



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO Y CALIDAD  
DE VIDA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA  
COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO  
DE SANTIAGO, FEBRERO- ABRIL 2018”.**

**BACHILLER: LISBETH MARIELA FIGUEROA HUAMANI**

**ASESORA: Mg. NORMA PASTOR RAMIREZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ICA- PERÚ**

**2018**

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO Y CALIDAD DE VIDA  
EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA  
DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO,  
FEBRERO- ABRIL 2018”.**

**DEDICADO A:**

Mis padres por darme la vida.

**AGRADEZCO A:**

Los docentes de la UAP filial Ica.

## RESUMEN

Objetivo: Examinar la adherencia al tratamiento terapéutico y calidad de vida en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal, observacional prospectivo. Población de estudio 60 pacientes hipertensos pertenecientes a la Cooperativa Santa Dominguita distrito de Santiago de Ica.

Resultados: 1.- 53.3% de los pacientes son de sexo masculino, el 55% son mayores de 60 años, 50% de los pacientes tiene grado de instrucción superior, 81.7% de los pacientes tienen un tiempo de enfermedad de más de un año, y el 55% de los pacientes el apoyo para su tratamiento lo tiene de parte de su conyugue. Existe relación directa positiva entre buena alimentación y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo. Existe relación directa positiva entre bienestar físico y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo. Existe relación directa positiva entre bienestar emocional y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo. Existe relación directa positiva entre bienestar social y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo. Existe relación directa positiva entre calidad de vida y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones: A mejor calidad de vida existe mejor adherencia al tratamiento anti-hipertensivo, y a mejor calidad en la alimentación mas alto es la adherencia al tratamiento anti-hipertensivo e los pacientes de la Cooperativa Santa Dominguita distrito de Santiago de Ica.

Palabras clave: Calidad de vida, adherencia tratamiento anti-hipertensivo.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To examine the adherence to therapeutic treatment and quality of life in hypertensive patients of the Cooperativa Santa Dominguita 245 district of Santiago, February-April 2018.

**Material and methods.** Descriptive, cross-sectional, prospective observational study. Study population 60 hypertensive patients belonging to the Cooperativa Santa Dominguita district of Santiago de Ica.

**Results:** 1.- 53.3% of the patients are male, 55% are over 60 years old, 50% of the patients have a higher level of education, 81.7% of the patients have a sick time of more than one year , and 55% of patients support for their treatment has it from their spouse. There is a direct positive relationship between good nutrition and high adherence to antihypertensive treatment. There is a positive direct relationship between physical well-being and high adherence to antihypertensive treatment. There is a positive direct relationship between emotional wellbeing and high adherence to antihypertensive treatment. There is a positive direct relationship between social welfare and high adherence to antihypertensive treatment. There is a positive direct relationship between quality of life and high adherence to antihypertensive treatment.

**Conclusions:** The better quality of life there is better adherence to the anti-hypertensive treatment, and the better quality of the food is the adherence to the anti-hypertensive treatment and the patients of the Cooperativa Santa Dominguita district of Santiago de Ica.

**Key words:** Quality of life, adherence to antihypertensive treatment.

	<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>		iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>		iv
<b>RESUMEN</b>		v
<b>ABSTRACT</b>		vi
<b>ÍNDICE GENERAL</b>		vii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>		ix
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>		xi
<b>INTRODUCCIÓN</b>		xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>		
1.1.	Planteamiento del problema	1
1.2.	Formulación del problema	2
	1.2.1. Problema principal	2
	1.2.2. Problemas secundarios	2
1.3.	Objetivos	3
	1.3.1. Objetivo general	3
	1.3.2. Objetivo específico	3
1.4.	Justificación de estudio	4
1.5.	Limitación de la investigación	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>		
2.1.	Antecedentes de la investigación	5
2.2.	Bases teóricas	9
2.3.	Definición de términos básicos	38
2.4.	Hipótesis de la investigación	39
2.5.	Variables	39
	2.5.1. Definición conceptual de la variable	40
	2.5.2. Definición operacional de la variable	40
	2.5.3. Operacionalización de la variable	41

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.1.1. Tipo de investigación	44
3.1.2. Nivel de investigación	44
3.1.3. Método	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	44
3.3. Población y muestra	44
3.3.1. Población	44
3.3.2. Muestra	45
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	45
3.4.1. Técnica	45
3.4.2. Instrumento	45
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	45
3.6. Plan de procesamiento de datos	46
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	47
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	63
<b>ANEXOS</b>	
-Matriz de consistencia	69
-Modelo de instrumento	71



## ÍNDICE DE TABLAS

N°	TABLA	Pág.
1	PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO: POR SEXO	49
2	PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO: POR EDAD	50
3	PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO: POR GRADO DE INSTRUCCIÓN	51
4	PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO: POR TIEMPO DE ENFERMEDAD	52
5	PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO: POR APOYO FAMILIAR	53
6	ALIMENTACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL 2018	54
7	BIENESTAR FÍSICO DE LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL 2018	55
8	BIENESTAR EMOCIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL 2018	56
9	BIENESTAR SOCIAL DE LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA	57

AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS  
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA  
DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL  
2018

- 10 CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS 58  
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA  
DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL  
2018

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°	GRÁFICO	Pág.
1	Pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago: Por sexo.	49
2	Pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago: Por edad.	50
3	Pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago: Grado de instrucción.	51
4	Pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago: Por tiempo de enfermedad.	562
5	Pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago: Por apoyo familiar.	53
6	Alimentación y adherencia al tratamiento antihipertensivo Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago.	54
7	Bienestar físico y adherencia al tratamiento antihipertensivo Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago.	55
8	Bienestar emocional y adherencia al tratamiento antihipertensivo Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago.	56
9	Bienestar social y adherencia al tratamiento antihipertensivo Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago.	57
10	Calidad de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito Santiago.	58

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) esencial es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo.

La HTA puede disminuir la calidad de vida de los pacientes por las múltiples complicaciones en órganos blanco y los efectos adversos de los medicamentos antihipertensivos; controlarla significa controlar el riesgo de las complicaciones cardiovasculares enunciadas y mejorar la expectativa y calidad de vida sumadas a la ganancia de años de vida saludables.

Por otra parte, y respecto a calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), existe evidencia que la calidad de vida se asocia a mejor adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

En la actualidad se dispone de un amplio arsenal terapéutico para el tratamiento de esta afección y se conocen los criterios higiénico-sanitarios que permiten mantener los niveles arteriales dentro de la normalidad. La falta de adherencia a la pauta terapéutica es común en las enfermedades crónicas. En el caso de la hipertensión arterial, las cifras de no cumplidores alcanzan límites realmente preocupantes, cerca del 40 % para el tratamiento farmacológico y entre el 60-90 % en las medidas higiénico-dietéticas. El incumplimiento hace ineficaz el tratamiento prescrito, lo que ocasiona un aumento de la morbilidad y mortalidad.

Para lograr los referidos propósitos se necesita una participación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas como es el caso de la HTA.

Se realiza esta investigación con el propósito de determinar la relación entre la calidad de vida con sus diferentes dimensiones, física emocional y social con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, la que brinda luces en la comprensión de este fenómeno, por lo que la investigación está estructurada por capítulos.

## **CAPÍTULO I:**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

La hipertensión arterial es la más común de las patologías que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo, es una de las enfermedades que más padece la persona adulta considerado como un problema de salud de grandes proporciones, constituye un problema de salud pública en la sociedad occidental por su trascendencia sanitaria, económica y social.

La OMS reconoce que la poca adherencia al tratamiento farmacológico es un problema internacional, que afecta especialmente a los regímenes terapéuticos de larga duración de ciertas enfermedades crónicas, como la hipertensión. La principal conclusión de ese documento es que los pacientes tienen que recibir más apoyo y que es necesario un enfoque multidisciplinario e individualizado. <sup>1</sup>

Según investigaciones realizadas en España, en el año 2014 en las dos últimas décadas se ha identificado los factores que inciden en el padecimiento de esta enfermedad, considerando la hipertensión arterial uno de los factores de riesgos más importantes que prevalecen para las enfermedades cardiovasculares que deterioran al individuo y causa su

muerte.<sup>2</sup> Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico y 5.7 millones tienen el padecimiento controlado de forma adecuada.<sup>3</sup>

En Perú en el año 2013 uno de cada dos peruanos mayores de 40 años tiene lo padecen desconocen su diagnóstico y que este mal puede ocasionar ataques cardíacos, derrames cerebrales y hasta la muerte.<sup>4</sup>

Dado a que en la hipertensión arterial existen una serie de factores asociados a la misma y que estos mismos factores inciden en la calidad de vida relacionada con la salud de la población general, parece interesante el estudio de la calidad de vida en el paciente hipertenso y la adherencia a las medidas preventivas que realizan los pacientes, pues habitualmente se piensa que esta patología no es limitante.

En vista de lo vertido se planea la siguiente interrogante:

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema principal**

¿Existe relación entre la adherencia al tratamiento terapéutico y calidad de vida en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018?

### **1.2.2. Problemas secundarios**

**PE1:** ¿Existe relación entre la alimentación de la calidad de vida y el tratamiento de hipertensión arterial en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018?

**PE2:** ¿Existe relación entre el bienestar físico de la calidad de vida y el tratamiento de hipertensión arterial en los pacientes hipertensos

de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018?

**PE3:** ¿Existe relación entre el bienestar emocional de la calidad de vida y el tratamiento de hipertensión arterial en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018?

**PE4:** ¿Existe relación entre el bienestar social de la calidad de vida y el tratamiento de hipertensión arterial en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018?

### **1.3. Objetivos de la Investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento terapéutico y calidad de vida en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

**OE1:** Identificar si la alimentación influye en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018.

**OE2:** Conocer si el bienestar físico de la calidad de vida influye en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018

**OE3.** Verificar si el bienestar emocional de la calidad de vida influye en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en los

pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018

**OE4.** Explorar si el bienestar social de la calidad de vida influye en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018

#### **1.4. Justificación del estudio e Importancia de la Investigación.**

El presente estudio constituye un aporte de relevancia social y práctica para la enfermería que se está comprometiendo a hacer aportes serios al manejo de enfermedades crónicas y de alto impacto social como la hipertensión arterial.

