratamiento antihipertensivo es alto, con el 73% de la población conociendo algunos riesgos y el 10% estando completamente informado. Sin embargo, el 3% no conoce los riesgos y el 13% no está seguro. Este nivel de conocimiento es crucial para la adherencia al tratamiento, ya que estar informado puede motivar a los pacientes a seguir sus prescripciones médicas.

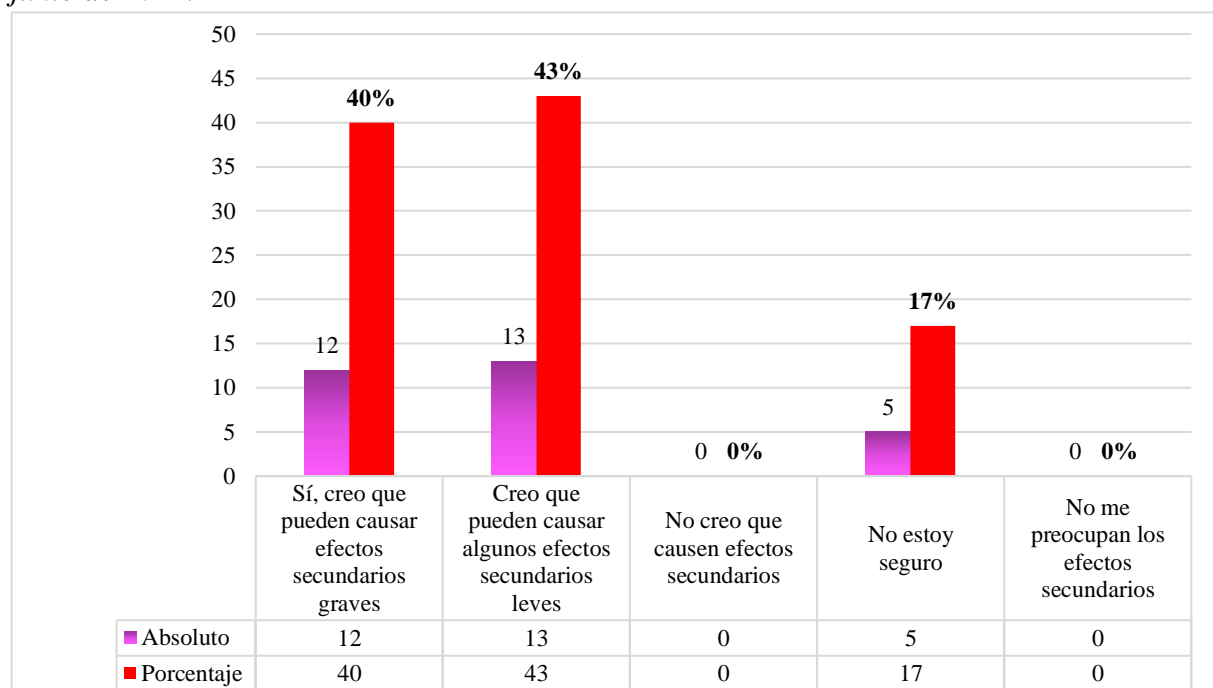
Tabla 12.

Distribución de la población que cree que los medicamentos antihipertensivos pueden causar efectos secundarios en su salud Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024

Variable	Numero	Porcentaje
Si, creo que pueden causar efectos secundarios graves	12	40%
Creo que pueden causar algunos efectos secundarios leves	13	43%
No creo que causen efectos secundarios	0	0%
No estoy seguro	5	17%
No me preocupa los efectos secundarios	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 5. *Porcentaje de la población que cree que los medicamentos antihipertensivos pueden causar efectos secundarios en su salud, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.*



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: El 43% de la población cree que los medicamentos pueden causar efectos secundarios leves y el 40% considera que pueden ser graves. Un 17% no está seguro y nadie cree que no causen efectos secundarios. La preocupación por los efectos secundarios podría ser una barrera significativa para la adherencia al tratamiento, sugiriendo la necesidad de intervenciones educativas para abordar estas percepciones.

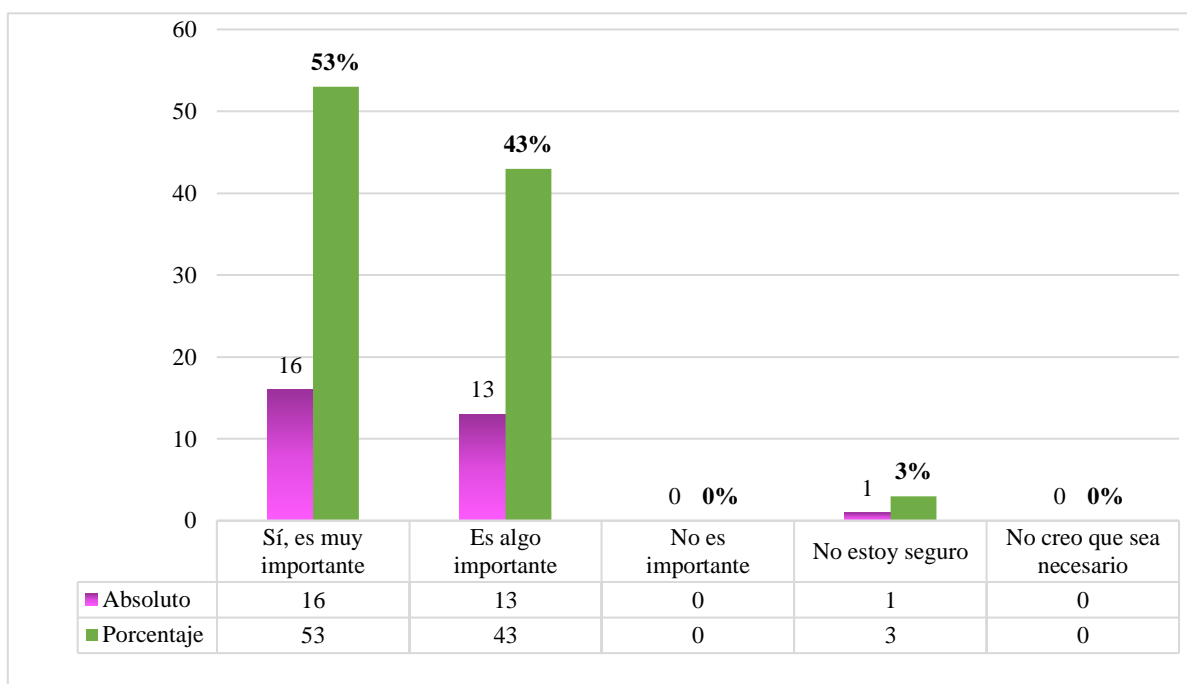
Tabla 13.

Distribución de la población que considera, que tomar los medicamentos antihipertensivos es importante para mantener su salud, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024

Variable	Numero	Porcentaje
Si es muy importante	16	53%
Es algo importante	13	43%
No es importante	0	0%
No estoy seguro	1	3%
No creo que sea necesario	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 6. *Porcentaje de la población que considera que tomar los medicamentos antihipertensivos es importante para mantener su salud, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.*



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: Una gran mayoría, el 53%, considera que es muy importante tomar medicamentos antihipertensivos, y el 43% lo ve como algo importante. Solo el 3% no está seguro. Esta actitud positiva hacia la importancia del tratamiento es alentadora y sugiere que la mayoría de la población está motivada a seguir su régimen de medicación.