La relevancia social de esta investigación, por el aporte de la información recolectada a la solución de un problema de carácter sanitario, evidenciado en los altos índices de no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial con sus respectivas complicaciones, como gran precursor de las enfermedades cardiovasculares y de las implicaciones sobre la calidad de vida de la población

#### **1.5. Limitaciones**

Las limitaciones de la investigación fueron del orden de acceso a la información pues los pacientes en su mayoría adultos son de poca colaboración por lo que se tuvo que tomarse el tiempo necesario a fin de que la información sea real. Se empleó la técnica de la persuasión por lo que se tuvo que regresar cuando el paciente se encontraba con mejor ánimo de colaborar.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Pomares, A. Vázquez, M. Ruíz, E. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Objetivo: determinar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Método: se realizó un estudio descriptivo que admite la comparación de variables. Se realizó un muestreo aleatorio simple, muestra 27 pacientes. Resultados; predominó el grupo etario de más de 60 años, los sujetos del sexo femenino y los de mayor nivel de escolaridad, así como los profesionales. El tiempo de evolución de la enfermedad que prevaleció fue el de más de 10 años. Además, sobresalieron los sujetos que presentan una adherencia parcial al tratamiento. Conclusiones: se observan dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas ya que un bajo porcentaje de los pacientes se adhiere de forma total al tratamiento.<sup>5</sup>

Zurera I, Caballero M, Ruíz M. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. España. Mediante entrevistas semiestructuradas. La muestra fue de dieciocho pacientes con hipertensión arterial no controlada, asociada a síndrome metabólico y/u obesidad (con IMC>30), durante un periodo de 4 meses en la consulta de UGC Nefrología/HTA, del HURS de Córdoba. Resultados: Se hallaron tres categorías

temáticas con las que dar respuesta al objetivo de estudio: Sensibilización acerca del riesgo cardiovascular al que están expuestos y conocimiento de la propia enfermedad, razonando los motivos que impulsan o retraen al paciente hipertenso a adherirse al tratamiento y relación entre cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Conclusiones: La falta de adherencia al tratamiento, se manifiesta por una falta de voluntad entre los pacientes hipertensos refractarios, más que por un problema de información, siendo necesaria una intervención por parte del personal de enfermería enfocado a profundizar en la misma.<sup>6</sup>

Libertad M, Bayarre H, Corugedo M, Vento F, La Rosa Y, Orbay M. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. La Habana. Método: se seleccionaron áreas de salud de municipios de las provincias La Habana, Cienfuegos y Granma. Se aplicó el cuestionario "Martín\_Bayarre\_Grau" para evaluar los niveles de adherencia y describir sus componentes: implicación personal, relación profesional-paciente y cumplimiento del tratamiento, a partir de los puntajes obtenidos en los ítems del cuestionario. Resultados: en todos los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la parcial. La no adherencia obtuvo los valores inferiores. El componente implicación personal presentó valores altos y bajos, mientras que el relacional valores intermedios. El componente cumplimiento del tratamiento obtuvo valores altos, intermedios y bajos. Conclusiones: la adherencia total en los hipertensos es insuficiente con respecto a lo esperado; la logran aproximadamente la mitad de las personas incluidas en el estudio. Tributan a los niveles de adherencia encontrados, la implicación del paciente y el cumplimiento de las indicaciones en especial las medicamentosas. La práctica de ejercicios físicos resultó la indicación con peor resultado. La relación establecida entre profesionales y pacientes en el proceso de la adherencia puede contribuir en mayor medida a su cumplimiento.<sup>7</sup>

López S, Chávez R. (2015). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en

pacientes mayores de 60 años. Cuba. Contó con una muestra de 45 hipertensos mayores de 60 años con tratamiento farmacológico. Las variables estudiadas fueron edad, sexo biológico, grado de escolaridad, tratamiento prescrito, adherencia al tratamiento, y motivo de la no adherencia. Resultados: la adherencia al tratamiento fue de 58.3%. Los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88,9%) o Enalapril (88,1%). Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%). Conclusiones: la adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja. Es causado por diversos factores, principalmente el olvido de la toma de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la Hipertensión Arterial.<sup>8</sup>

Sandoval J. (2015). Percepción de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos. Lima. El presente trabajo de investigación reporta los resultados de la Percepción de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos. Se tomó una muestra no probabilística de 110 pacientes, a los cuales se les administró la encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad hipertensiva, factores de riesgo relacionados con la enfermedad hipertensiva, y la escala de calidad de vida de Olson. Los datos fueron organizados y sistematizados, mediante un análisis estadístico aplicándose la prueba de coeficiente de correlación de Pearson, con un nivel de significancia de 0.05. Los resultados indican que existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. De igual forma, relación directa entre las dimensiones: amigos, vida familiar y hogar, medios de comunicación,

religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad; dimensiones: bienestar económico, vecindario y comunidad de la calidad de vida, y los factores de riesgo; conocimiento de la enfermedad: tratamiento y calidad de vida; y conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud y los factores de riesgo.<sup>9</sup>

Barrera M, Falcón M. (2015). Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues Venezuela. La Calidad de Vida significa tener buenas condiciones o formas de vida, un alto grado de bienestar que incluye satisfacción individual y colectiva de necesidades, que caracterizan a cada grupo social. Objetivo: Determinar la Calidad de Vida de los pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Azogues. 2015. Métodos y materiales: El universo estuvo conformado por 347 usuarios Crónico – degenerativos, la muestra comprendió 120 personas, los resultados se presentan mediante gráficos y tablas, las técnicas empleadas: la entrevista elaborada con enfoque en el concepto de Epidemiología crítica, cuestionario de Calidad de Vida (CHAL) en hipertensión arterial y la guía del grupo focal. Resultados: Existe una Calidad de vida buena según CHAL con el 59,17%; la entrevista determina que la Calidad de Vida está deteriorada y la guía del grupo focal indica la relación entre Calidad de vida e Hipertensión arterial desde la percepción de los usuarios. Conclusiones: La Calidad de Vida de los adultos mayores está deteriorada según la teoría de formas de Vida de Jaime Breilh, pues cada grupo social de acuerdo a su inserción en la esfera productiva, consumo, se desenvuelven en un sistema contradictorio por un lado las fuerzas benéficas que protegen la salud y por otro los aspectos destructivos que deterioran la Calidad de vida, evidenciándose esta realidad en el estudio. Pero según el cuestionario CHAL tiene una buena calidad de vida, observándose una contradicción.<sup>10</sup>

Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. (2015).

Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso España. Se ha realizado en 33 pacientes hipertensos con una edad media de  $73,24 \pm 5,55$  años; 20 hombres (60,6%) y 13 mujeres (39,4%) controlados en la Unida de Hipertensión de la UGC Nefrología del HURS de Córdoba. Se analizó la CVRS mediante el cuestionario de salud SF-36. Para el análisis de la dependencia se utilizó el Índice de Barthel. Resultados: Los valores de la CVRS fueron: Salud General  $43.36 \pm 24.84$ , Función Física  $58.18 \pm 32.71$ , Rol Físico  $78.98 \pm 34.51$ , Rol Emocional  $82.07 \pm 28.50$ , Función Social  $81.81 \pm 33.67$ , Dolor Corporal  $66.06 \pm 39.42$ , Vitalidad  $63.83 \pm 33,80$ , Salud Mental  $70.45 \pm 29.27$ . La Función Física, Salud General y Dolor Corporal fueron las dimensiones en las que puntuaron más bajo que la población de referencia. Respecto al grado de dependencia, el 45.45% eran independientes el 51.51% presentaban dependencia leve, y el 3.03% presentaban una dependencia grave. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre edad y la dimensión Función Física y Vitalidad; entre peso y Rol Físico y el Índice de Masa Corporal (IMC); entre ejercicio y Función Social; entre el IMC y Rol Físico y Componente Salud Física. Los pacientes con algún grado de dependencia tenían disminuida la CVRS en comparación con los independientes. Conclusiones: A la vista de nuestros resultados podemos afirmar que, al menos en la muestra estudiada, la disminución de la CVRS está relacionada con tener algún grado de dependencia y no con padecer HTA, siendo la Salud General, la Función Física y el Dolor Corporal las dimensiones que peor puntúan respecto a la población general. El aumento de la edad y/o el IMC se relacionan con peor CVRS.<sup>11</sup>

**Antecedentes locales:**

No se han encontrado actualizados.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Las actividades asistenciales de los profesionales de enfermería se centran principalmente en la prevención secundaria, en el control de las patologías crónicas. Las funciones de enfermería están registradas y ligadas directamente con los programas y protocolos puestos en marcha por la administración sanitaria. Enfermería participa activamente en todas las etapas de la enfermedad: prevención, detección, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento.

En los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que califica la falta de adherencia como un «problema mundial de gran magnitud». <sup>12</sup>

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta. <sup>13</sup>

## **Consecuencias clínicas y económicas del incumplimiento**

La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores.

## **Causas de incumplimiento**

Existen varios factores que pueden desembocar en un problema de adherencia, y la mayoría de ellos están estrechamente relacionados.

## **Razones relacionadas con el paciente**

La edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Algunos pacientes no cumplen el tratamiento debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, o también por comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento. Otras veces la causa es un simple olvido o dificultades a la hora de conseguir la medicación. <sup>14</sup>

En general las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas. <sup>15</sup>

.Asimismo la falta de tiempo en la comunicación con el personal de salud, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento.

## **Dimensiones de la adherencia a las medidas preventivas.**

Hay varios aspectos del comportamiento y del estilo de vida personal que se asocian con una mayor probabilidad de ocurrencia de la hipertensión arterial:

**Alimentación:** Hacer cambios en su dieta es una forma comprobada de ayudar a controlar la hipertensión arterial. Estos cambios también pueden ayudar a bajar de peso y disminuir su probabilidad de sufrir una cardiopatía y un accidente cerebrovascular.

Se debe comer alimentos que sean naturalmente bajos en grasa, como granos integrales, frutas y verduras. Asimismo se debe:

- Leer las etiquetas de los alimentos y prestar atención especial al nivel de grasa saturada.
- Evitar o reducir los alimentos que sean ricos en grasa saturada (más de 20% de la grasa total se considera alto). Evitar comer demasiada grasa saturada porque es uno de los mayores factores de riesgo para la cardiopatía. Los alimentos ricos en este tipo de grasa incluyen: las yemas del huevo, los quesos duros, la leche entera, la crema de leche, el helado, la mantequilla y las carnes grasosas (y porciones grandes de carnes).
- Escoger alimentos de proteína magra, como soja (soya), pescado, pollo sin piel, carne muy magra y productos lácteos descremados o al 1%.
- Buscar las palabras “hidrogenados” o “parcialmente hidrogenados” en las etiquetas de los alimentos. No consumir alimentos con estos ingredientes, ya que vienen cargados con grasas saturadas y grasas trans.
- Limitar la cantidad de alimentos procesados y fritos que se consume.
- Reducir la cantidad de productos horneados preparados comercialmente (tales como roscas, galletas dulces y saladas), ya que pueden contener muchas grasas saturadas o grasas trans.
- Prestar atención a cómo se preparan los alimentos. Las maneras saludables de cocinar pescado, pollo y carnes magras son asar a la parrilla, a las brasas, hervir y hornear. Evitar agregar aderezos o salsas ricos en grasa.