4.1.3. Resultados del objetivo específico 3.

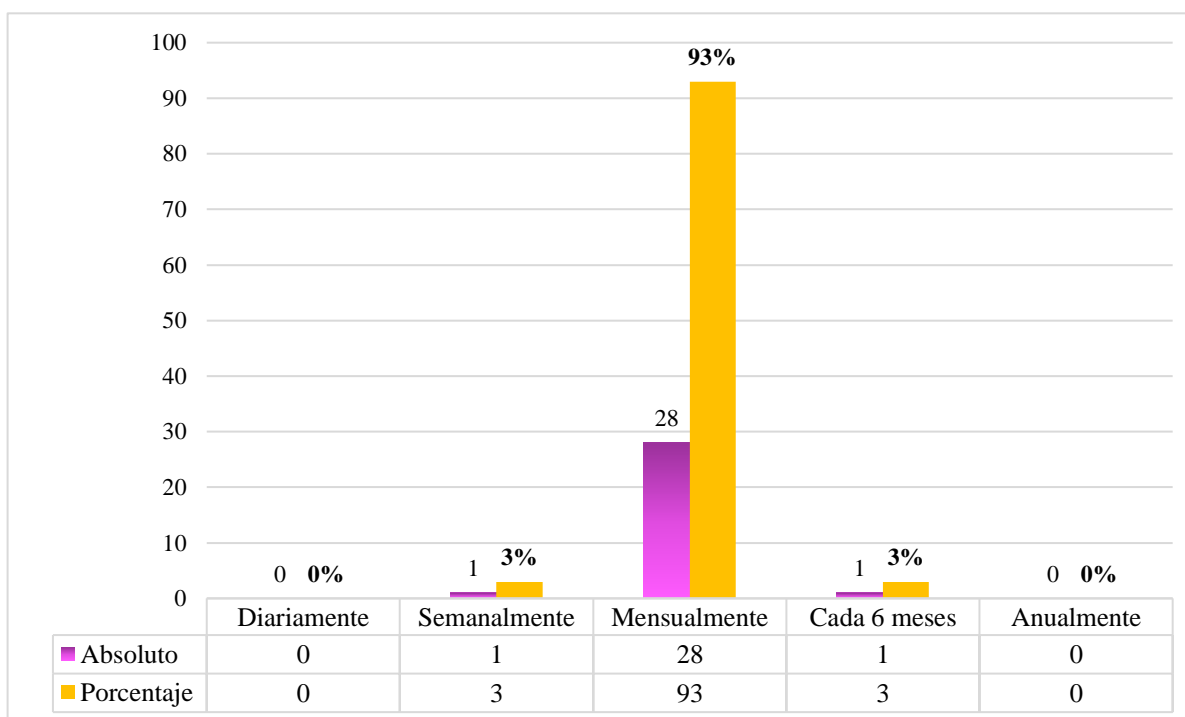
Tabla 14.

Distribución de frecuencia con la que la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena, realiza controles de presión arterial, de abril a junio de 2024

Variable	Numero	Porcentaje
Diariamente	0	0%
Semanalmente	1	3%
Mensualmente	28	93%
Cada 6 meses	1	3%
Anualmente	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 7. Porcentaje de frecuencia con la que la población de Villa la Cruz, comunidad El Sena se mide la presión arterial, de abril a junio de 2024.



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: La mayoría de la población, el 93%, mide su presión arterial mensualmente. Solo el 3% lo hace semanalmente y otro 3% cada seis meses. La falta de monitoreo diario sugiere que hay espacio para mejorar en la educación sobre la importancia del seguimiento regular de la presión arterial para manejar la hipertensión de manera efectiva.

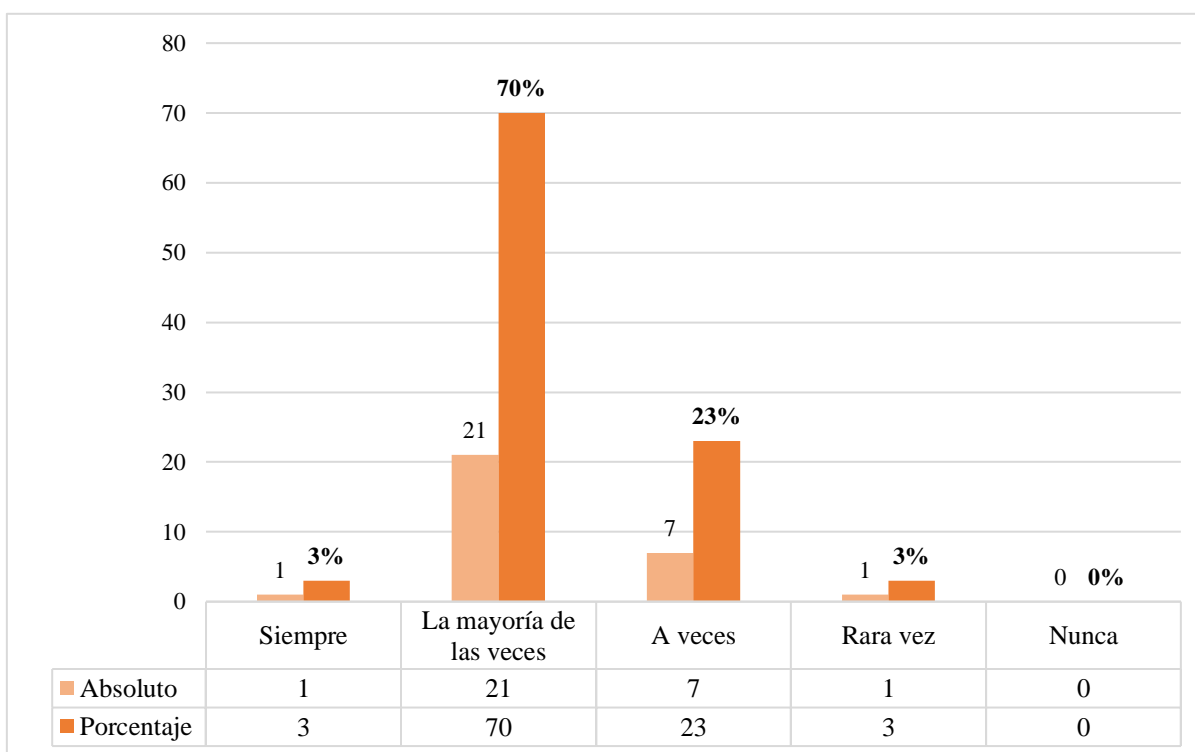
Tabla 15.

Distribución de la población que toma sus medicamentos antihipertensivos según lo indicado por su médico, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.

Variable	Numero	Porcentaje
Siempre	1	3%
La mayoría de las veces	21	70%
A veces	7	23%
Rara vez	1	3%
Nunca	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 8. *Porcentaje de la población que toma sus medicamentos antihipertensivos según lo indicado por su médico, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.*



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: El 70% de la población toma sus medicamentos la mayoría de las veces según lo indicado por su médico, mientras que solo el 3% lo hace siempre y otro 3% rara vez. Un 23% lo hace a veces. Estos resultados indican una adherencia subóptima y resaltan la necesidad de estrategias para mejorar la consistencia en la toma de medicamentos.