Otras sugerencias incluyen:



- Comer alimentos que sean ricos en fibra soluble, como avena, salvado, guisantes partidos y lentejas, frijoles (tales como habichuelas, frijol negro, frijol blanco común), algunos cereales y arroz integral.
- Aprender cómo comprar y cocinar los alimentos que sean saludables para su corazón. Aprender cómo leer las etiquetas de los alimentos para escoger los que son saludables. Alejarse de los restaurantes de comida rápida, donde las opciones saludables pueden ser difíciles de encontrar.

La dieta hiposódica de los enfoques dietéticos para detener la hipertensión (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) ha demostrado que ayuda a bajar la presión arterial. Sus efectos sobre la presión arterial algunas veces se ven al cabo de unas cuantas semanas.

Esta dieta no sólo es rica en nutrientes importantes y fibra, sino que también incluye alimentos que son más ricos en potasio, calcio y magnesio, y más baja en sodio (sal).

Las metas de la dieta DASH son:

- Reducir el sodio a no más de 2,300 mg por día (consumir sólo 1,500 mg por día es un meta aún mejor).
- Reducir la grasa saturada a no más del 6% y la grasa total a 27% de las calorías diarias. Los productos lácteos bajos en grasa parecen ser especialmente benéficos para bajar la presión arterial sistólica.
- Al escoger las grasas, seleccionar aceites monoinsaturados, como los aceites de oliva y canola.
- Preferir los granos integrales a los productos de harina blanca o pasta.
- Escoger frutas y verduras frescas todos los días. Muchos de estos alimentos son ricos en potasio, fibra o ambos.
- Comer nueces, semillas o legumbres (frijoles o guisantes) diariamente.

- Escoger cantidades modestas de proteína (no más de 18% de las calorías diarias totales). El pescado, la carne de aves sin piel y los productos de soja (soya) son las mejores fuentes de proteína.

Otras metas de nutrientes diarios en la dieta DASH incluyen la reducción de los carbohidratos a 55% de las calorías diarias y el colesterol en la alimentación a 150 mg. Trate de obtener al menos 30 gramos de fibra diariamente.<sup>16</sup>

### **Hábitos sociales:**

#### **Consumo de alcohol**

El consumo de alcohol en la hipertensión arterial es objeto de discusión, sin embargo, numerosos estudios epidemiológicos serios han mostrado en forma consistente su asociación; más aún, muchos de ellos proponen la existencia de una relación dosis efecto, tal que a mayor consumo de alcohol mayor nivel de presión arterial. Se ha demostrado que tres o más tragos diarios elevan la presión arterial independientemente de la presencia o no de otros factores de riesgo.

#### **Consumo de cigarrillos:**

El hábito de fumar es uno de los riesgos más serios para la salud porque el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas es coadyuvante en el desarrollo de las complicaciones de la hipertensión arterial, en especial la enfermedad coronaria

#### **Sedentarismo:**

El sedentarismo es otro factor de riesgo asociado con la hipertensión arterial; el individuo sedentario asimila más calorías de las que gasta, lo que produce un desequilibrio energético. Además se ha comprobado que las personas sedentarias ingieren más cantidad de alimentos que quienes son activos físicamente. La actividad física ligera que realiza el sedentario dentro de su rutina diaria no se considera ejercicio regular y no produce los efectos esperados.

## **Estrés:**

El estrés crónico y la continua tensión, típicos componentes de la vida del mundo occidental, pueden ser otros factores de riesgo en la aparición de la hipertensión arterial.

Por la tendencia creciente al individualismo y a un ambiente impersonal se ha perdido el soporte emotivo que ofrece la colectividad la cual permitía discutir, compartir, realizar actividades recreativas y disipar las consecuencias negativas del estrés y de las tensiones emocionales.

## **Tratamiento farmacológico**

En caso de que los cambios de los hábitos de vida no funcionen, hoy en día existen tratamientos farmacológicos que son muy útiles para controlar la presión arterial. Inicialmente estos tratamientos comienzan con un solo fármaco. No obstante, en algunos casos esta medida no es suficiente y necesitan combinar con dos o tres medicinas para controlar la presión arterial.

Debido a que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica, es fundamental que los pacientes sean constantes con los tratamientos. El 90 por ciento de los pacientes diagnosticados de hipertensión no lleva a cabo las recomendaciones de los especialistas en materia de higiene o dieta y el 50 por ciento no sigue los tratamientos que tienen prescritos.

Esto se debe a que como es una patología que se padece durante muchos años, los pacientes tienden a relajarse con las instrucciones que le da el médico.

Conviene comenzar la medicación en forma gradual, con dosis bajas, excepto en emergencias o en formas severas, y esperar siete a quince días antes de aumentar la dosis diaria. También se recomienda no utilizar esquemas rígidos de tratamiento ni suspender la terapia medicamentosa cuando el paciente alcance niveles normales de presión arterial, asimismo es necesario estar alerta a los posibles efectos colaterales e interacciones de los fármacos empleados. La frecuencia de las consultas médicas y de los controles de

enfermería debe adaptarse al tipo de tratamiento administrado y a las condiciones del paciente; al iniciar el tratamiento se recomienda que sea mayor, para identificar así cualquier efecto secundario de los medicamentos o del cambio de la terapéutica.

En cada control del paciente con hipertensión arterial o de personas con riesgo deben realizarse las siguientes actividades:

**Anamnesis:** La anamnesis consiste en una conversación entre el médico y el paciente, durante la cual el médico realiza preguntas sobre la historia clínica, los hábitos de vida y los antecedentes familiares del paciente con el objetivo de establecer un diagnóstico presuntivo o definitivo.

**Examen físico:** La evaluación clínica de un paciente al que se le detectan por primera vez cifras elevadas de presión arterial engloba todos los principios de la práctica médica correcta y se basa en una completa historia clínica, el examen físico y en la utilización razonada de las pruebas de laboratorio apropiadas. En la mayoría de los casos ello debe realizarse en un ambiente ambulatorio y sin el uso de fármacos. Excepto en los casos de hipertensión arterial (HTA) grave o ante la presencia de complicaciones cardiovasculares evidentes, no debe instaurarse el tratamiento hasta que se haya completado dicha evaluación. En los pacientes con grados ligeros de HTA la sucesión de visitas médicas puede servir igualmente para establecer la persistencia o la labilidad de la HTA, mientras que para aquellos pacientes que ya reciben tratamiento debe valorarse la suspensión del mismo, especialmente si éste es inefectivo

**Educación:** Se inicia en forma oportuna un proceso educativo estructurado y estandarizado, de participación multidisciplinaria, que esté acorde con las necesidades particulares del paciente, sus valores culturales, creencias religiosas, preferencias de aprendizaje, capacidades cognitivas y de comunicación. La finalidad es preparar a la familia para la atención de las necesidades básicas del paciente en el hogar y la prevención de

complicaciones facilitándole la adherencia al tratamiento prescrito, la adaptación al medio ambiente y a su vida familiar.

**Motivación:** Las personas hipertensas que sean ancianos, adultos menores de treinta años, niños o que tengan cualquier complicación deben controlarse más frecuentemente, lo mismo que aquellos individuos que no establezcan sus cifras de presión arterial. En pacientes ancianos el tratamiento no debe ser agresivo, por ello se recomienda evitar el uso de drogas que provoquen hipotensión ortostática o depresión psíquica. De ser posible, los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos no deben afectar la calidad de vida del individuo hipertenso; por tanto, cuando el paciente reciba un nuevo tratamiento debe ser informado sobre la respuesta o impacto de éste en su calidad de vida. Por último, se debe evitar siempre la brevedad en la consulta y la comunicación deficiente con la persona hipertensa o con riesgo de serio, para lograrlo es útil mantener una comunicación permanente no sólo entre el médico y el paciente, la enfermera y el paciente, el médico y la enfermera sino también entre los demás miembros del equipo de salud.

**Control del peso corporal:** La reducción del peso corporal ha demostrado ser una valiosa medida en la prevención primaria del riesgo de presentar hipertensión arterial desde edades tempranas de la vida, ya que si se disminuyen los valores de presión arterial elevados se previene la aparición de trastornos cardiovasculares, respiratorios, metabólicos y endocrinos; los cuales suelen desaparecer cuando la cantidad de grasa corporal se reduce a proporciones normales. También se ha demostrado que los incrementos séricos de ácido úrico, glucosa y colesterol asociados a la mayoría de los tratamientos con diuréticos pueden prevenirse o reducirse mediante una pérdida de peso.

Para obtener éxito en los planes de reducción de peso es importante que el individuo obeso reciba la atención de un equipo de salud que lo eduque a él y a su familia sobre las medidas más apropiadas para obtener buenos resultados; la asesoría sanitaria debe complementarse con material impreso, sesiones de degustación de comidas, clases de preparación de alimentos, instrucciones

para ir de compras y evaluación de la comprensión de cada paciente. Además el paciente debe recibir apoyo y participar en terapia de grupo que estimule la fuerza de voluntad y que desempeñe una función esencial para la permanencia satisfactoria en el plan de reducción.

**Ejercicio físico:** El ejercicio regular es un factor imponente tanto en la prevención de la hipertensión arterial y de las alteraciones cardiovasculares como en el mejoramiento de la calidad de vida. El ejercicio físico practicado regularmente y de acuerdo con las condiciones de cada individuo debe considerarse como un elemento indispensable en la consecución de hábitos de vida apropiados y también como un factor de control de los riesgos de hipertensión arterial y de sus complicaciones. Si, el ejercicio físico se practica con una duración, frecuencia e intensidad regular puede producir en el organismo los siguientes beneficios: disminución de la frecuencia cardiaca; aumento de la eficiencia del trabajo del músculo cardiaco; mejoramiento de la distribución del flujo periférico; aumento del retorno venoso; disminución de la adherencia plaquetaria; fortalecimiento de los músculos de la respiración y, en general, de todos los músculos del organismo; creación de hábitos de vida apropiados; disminución de las cifras de LDL, triglicéridos y colesterol; aumento de las HDL; disminución de la obesidad y del riesgo de arterioesclerosis; reducción de la intolerancia a la glucosa; aumento de la sensibilidad de la célula muscular a la insulina; mejoramiento de la autoimagen corporal; producción de bienestar; rebajamiento de la sobrecarga emocional! Asociada al estrés y alivio de las tensiones; aminoración del cansancio físico; y formación disciplinaria de los niños y jóvenes.

**El control de la dieta y el peso corporal, y la implementación de un programa de ejercicios físicos** son uno de los tópicos más comunes en las pautas para el control de la hipertensión arterial; estas medidas son uno de los aspectos más conflictivos a los que tiene que enfrentarse el individuo con un diagnóstico de esta naturaleza. Por esto es importante que el individuo entienda que el control de ciertos parámetros mejora su calidad de vida presente y futura y disminuye el deterioro y la incapacidad frecuentes en las

personas con hipertensión arterial, al hacerlo también se evitan tratamientos que conllevan un gran número de efectos secundarios y se logra entender que todas las medidas no son sólo para conservar la vida sino también para asegurar que sea cómoda, productiva y satisfactoria. El éxito depende principalmente del individuo ya que es el único que puede hacer los cambios necesarios en su estilo de vida y garantizar así un estado de salud óptimo y la eficacia de las intervenciones del personal de salud.<sup>17</sup>

### **Estrategias para promover el cumplimiento terapéutico.**

La literatura médica recoge un amplio número de artículos de investigación sobre las diferentes estrategias diseñadas para mejorar la adherencia a la medicación prescrita.<sup>18</sup>

**Técnicas:** normalmente dirigidas a simplificar el régimen de prescripción reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando, por ejemplo, fármacos en combinación a dosis fijas.

**Conductuales:** las más comunes proveen al paciente de recordatorios o ayudas de memoria (a través de llamadas telefónicas, mensajes postales o correo electrónico), de sistemas de dosificación con alarmas que recuerdan la hora de la toma o de organizadores de medicación. Otra clase de intervención consiste en monitorizar la toma de medicación por medio de calendarios de cumplimiento donde se anota que se ha tomado la medicación, ofrecer recompensas en caso de cumplimiento terapéutico, etc.

**Educativas:** aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento de conocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia a éste.

**De apoyo social y familiar:** las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social (p. ej., programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para el pago de la

medicación, prescripción de medicamentos con mejor relación coste-beneficio, etc.), y la implicación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.

**Dirigidas al profesional sanitario**, la administración y la industria farmacéutica: tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educativos sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales normalmente basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. En lo que respecta a la industria, las intervenciones deben ir dirigidas a la investigación y el desarrollo de formulaciones alternativas que permitan simplificar la posología o facilitar la administración de medicamentos.<sup>19</sup>

### **Educación para la salud para el paciente hipertenso**

La educación sanitaria del paciente hipertenso es responsabilidad tanto del médico como del personal de enfermería. Habitualmente, la frecuencia de las visitas de seguimiento por parte de enfermería es mayor que la correspondiente al médico, por lo que la educación sanitaria constituye una de las labores más importantes de enfermería. Con respecto a dicha actividad, la función específica de estos profesionales es tratar de incentivar la actitud del paciente mediante la educación sanitaria y establecer las etapas de cambio en que se encuentran. Uno de los primeros pasos para conseguir estos objetivos es que el paciente confíe en todo el equipo. Para ello, es importante que conozca la función de la consulta de enfermería, el funcionamiento de los servicios sanitarios y la coordinación con la consulta médica.

Asimismo, es necesario crear un clima de confianza con el paciente que le permita la libre expresión de sus sentimientos y dudas. De esta manera se iniciarán las actividades educativas a partir de las necesidades del diálogo-pacto con el paciente.

El profesional de enfermería realiza una importante labor de educación sanitaria con el paciente, informándole en términos sencillos y claros sobre su proceso, qué factores influyen en su salud y la importancia que tiene el control



de los mismos, aportando, a su vez, medidas para prevenir, optimizar o disminuir en lo posible su nivel de riesgo cardiovascular.

Estas medidas educativas y de promoción del autocuidado llevan implícitas una serie de enseñanzas de técnicas de autocontrol, como son la AMPA o el control de las glucemias en caso de diabetes, además de otros cuidados que precise el paciente según los problemas individuales detectados. La consulta de enfermería en HTA y riesgo cardiovascular puede contribuir a la mejora en el grado de control de la enfermedad hipertensiva y sus complicaciones.

Además, el personal de enfermería ha de tener un papel fundamental en las actividades de educación para la salud de carácter grupal, como son los talleres de manejo del estrés y relajación, la deshabituación del hábito tabáquico, la alimentación y nutrición, el ejercicio (promoción de la actividad física en adultos y mayores) y la prevención del riesgo cardiovascular.<sup>20</sup>

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo.

La hipertensión es una patología tratable. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a través de ellas. Esto se conoce con el nombre de arterioesclerosis.

### **Causas**

Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia genética, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la

sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

### **Síntomas**

Hay síntomas inespecíficos, como las cefaleas, que ayudan a detectarla porque ponen en alerta al paciente que decide ir a un centro asistencial o acudir a la farmacia a que les tomen la presión.

En el caso de los hipertensos que han estado sin diagnóstico durante mucho tiempo, estos pueden sufrir en un momento dado una complicación, como una angina de pecho, que es un síntoma derivado de esa complicación.

### **Tipos**

La tensión arterial tiene dos componentes:

- Tensión sistólica: Es el número más alto. Representa la tensión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.
- Tensión diastólica: Es el número más bajo. Se refiere a la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón.

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mmHg).

La tensión arterial alta se clasifica como:

- Normal: menos de 120/80 mmHg.
- Prehipertensión: 120/80 a 139/89 mmHg.
- Estadio 1 de hipertensión: 140/90 a 159/99 mmHg.
- Estadio 2 de hipertensión: 160/109 a 179/109 mmHg.
- Estadio 3 de hipertensión: mayor de 179/109 mmHg.

### **Tratamientos**

A la hora de tratar la hipertensión hay dos bloques fundamentales de acciones a realizar:

#### **Mejora de los hábitos de vida**

El paciente tiene que llevar una dieta saludable, disminuir el consumo de calorías, de azúcares y grasas y aumentar la práctica de ejercicio físico. Estas

dos prácticas tienen como resultado un mejor control del peso y si el peso está bien controlado es una manera sencilla de controlar la hipertensión.

Otros datos

Pronóstico

En los últimos años el grado de control de la hipertensión ha ido aumentando como consecuencia de la mejora de los tratamientos, mediante la intensificación de los mismos, y por el aumento de la concienciación de mejorar los estilos de vida. El refuerzo de los medicamentos (pacientes que antes sólo tomaban un medicamento y ahora toman dos, por ejemplo) ha sido crucial para mejorar el control.

Sin embargo, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de complicaciones y de mortalidad a nivel mundial. Esta situación se mantendrá en los próximos años debido a la epidemia que hay de obesidad y que las autoridades sanitarias esperan que aumente.

### **Intervención de enfermería en la asistencia al paciente con hipertensión arterial.**

- Toma de signos vitales (T.A., Fr, Fc y T°).
- Mantener en reposo absoluto y con respaldo a 45°.
- Realizar el balance hídrico estricto.
- Proporcionar dieta hiposódica.
- Restricción de visitas.
- Cuidados higiénicos en cama.
- Administración de medicamentos prescritos.
- Orientar a familiares sobre la patología y su tratamiento. <sup>21</sup>

### **CALIDAD DE VIDA**

Según la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Está influido de modo complejo por

la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Otras propuestas de multidimensionalidad plantean dominios tales como capacidad para vivir una vida normal, felicidad-satisfacción, logro de metas personales, capacidad para llevar una vida socialmente útil, capacidades físicas y mentales.<sup>22</sup>

La medición de la calidad de vida busca que el tratamiento se enfoque más en el paciente que en la enfermedad. Al aceptarse que la calidad de vida es un constructo centrado en el paciente, surge un reto para su medición ya que se reconoce su carácter único en cada sujeto, lo cual impone grandes dificultades a la hora de generar instrumentos de medición estandarizados. Se plantea que tales instrumentos no necesariamente tienen en cuenta lo que es importante para los pacientes a la hora de medir este constructo.<sup>23</sup>

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Es definida como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.<sup>24</sup>

Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida.

Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena.<sup>25</sup>

### **Bienestar físico**

Es cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o función están menoscabados; el cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la actividad vital de cada uno.

El bienestar físico es la base para una calidad de vida diaria. La manera en que se trata al cuerpo y cómo se percibe físicamente afecta todo lo que se hace y la calidad de vida, debido a que el cuerpo es el motor que ayuda a desempeñar las labores diarias. Las consecuencias de esta entidad pueden ser de larga duración e irreversibles, así como conducir a dificultades en las funciones de la vida diaria, o limitar las posibilidades de participar en las actividades sociales dentro de la familia y la comunidad. La deficiencia y el origen de la discapacidad definen el grado de dependencia de una persona. Esta dependencia se manifiesta en las actividades cotidianas. <sup>26</sup>

**Dolor físico:** Uno de los principales problemas de la presión arterial alta es el hecho de ser asintomática hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. No existe un síntoma típico que puede servir como una alarma para estimular la búsqueda por un médico. Creer que es posible adivinar si la presión arterial está alta o normal con base en la presencia o en la ausencia de síntomas, como dolor de cabeza, cansancio, sensación de peso en las piernas o palpitaciones, etc., es un error muy común. Un individuo que no suele medir su presión arterial simplemente porque no presenta ningún síntoma puede ser hipertenso y no saber. Por otro lado, si el paciente sabe que es hipertenso, pero tampoco mide la presión arterial periódicamente, puede tener la falsa impresión de que la tiene controlada. No existe ninguna manera de evaluar la presión arterial sin que se haga la estimación de la misma a través de un aparato específico, llamado esfigmomanómetro, conocido popularmente como “aparato de presión”. <sup>27</sup>

**Necesidad de tratamiento adicional para enfrentar la enfermedad:** Es un conjunto de los medios terapéuticos y de las prescripciones higiénicas empleados con objeto de curar una enfermedad. <sup>28</sup>

Lo primero que se debe hacer cuando realizan el diagnóstico de hipertensión, es acudir a un médico para que sea él quien recomiende el tratamiento que se debe seguir; asimismo se puede incluir algunos tratamientos naturales y cambiar comportamientos que pueden estar afectando.

La hipertensión es una enfermedad crónica la cual consiste en el aumento de la presión sanguínea, este padecimiento es bastante común y la pueden llegar a poseer todo tipo de personas sin importar la edad o el sexo, algunas personas suelen tomar remedios caseros para la hipertensión disminuyendo la sal en las comidas la causa la retención de líquidos y esto solo agrega más presión a su organismo; otros utilizan el Té verde, que según algunos estudios realizados, podrían ayudar a controlar la tensión alta.

#### **Efectos secundarios por los medicamentos:**

Con respecto a los medicamentos, estos pertenecen a diversas familias, cada una con un mecanismo de acción y efectos secundarios diferentes. Se describirá brevemente los efectos secundarios de los medicamentos más utilizados para la presión elevada.