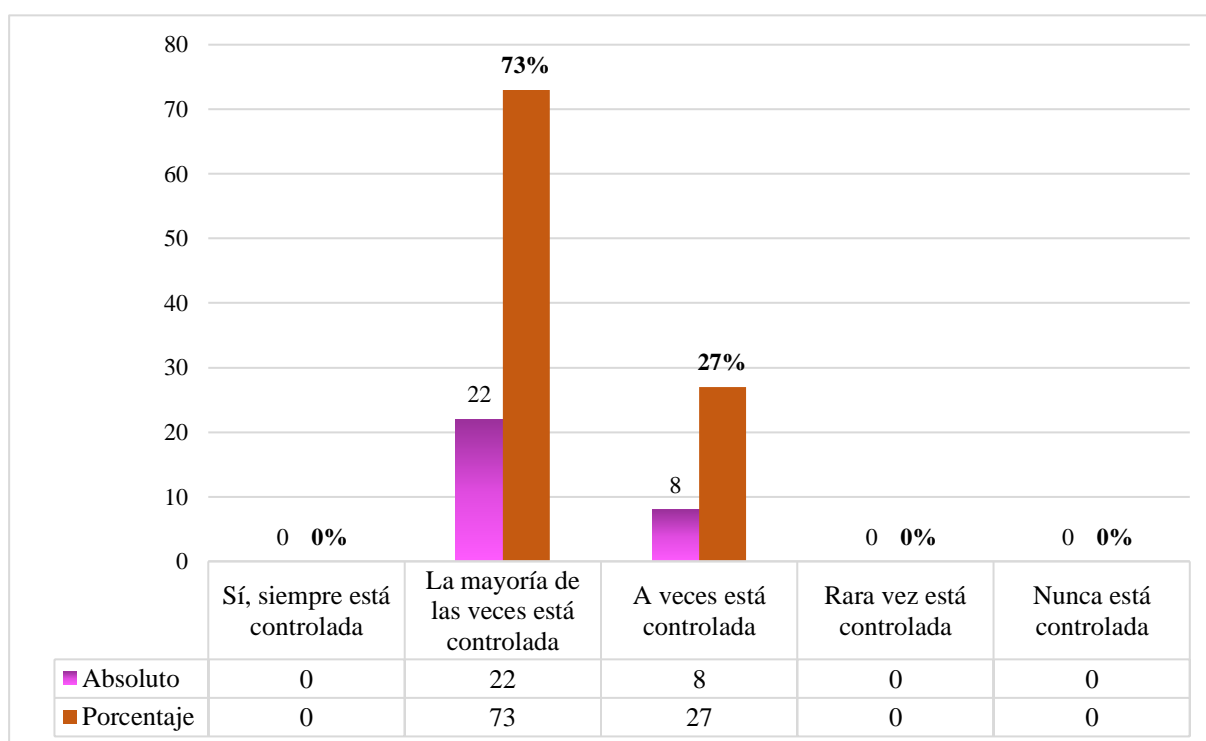
Tabla 16.

Distribución de la población que considera que su presión arterial está bien controlada, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024

Variable	Numero	Porcentaje
Si siempre está controlada	0	0%
La mayoría de las veces esa controlada	22	73%
A veces está controlada	8	27%
Rara vez está controlada	0	0%
Nunca está controlada	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia, en base a los datos del instrumento aplicado.

Grafica 9. *Porcentaje de la población que considera que su presión arterial está bien controlada, Villa la Cruz, comunidad El Sena, de abril a junio de 2024.*



Fuente: Datos de la encuesta.

Interpretación: El 73% de la población considera que su presión arterial está controlada la mayoría de las veces, y el 27% cree que a veces está controlada. No hay reportes de control total o falta total de control. Estos resultados sugieren una percepción moderadamente positiva del control de la hipertensión, aunque también indican áreas donde el control puede ser mejorado.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La distribución de la población según edad, nivel educativo y ocupación revela varios factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. La mayoría de los participantes se encuentran en el rango de 50 a 59 años (58%), lo cual es significativo dado que la prevalencia de hipertensión aumenta con la edad. El nivel educativo muestra una variabilidad considerable, con un 33% de la población alcanzando solo la educación primaria y un 27% completando la secundaria. La ocupación también varía, con un 30% desempleado y un 23% dedicándose a labores domésticas. Estos factores sociodemográficos y económicos son críticos, ya que una educación limitada y la falta de empleo pueden influir negativamente en la capacidad y disposición para adherirse a un régimen de tratamiento.
- El conocimiento sobre los riesgos de no tomar los medicamentos antihipertensivos es relativamente alto, con un 73% de los participantes reconociendo algunos riesgos y un 10% completamente informado. Sin embargo, un 17% de la población está preocupada por los efectos secundarios potenciales de los medicamentos, lo que puede actuar como una barrera para la adherencia. La actitud hacia la importancia del tratamiento es predominantemente positiva, con un 53% considerando que es muy importante y un 43% que es algo importante. Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones educativas para mejorar el conocimiento y reducir la preocupación por los efectos secundarios, promoviendo así una mejor adherencia.
- El control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento muestran una relación estrecha. La mayoría de la población (93%) mide su presión arterial mensualmente, aunque el seguimiento más frecuente es escaso. Además, el 70% de los participantes toma sus medicamentos según lo indicado la mayoría de las veces, pero solo un 3% lo hace siempre, lo que indica una adherencia subóptima. El 73% considera que su presión arterial está controlada la mayoría de las veces, pero este control percibido no se refleja completamente en la adherencia. Estos resultados indican que, aunque hay una conciencia sobre la