**Diuréticos.** Son medicamentos que trabajan a nivel de los riñones que hacen que aumente la eliminación de agua del organismo; al disminuir el volumen de líquido en la sangre, la presión arterial disminuye proporcionalmente. Estos medicamentos se usan generalmente en combinación con otro tipo de medicamentos y pertenecen a varias familias con diferentes efectos en el organismo.

**Efectos secundarios:** Los diuréticos no solo favorecen la eliminación de agua sino también de diversos elementos como sodio y potasio, importantes en el mantenimiento de funciones musculares y nerviosas. Es por eso que los calambres musculares y trastornos de la actividad eléctrica del corazón son efectos secundarios comunes entre quienes los toman.

**Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE).** La angiotensina es una sustancia que disminuye el calibre de las arterias, lo que ocasiona el aumento de la presión arterial. La angiotensina se produce gracias a la acción de una sustancia llamada enzima convertidora de angiotensina (ACE), por lo que un medicamento que inhiba esa enzima, provocará que se produzca menos angiotensina y se dilaten las arterias, con lo que se consigue disminuir la presión arterial. Algunos de estos medicamentos son el lisinopril, captopril, enalapril, benazepril, fosinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril y trandolapril.

**Bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARBs).** La angiotensina actúa al acoplarse a ciertos receptores específicos en las células de las paredes de las arterias por lo que si se usa un medicamento que bloquee esos receptores, la angiotensina no podrá actuar, y por tanto se evitará que suba la presión arterial. Algunos de estos medicamentos son losartán, valsartán, irbesartán, candesartán, eprosartán y telmisartán.

El principal efecto secundario es el mareo persistente. Al igual que los medicamentos anteriores, no se deben usar durante el embarazo por ser muy tóxicos para el feto. <sup>29</sup>

Otros efectos secundarios comunes de los medicamentos antihipertensivos incluyen:

Tos

Diarrea o estreñimiento

Vértigo o mareo leve

Problemas de erección

Sentirse nervioso

Sentirse cansado, débil, somnoliento o con falta de energía

Dolor de cabeza

Náuseas o vómitos

Erupción cutánea

Pérdida o aumento de peso sin proponérselo. <sup>30</sup>

**Ayuda para realizar las actividades de la vida diaria:** La capacidad funcional se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

**Energía física suficiente en su vida diaria:** El cansancio es un síntoma muy común en la práctica médica y se describe generalmente por los pacientes como una falta de fuerza o desaliento para realizar tareas que requieren esfuerzo físico o mental. Otros términos también son utilizados para describir el cansancio tales como fatiga, agotamiento, letargo, somnolencia, debilidad, astenia, falta de energía, cansancio mental, cansancio psicológico o falta de aire energía su

## **B. Bienestar emocional**

Según la OMS el bienestar emocional es un estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad. Disfrutar de bienestar emocional no significa la ausencia de alguna patología mental. Significa no estar afectado por una enfermedad depresiva, un trastorno de ansiedad; pero además el bienestar emocional implica sentirse bien con uno mismo y con los demás.

Las personas que gozan de bienestar emocional son capaces de manejar sus emociones y, por el contrario, no se dejan arrastrar por estas reacciones afectivas casi instantáneas ante un estímulo. La buena salud emocional de una persona se pone manifiesto por la capacidad de no dejarse atrapar por los estados de ánimos negativos ni dejarse dominar por las preocupaciones. Si una persona posee serenidad mental, proyectará este bienestar también a



nivel corporal, ya que un menor estrés y una mejor calidad de descanso proporcionarían evidentes beneficios para la salud en general.

**Sentido de la vida:** El sentido de vida, se ha considerado como un factor importante para la vida de las personas y para el afrontamiento de situaciones estresantes, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte desde perspectivas teóricas de tipo existencial y cognitivo

Estas atribuciones que el paciente hace de su situación, como sus sistemas de creencias en general, pueden estar muy relacionadas con los significados o sentido que da a su vida en esa situación concreta o de una manera más global. Por lo tanto, el sentido parece ser un factor relevante en la adaptación a la enfermedad y en el afrontamiento de la misma, algo que resulta lógico si el afrontamiento está condicionado por la evaluación cognitiva que se hace de una situación y por lo tanto del significado o sentido que se le da; algo que a su vez puede estar condicionado por visiones más generales acerca del significado o sentido que tiene la propia existencia. Así que el sentido de la vida y el que se le encuentra a la situación que se está pasando dentro de la propia vida puede condicionar el afrontamiento y las reacciones psíquicas ante la enfermedad.

**Cambios en el estado de ánimo:** El estado de ánimo es una actitud o disposición emocional en un momento determinado. No es una situación emocional transitoria. Es un estado, una forma de permanecer, de estar, cuya duración es prolongada.<sup>31</sup>

El saber que le ha diagnosticado con hipertensión arterial, puede causar alteraciones en el cuerpo, el estado de ánimo y hasta afectar las relaciones o dinámica familiar y amistades. Además, debido a que puede sentirse cansado/a, desmotivado/a y estresado/a, también puede afectar el desempeño en el trabajo o en otras actividades que antes realizaba con energía y entusiasmo.<sup>32</sup>

**Intranquilidad por su estado de salud:**

Los pacientes hipertensos tienen mayores puntuaciones en las pruebas que evalúan ira interna (ira dirigida hacia dentro, no expresada, rumiaciones, etc.)

Se debe acudir inmediatamente a un centro asistencial en caso que presente edema de sus tobillos, pies, piernas o presente intranquilidad, confusión, náusea o pérdida del apetito.<sup>33</sup>

**Fortaleza para afrontar las adversidades:**

Cuando una persona es diagnosticada con hipertensión arterial se niega y se resiste a creer que tiene la enfermedad, en esta etapa se siente incredulidad, inquietud, confusión, episodios de angustia, sensación de ahogo, llanto repentino o pensamientos fatalistas y catastróficos recurrentes, por lo que se debe tener confianza en sí mismo/a, convierte todo en tu vida, cada circunstancia, revés o problema, en oportunidades para crecer o aprender.

Muchas personas aprenden a controlar su hipertensión arterial y adquieren de la experiencia mayor madurez, fortaleza y amor propio.<sup>34</sup>

**C. Bienestar social**

El bienestar social se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana o social. Así mismo el bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio a otro. El bien social no implica necesariamente un colectivismo.<sup>35</sup>

La tecnología y los avances en la medicina permiten a las personas sobrevivir a enfermedades fatales y con ello a la incidencia de enfermedades crónicas que se constituyen en principal causa de discapacidad. El apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los

cuidadores familiares. Se describe como “un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis.

El apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesibilidad por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.

El soporte social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona.

El apoyo social se expresa como la transacción interpersonal que incluye tres aspectos: la expresión de afecto de una persona hacia otra (Apoyo Afectivo), la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona (Apoyo Confidencial) y la prestación de ayuda de tipo material (Apoyo Instrumental).

El apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs. Apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo (instrumental, informativo y socioemocional), así como al grado de satisfacción con éste.

El apoyo social como proceso es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que está vinculado a

su vez por la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrenta, condiciones socioeconómicas y culturales).<sup>36</sup>

**Relaciones Interpersonales:** Las relaciones interpersonales son relaciones sociales en las que se da una interacción recíproca entre dos o más personas, en la cual interviene la comunicación como en toda relación.<sup>36</sup> Las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental en el desarrollo integral de la persona. A través de ellas, el individuo obtiene importantes refuerzos sociales del entorno más inmediato que favorecen su adaptación al mismo. En contrapartida, la carencia de estas habilidades puede provocar rechazo, aislamiento y, en definitiva, limitar la calidad de vida. Todas las personas establecemos numerosas relaciones a lo largo de nuestra vida, como las que se dan con nuestros padres, nuestros hijos, con amistades o con compañeros(as) de trabajo y estudio. A través de ellas, intercambiamos formas de sentir y de ver la vida; también compartimos necesidades, intereses y afectos.<sup>37</sup>

Las relaciones del enfermo crónico con sus redes sociales se ven afectadas. Al respecto predominan dos tendencias en los estudios que han abordado esta cuestión. Por un lado, los que se centran en las relaciones interpersonales entre el enfermo y sus redes, y por otro, los que se refieren a las alteraciones que sufren éstas cuando atienden a un enfermo crónico, lo que también tiene efectos indirectos en la relación con la persona enferma. Ésta tiende, en ocasiones, a evitar los contactos o a descargar su angustia con las personas que intentan ayudarle, lo cual produce efectos negativos.

**Apoyo del entorno:** Este es el conjunto de circunstancias y condiciones laborales, familiares, educativas o económicas que rodean a toda persona. Es decir, es la cultura en la que ese hombre o mujer ha crecido y se ha educado. Este entorno supone que el contexto puede ser material o simbólico (el entorno social, el entorno económico u otro).

La red social a la que pertenece el hipertenso tiene la función de incentivar actitudes personales que se asocian positivamente en el monitoreo de la salud, como el compartir informaciones, auxilio en momentos de crisis y cuidados con la salud en general, incluyendo cuidados con dieta, ejercicios físicos, sueño y adhesión al régimen medicamentoso. La presencia de la familia junto al enfermo es capaz de transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, lo que lo hace sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad.<sup>38</sup>

**Situación económica:** Hace referencia al patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen.<sup>39</sup>

El tratamiento de la hipertensión tiene como objetivo reducir la morbilidad y mortalidad cardiovasculares. Entretanto, ese tratamiento está relacionado con enseñanzas sobre la enfermedad, sus interrelaciones y complicaciones, implicando en la mayoría de las veces, en la necesidad de cambiar los hábitos de vida y del uso de medicamentos antihipertensivos, que actúan reduciendo el valor de la presión arterial y disminuyendo la ocurrencia de eventos cardiovasculares fatales y no fatales.<sup>40</sup>

Una de las principales causas del fracaso del control de la presión arterial es la falta de adhesión al tratamiento, en que además del uso regular del medicamento, participan los aspectos referentes al sistema de salud, a factores socioeconómicos y, también, a aspectos relacionados al tratamiento, al paciente y a la propia droga. Para que el control de la enfermedad sea eficaz, debido a su gran complejidad, es necesario valorizar al individuo, respetando sus creencias, ideas, valores, pensamientos y sentimientos sobre la patología.<sup>41</sup>

**Actividades recreativas:** Las actividades recreativas son todas las actividades realizadas por el sujeto en el tiempo libre elegidas libremente que le proporcionen placer y desarrollo de la personalidad.