importancia del control de la presión arterial, se necesitan estrategias más efectivas para mejorar la adherencia constante al tratamiento.

5.2. Recomendaciones.

- Desarrollar e implementar programas educativos y de apoyo dirigidos específicamente a personas con niveles educativos bajos y aquellos que están desempleados. Estos programas deben incluir información accesible sobre la importancia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, las consecuencias de la no adherencia y estrategias para manejar la hipertensión de manera efectiva. Además, se recomienda establecer alianzas con líderes comunitarios y organizaciones locales para facilitar el acceso y la participación de la comunidad en estas iniciativas, asegurando que se aborden las necesidades específicas de los diversos grupos ocupacionales y educativos.
- Implementar campañas educativas continuas que aborden tanto los riesgos de la no adherencia como los mitos y preocupaciones sobre los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos. Estas campañas deben utilizar múltiples canales de comunicación, incluidos talleres comunitarios, materiales impresos y digitales, y sesiones educativas en centros de salud. Es crucial incluir testimonios de pacientes que hayan logrado un buen control de su hipertensión, así como la participación de profesionales de la salud para proporcionar información confiable y responder a las inquietudes de la población.
- Establecer un sistema de monitoreo y seguimiento regular para los pacientes hipertensos, que incluya recordatorios periódicos para la medición de la presión arterial y la toma de medicamentos. Este sistema puede integrarse con tecnologías móviles, como aplicaciones de salud y mensajes de texto, para aumentar la adherencia. Además, se recomienda la creación de grupos de apoyo y consultas periódicas con profesionales de la salud para evaluar y ajustar los planes de tratamiento, asegurando un control óptimo de la presión arterial. Involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento puede mejorar la adherencia y los resultados de salud a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Burnier, M., y Egan, BM . (2019). Adherencia en hipertensión: una revisión de la prevalencia, los factores de riesgo, el impacto y el manejo. . *Circulation research*, 1124-1140.
- Campbell, N. R., Paccot Burnens, M., Whelton, P. K., Angell, S. Y., Jaffe, M. G., Cohn, J., ... & Ordunez, P. . (2023). Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión. *Panamericana*, 46-54.
- Carbajal, G. I. A., Villalba, E. F. B., & Hernández, E. M. V. (2021). Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial . *Revista Cuidado y Salud Pública*, 3-8.
- Cusi, E. (2018). *Semillas para la investigacion 2*. Pando, Bolivia: Sodespo Pando.
- Fernández, J. (2023). Factores del sistema de salud y su impacto en la adherencia al tratamiento. *Revista de Salud Pública chilena*, 35(2), 123-130.
- González, M. (2023). Efectos secundarios y complejidad del régimen terapéutico en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Journal de Cardiología*, 28(1), 45-52.
- Kaplan, M., & Rios, V. (2023). *Hipertensión Clínica de Kaplan* (12 ed.). Buenos Aires Argetina: Médica Panamericana.
- Lopez , Y. (2022). Importancia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en la prevención de eventos cardiovasculares. *Revista Española de Hipertensión*, 31(4), 456-462.
- Méndez, E. (2021). Métodos de medición de la adherencia al tratamiento. *Revisión sistemática. Salud y Medicina en Colombia*, 20(3), 210-218.
- Ministerio de Salud Bolivia. (2020). Mortalidad por COVID-19 y comorbilidad HTA, La Paz-Bolivia. *Cuadernos Hospital de Clínicas*,.
- Ministerio de Salud y Deportes . (2013). Enfermedades cardiovasculares. En *Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC)* (Vol. 1, págs. 688-693). La Paz: Prisa.
- OMS. (2021). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adherence-to-long-term-therapies>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Recuperado el 23 de 06 de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Pérez , L., & García, A. (2022). Factores socioeconómicos y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. *Medicina Clínica*, 159(6), 297-304.
- Quintero, L. H., Fernández, D. A. C., Cruz, L. T., Quintero, L. M. H., & Pérez, M. A. . (2021). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 279-286.
- Quispe M. (2021). Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial. *UMSA*.
- Ruiz , J., & Banegas, I. (2021). Adherencia al tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública Argentina*, 42(4), 273-284.
- SEDES Pando. (2022). *Plan estratégico institucional servicio departamental de salud Pando 2021 2025*. Cobija.
- SNIS-VE. (2024). Datos estadísticos. *SEDES PANDO*.
- Vargas-Flores , M., & Morales-Hernandez, M. (2021). Adherencia al tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes hipertensos. *Gaceta Médica de México*, 154(9), 545-551.
- Whelton, P., Carey, R., & Et. al. (2019). Guía 2017 de la CC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA para la Prevención, Detección, Evaluación y Manejo de la Presión Arterial Alta en Adultos . *Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón*, 71(19), 127-248. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta sobre: "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PERSONAS DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD EN VILLA LA CRUZ, COMUNIDAD EL SENA, DE ABRIL A JUNIO DE 2024."

Objetivo específico 1: Identificar los factores sociodemográficos, económicos y culturales asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en personas de 30 a 59 años de edad.

1. ¿Cuál es su edad?

- a) 30-34 años
- b) 35-39 años
- c) 40-44 años
- d) 45-49 años
- e) 50-54 años
- f) 55-59 años

2. ¿Cuál es su nivel educativo?

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnico/Universitario
- e) Profesional

3. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- a) Empleado formal
- b) Empleado informal
- c) Desempleado
- d) Jubilado
- e) Ama de casa

Objetivo específico 2: Evaluar los conocimientos, actitudes y creencias sobre la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en la población de estudio

4. ¿Conoce los riesgos de no tomar sus medicamentos antihipertensivos regularmente?

- a) Sí, conozco todos los riesgos
- b) Conozco algunos riesgos
- c) No conozco los riesgos
- d) No estoy seguro
- e) No me interesa conocer los riesgos

5. ¿Cree que los medicamentos antihipertensivos pueden causar efectos secundarios?

- a) Sí, creo que pueden causar efectos secundarios graves
- b) Creo que pueden causar algunos efectos secundarios leves
- c) No creo que causen efectos secundarios
- d) No estoy seguro
- e) No me preocupan los efectos secundarios

6. ¿Considera que tomar los medicamentos antihipertensivos es importante para mantener su salud?

- a) Sí, es muy importante
- b) Es algo importante
- c) No es importante
- d) No estoy seguro
- e) No creo que sea necesario

Objetivo específico 3: Evaluar la asociación entre el control de la presión arterial y el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los participantes del estudio

7. ¿Con qué frecuencia se mide la presión arterial?

- a) Diariamente
- b) Semanalmente
- c) Mensualmente
- d) Cada 6 meses
- e) Anualmente

8. ¿Toma sus medicamentos antihipertensivos según lo indicado por su médico?

- a) Siempre
- b) La mayoría de las veces
- c) A veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

9. ¿Considera que su presión arterial está bien controlada?

- a) Sí, siempre está controlada
- b) La mayoría de las veces está controlada
- c) A veces está controlada
- d) Rara vez está controlada
- e) Nunca está controlada

ANEXO 2