Se considera que desde la perspectiva educativa las actividades recreativas constituyen el medio principal del proceso de educación del tiempo libre para el desarrollo de los conocimientos, habilidades, motivos, actitudes, comportamientos y valores en relación con el empleo positivo del tiempo libre. La actividad recreativa es saludable porque procura el perfeccionamiento y desarrollo del hombre, se constituye en la manera grata y positiva de utilizar el tiempo libre.<sup>42</sup>

Va asociado a elementos como el placer, la satisfacción, la felicidad, la libertad, la autonomía, la motivación intrínseca; aspectos que pueden contribuir al bienestar y a la salud de los individuos, llegando incluso a admitir que la satisfacción en el ocio es una de las principales fuentes para el bienestar de los individuos y para una mejora en la calidad de vida. El valor del ocio desde una óptica humanista y de desarrollo humano será experiencial, entendiendo que el ocio es una fuente primordial de vivencias no sólo gratificantes en sí mismas, sino enriquecedoras desde el punto de vista del ser humano. Asimismo, el ocio forma parte de las necesidades vitales básicas específicamente humanas que se relacionan con el deseo, la libre elección, la motivación, el disfrute.

Es importante trabajar con los pacientes la importancia de la reinserción progresiva y paulatina a las actividades cotidianas, así como a aquellas actividades que le generaban placer previo a la aparición de la enfermedad. Por ejemplo, caminar, salir a los parques, centros comerciales, leer, escribir, pintar, realizar alguna manualidad, hacer yoga, compartir con amigos y familiares. Estas actividades deben adecuarse a los intereses de los pacientes, y a las capacidades funcionales y/o limitaciones que puedan presentar. En relación al tiempo libre y ocio, es vital organizarse para mantener un ritmo de vida lo más normal posible dentro de las

posibilidades de cada paciente. No se trata de forzar, sino de mantener la mente activa y distraída.

### **Relación entre la calidad de vida y la hipertensión arterial.**

El impacto que la calidad de vida tiene en el comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas, que deben ser cuantificadas cuando relacionamos éstas con la salud ó enfermedad, en este caso la Hipertensión Arterial. Existe una considerable relación en el efecto que la hipertensión arterial tiene en la calidad de vida ; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si consideramos una hipertensión moderada sin síntomas y estos pueden aparecer como efecto secundario de la medicación; siendo más marcado cuando hablamos de personas enfermas crónicas, sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como ocurre con el paciente hipertenso. Inclusive, tratándose de algún tipo de hipertensión asintomática, como la hipertensión ligera ó en estadio inicial, la percepción del paciente a su avance o los beneficios del control de la misma, pueden ser muy subjetivas.<sup>43</sup>

### **Estrategias para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso.**

En la evolución de algunas enfermedades crónicas, se comete el error, de creer que la vida de los pacientes, está limitada por el transcurso de éstas; el propio paciente, tiende a encontrarse falto de “ salud”, sin tener en cuenta que, después del diagnóstico de enfermedad hipertensiva, se suceden varios años de evolución en diferentes estadios, condicionados en parte por la sensación de bienestar que el paciente percibe, ajustada a su edad , además de a otros parámetros psicológicos y físicos, como ya hemos comentado previamente. Durante la enfermedad hipertensiva el vigor físico dependerá en gran parte del tipo de vida seguido por el paciente y de sus condiciones tanto físicas como mentales para adaptarse

a la enfermedad evitando el sedentarismo que aumenta con la edad. La situación general física del paciente, va a depender de que mantenga una dieta alimenticia equilibrada y de que se mantenga en buena forma física y psíquica con lo que podrá llevar a cabo una vida diaria normalizada, evitando la ansiedad que poco a poco puede irse instaurando en su vida, ante las preocupaciones. El descanso, la relajación y una serie de actividades lúdicas ayudan a mantenerse activo y con la mente alerta, evitando situaciones de stress ansiedad o depresión. Es importante mantener una actitud positiva, ya que cuando una persona considera que está enferma, se comporta con condicionantes negativos en la aceptación de su realidad y sus capacidades. Esto le va a permitir ser eficaz y competente en su trabajo diario, manteniendo la confianza en sí mismo para poder disfrutar de la vida, sin sentirse enfermo.<sup>44</sup>

## **TEORÍAS DE ENFERMERÍA.**

### **Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem**

La teoría del autocuidado aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, mejorando su calidad de vida. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente crónico buscando conductas de independencia y bienestar.

Define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

- A) Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.



- B)** Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de la salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- C)** Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo
  - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados
  - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando y educando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

La teoría propuesta explica sobre la situación de suplir o brindarle apoyo al individuo enfermo para que aprenda actuar y llevar a cabo por sí mismo acciones de autocuidado que le permita satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado cuando estos tienen la posibilidad de hacerlo, para poder contribuir a su salud, poder recuperarse de su enfermedad y afrontar las consecuencias de ellas generando de tal manera que le ayude a mantener su independencia durante el transcurso de la enfermedad; contribuyendo a que no se pueda deteriorar su calidad de vida a consecuencia de una enfermedad crónica, como la hipertensión arterial.<sup>45</sup>

## **ESTRATEGIA SANITARIA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES.**

Actualmente constituyen un problema de salud pública en el mundo, y su mayor prevalencia es en la población adulta, situación en la que están

inmersos los países en vías de desarrollo como el Perú; donde el cambio de nuestra pirámide poblacional, los cambios en el estilo de vida de la población consecuencia del modernismo y el avance han influenciado en los hábitos de consumo, ambientes laborales y psíquicos dando lugar al rápido incremento en la morbilidad por daños no transmisibles como: el cáncer, la diabetes mellitus, hipertensión arterial y ceguera.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, establecida el 27 de Julio de 2004 con RM N° 771-2004/MINSA tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos técnicos posibles que facilite la prevención y atención de la salud de las personas en el País, en el marco de la Atención Integral de Salud. <sup>46</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

- **ADHERENCIA:** Es el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.
- **MEDIDAS PREVENTIVAS:** Implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse.
- **HIPERTENSION ARTERIAL:** Es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial.

- **CALIDAD DE VIDA:** Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.
- **BIENESTAR FÍSICO:** Se da cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o funciones están menoscabados; el cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la actividad vital de cada uno.
- **ESTRATEGIAS SANITARIAS:** Es un conjunto de acciones limitadas en el tiempo, y la realidad de los pueblos. El Objetivo general de la Estrategia se ha plasmado en Propósitos concretos, cada uno de los cuales se plasma a su vez en resultados esperados y tareas.
- **TRATAMIENTO TERAPEÚTICO:** Es un concepto que procede de la lengua griega y que alude a aquello vinculado a la rama de la medicina que se encarga de la difusión de las pautas y del suministro de remedios para tratar problemas de salud.

## 2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### Hipótesis General

No se colocará hipótesis porque la investigación es de nivel descriptivo.

## 2.5. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Adherencia al tratamiento terapéutico
- Calidad de vida.

### **2.5.1. Definición conceptual de la variable**

#### **Adherencia a las medidas preventivas de hipertensión arterial.**

Es una de las grandes problemáticas de esta enfermedad crónica en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Esta realidad hace que muchos pacientes no logren tener un buen control de la tensión arterial y aumenten el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, deteriorando en gran medida su calidad de vida.

#### **Calidad de vida**

Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

### **2.5.2. Definición operacional de la variable**

#### **Adherencia a las medidas preventivas de hipertensión arterial.**

Es el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta, corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

#### **Calidad de vida**

Es la manera en que el paciente hipertenso percibe su salud física, emocional y social la cual será medida con una encuesta.





				<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ayuda de los familiares.</li><li>➤ Economía para cubrir necesidades.</li><li>➤ Realización de actividades recreativas.</li></ul>
--	--	--	--	--

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

**3.1.1. Tipo.** El presente estudio es de tipo cuantitativo pues permitió la medición y cuantificación de las variables de estudio, de nivel aplicativo ya que otorga un aporte significativo al quehacer de enfermería respecto a la adherencia al tratamiento terapéutico y calidad de vida de los pacientes hipertensos. El método es descriptivo de corte transversal ya que permitió obtener información sobre las variables de estudio en un espacio y tiempo determinado.

**3.1.2. Nivel.** El nivel de la investigación puede considerarse como un estudio descriptivo.

**3.1.3. Método.** Inductivo

#### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

La cooperativa Santa Dominguita 245 se encuentra ubicada en el Distrito de Santiago, provincia y departamento de Ica.

#### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.**

##### **3.3.1. Población**



La población estuvo conformada por 60 trabajadores de la Cooperativa Santa Dominguita del distrito de Santiago.

### **3.3.2. Muestra**

La muestra estará constituida por toda la población en estudio o sea 60 trabajadores.

#### **Dentro de los criterios de inclusión tenemos:**

- Tener más de un año de diagnóstico de hipertensión arterial.  
Estar dispuesto a colaborar con su participación en la investigación

#### **Los criterios de exclusión son:**

- Pacientes con trastornos psiquiátricos o con problemas físicos limitantes para participar en la investigación

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

**3.4.1. Técnica.** La encuesta pues se le presentó un cuestionario a fin de que conteste las preguntas en el momento, de tal manera que si tuviera dudas ella se disolvió inmeditamente.

**3.4.2. Instrumentos.** Para medir la 1era variable Adherencia a las medidas preventivas de hipertensión arterial se utilizó un cuestionario autoadministrado, que consta de 14 ítems con respuestas dicotómicas.

Para la segunda variable Calidad de vida se utilizó una encuesta con 14 preguntas, con 3 alternativas de respuestas, elaborada según los objetivos de la investigación.

## **3.5. Validez y confiabilidad de los instrumentos.**

Los instrumentos fueron validados a través de una prueba piloto a 5% de la población es decir a 3 trabajadores a fin de solucionar algunas dificultades en las respuestas del cuestionario. El instrumento tiene un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.86

### **3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos**

Los datos fueron procesados en el programa Excel donde después de su tabulación se obtuvo las frecuencias absolutas, promedios, porcentajes. Y mostrarlas en tablas y gráficos para su mejor interpretación. Así mismo se empleó tablas de asociación para demostrar la relación entre variables, para ello se empleó el programa estadístico para la salud SPSS v23

### **ÉTICA**

Los datos recopilados forman parte de una investigación en que la autora y encuestadores se comprometen a no divulgar la identidad de los participantes, para que de esta manera se garantice la confidencialidad en la información.

Así mismo, en este estudio no se presenta conflicto de intereses.

**CAPÍTULO IV:**  
**RESULTADOS**

## TABLAS DESCRIPTIVAS

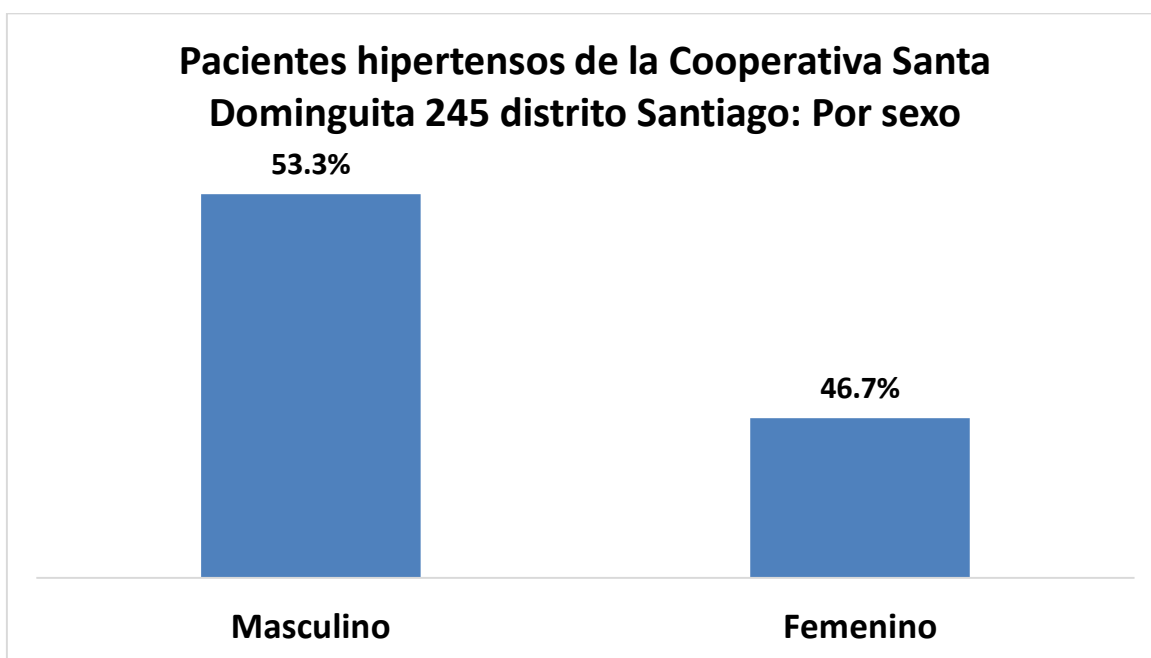
### PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO: POR SEXO

Tabla N° 1

Sexo	F	%
Masculino	32	53.3%
Femenino	28	46.7%
Total	60	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 1



**Análisis:** Se observa una mayor predominancia de la hipertensión arterial en el sexo masculino 53.3% de los pacientes son de este sexo.

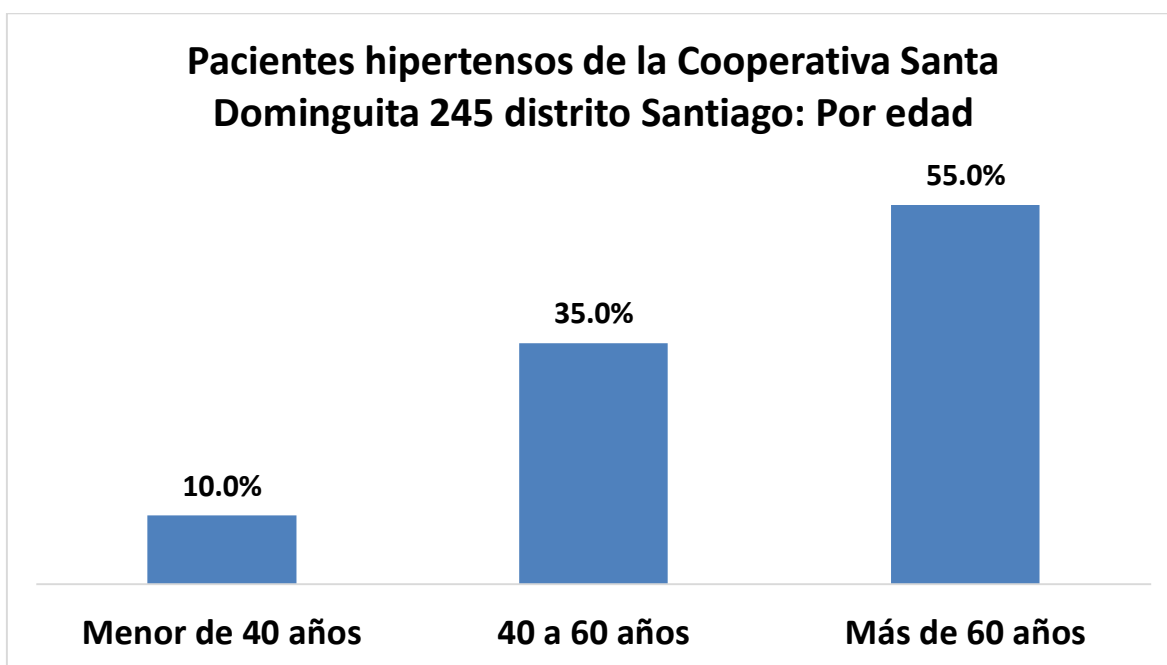
**PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245  
DISTRITO DE SANTIAGO: POR EDAD**

**Tabla N° 2**

<b>Edad</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Menor de 40 años	6	10.0%
40 a 60 años	21	35.0%
Más de 60 años	33	55.0%
Total	60	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 2**



**Análisis:** La tabla y el gráfico muestran que la hipertensión arterial es más frecuente en edades mayores como los mayores de 60 años (55%) en comparación con de 40 a 60 años (35%) y menos aún en los menores de 40% (10%).

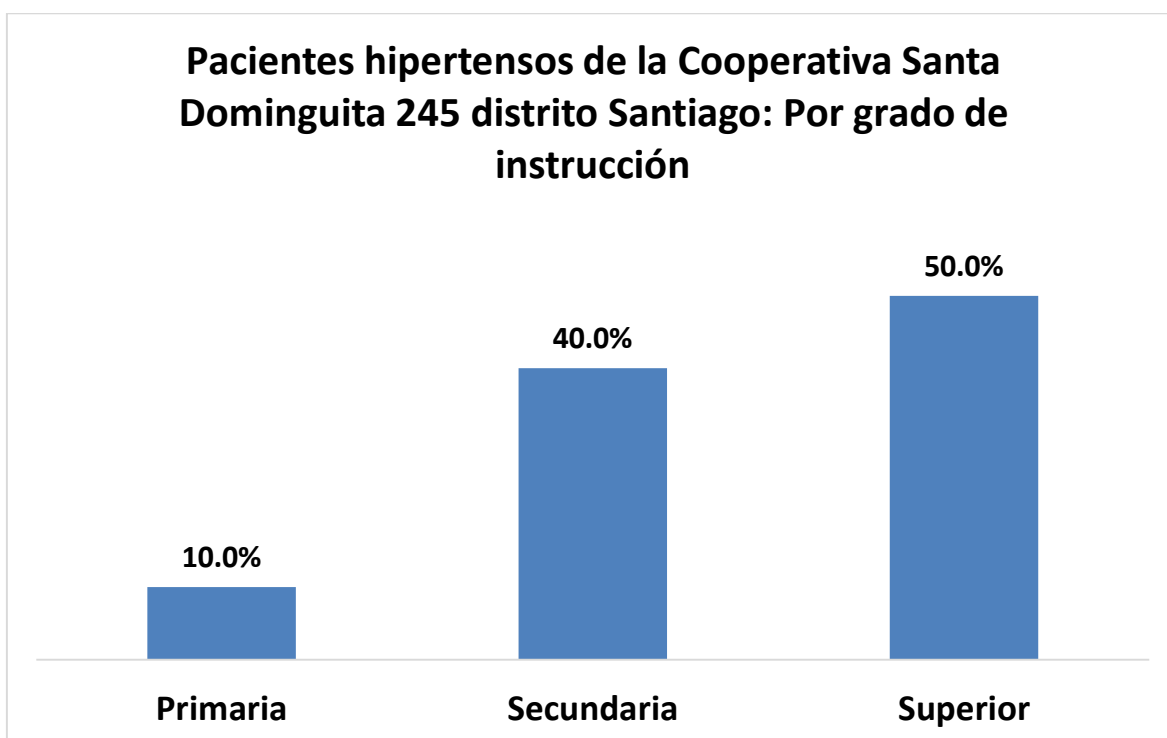
**PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245  
DISTRITO DE SANTIAGO: POR GRADO DE INSTRUCCIÓN**

**Tabla N° 3**

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Primaria	6	10.0%
Secundaria	24	40.0%
Superior	30	50.0%
Total	60	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 3**



**Análisis:** En la tabla y el gráfico se observa una mayor predominancia de la hipertensión arterial en los que tienen grado de instrucción superior (50%) seguido de los que presentan secundaria (40%) y menos en los que tienen primaria (10%).

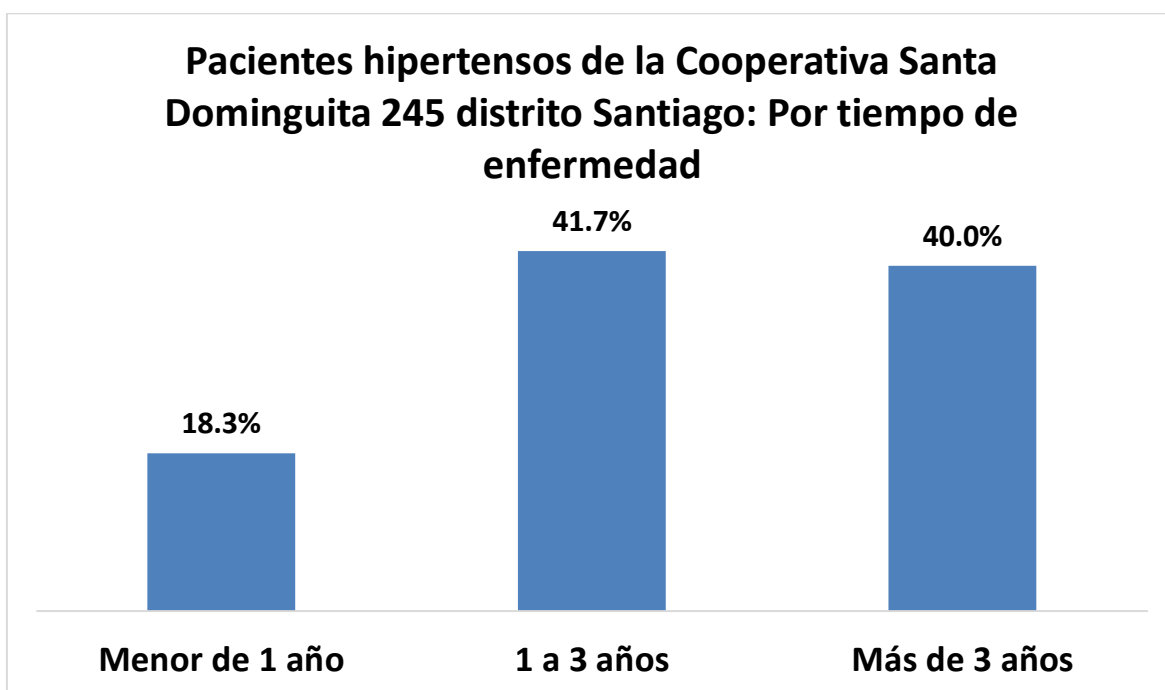
**PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245  
DISTRITO DE SANTIAGO: POR TIEMPO DE ENFERMEDAD**

**Tabla N° 4**

<b>Tiempo de enfermedad</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Menor de 1 año	11	18.3%
1 a 3 años	25	41.7%
Más de 3 años	24	40.0%
Total	60	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Grafico N° 4**



**Análisis:** Los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita en su mayoría tienen entre 1 a 3 años de tiempo de enfermedad (41.7%), seguido de los que tienen más de 3 años (40%) y solo 18.3% tienen menos de 1 año de tiempo de enfermedad.

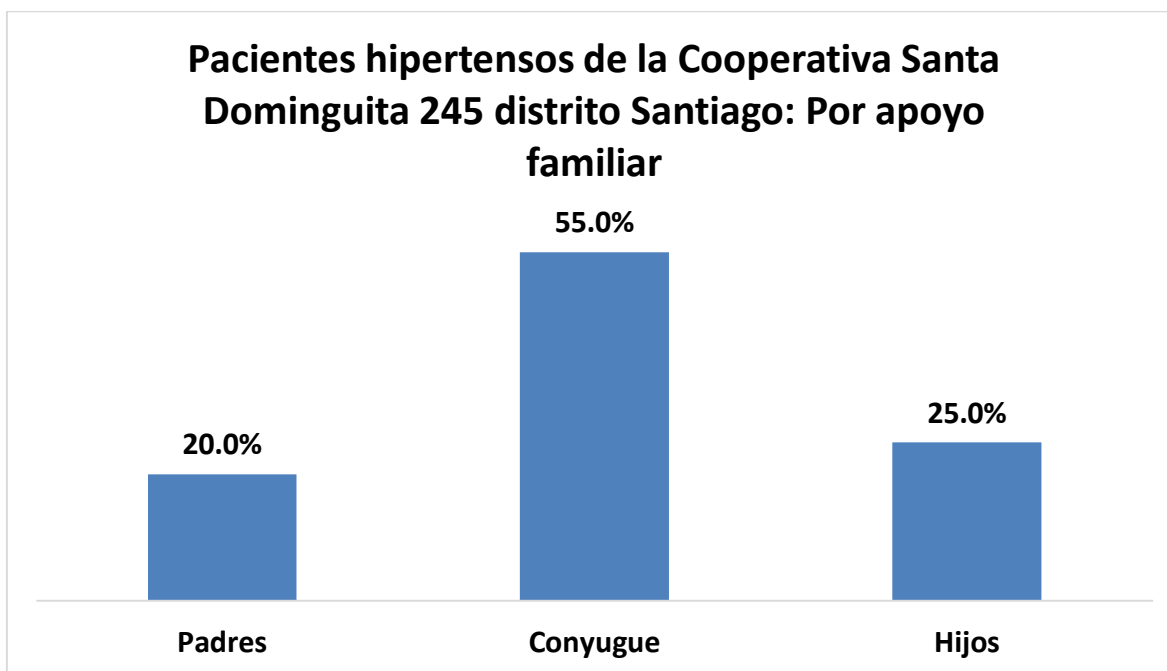
**PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245  
DISTRITO DE SANTIAGO: POR APOYO FAMILIAR**

**Tabla N° 5**

<b>Apoyo familiar</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Padres	12	20.0%
Conyugue	33	55.0%
Hijos	15	25.0%
Total	60	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**Grafico N° 5**



**Análisis:** El apoyo familiar como muestra la tabla y el gráfico procede en su mayoría del conyugue (55%), seguido de los hijos (25%) y finalmente de los padres (20%).



**TABLAS RELACIONADAS**

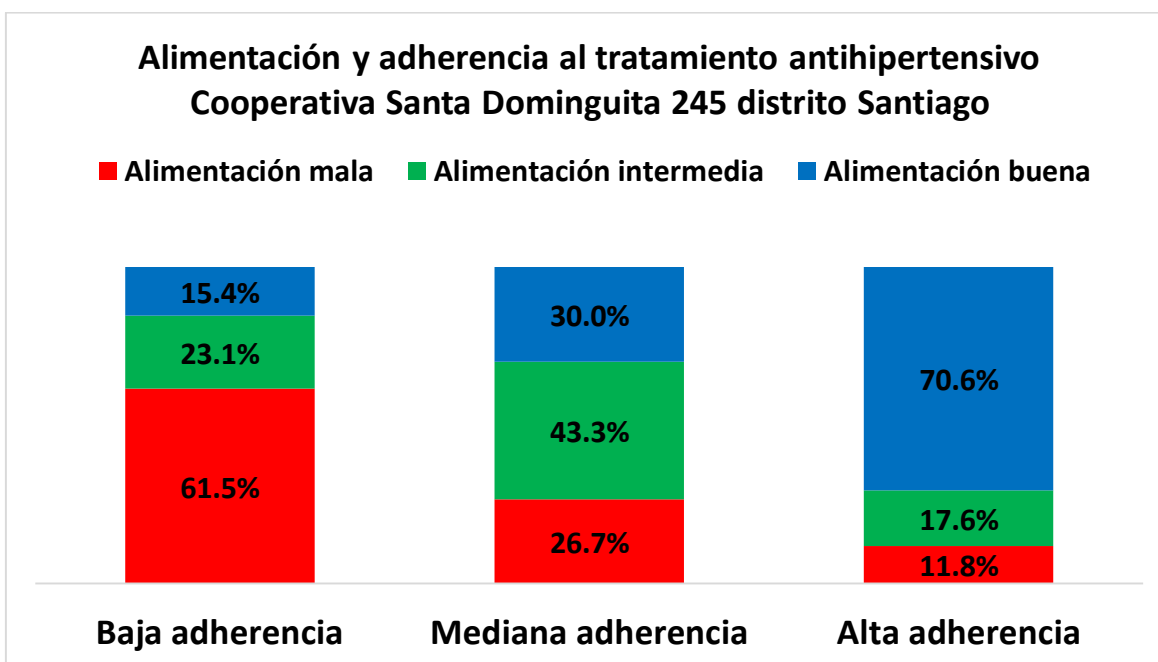
**ALIMENTACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL 2018**

**Tabla N° 6**

Alimentación	TRATAMIENTO			Total
	Baja adherencia	Mediana adherencia	Alta adherencia	
Alimentación mala	61.5% (8)	26.7% (8)	11.8% (2)	30.0%(18)
Alimentación intermedia	23.1% (3)	43.3% (13)	17.6% (3)	31.7%(19)
Alimentación buena	15.4% (2)	30.0% (9)	70.6% (12)	38.3%(23)
TOTAL:	100.0%(13)	100.0%(30)	100.0%(17)	100.0%(60)

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 6**



Análisis: La tabla y el gráfico muestran que la alimentación mala se relaciona con una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo (61.5), la alimentación de calidad intermedia se relaciona con adherencia intermedia al tratamiento (43.3%) y la buena alimentación se relaciona con una buena adherencia al tratamiento (70.6%).

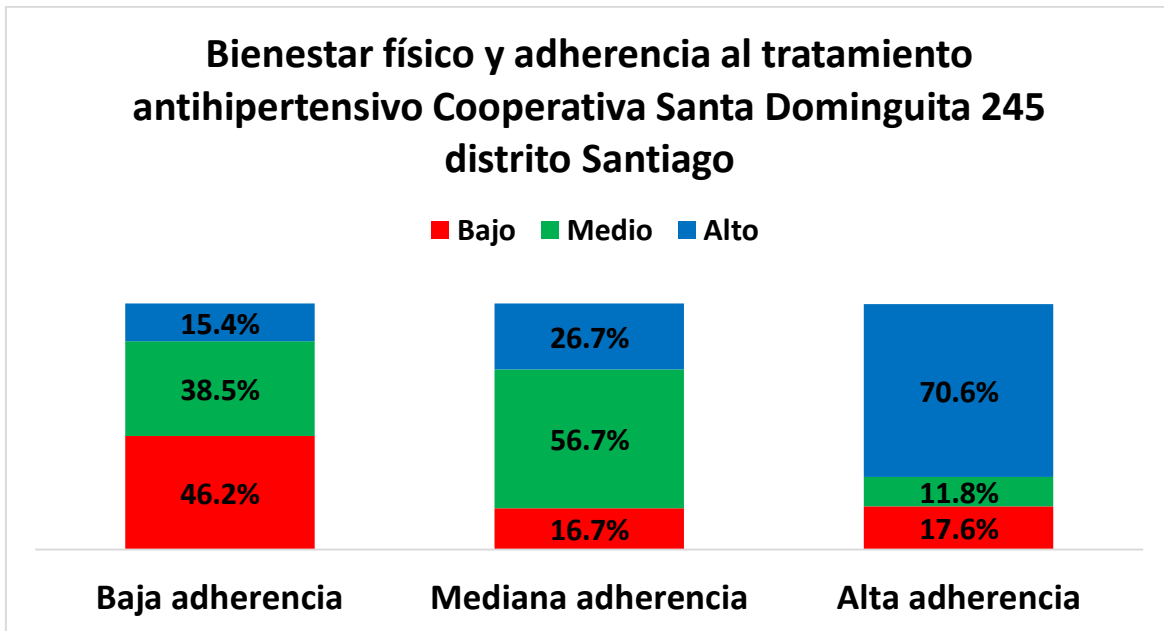
**BIENESTAR FÍSICO DE LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL 2018**

**Tabla N° 7**

Bienestar físico	TRATAMIENTO			Total
	Baja adherencia	Mediana adherencia	Alta adherencia	
Bajo	46.2% (6)	16.7% (5)	17.6% (3)	23.3%(14)
Medio	38.5% (5)	56.7% (17)	11.8% (2)	40.0%(24)
Alto	15.4% (2)	26.7% (8)	70.6% (12)	36.7%(22)
Total	100.0% (13)	100.0% (30)	100.0% (17)	100.0%(60)

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 7**



**Análisis:** La tabla y el gráfico muestran que el bajo bienestar físico se relaciona con una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo (46.2%), el bienestar físico medio se relaciona con adherencia intermedia al tratamiento (56.7%) y un buen bienestar físico se relaciona con una buena adherencia al tratamiento (70.6%).

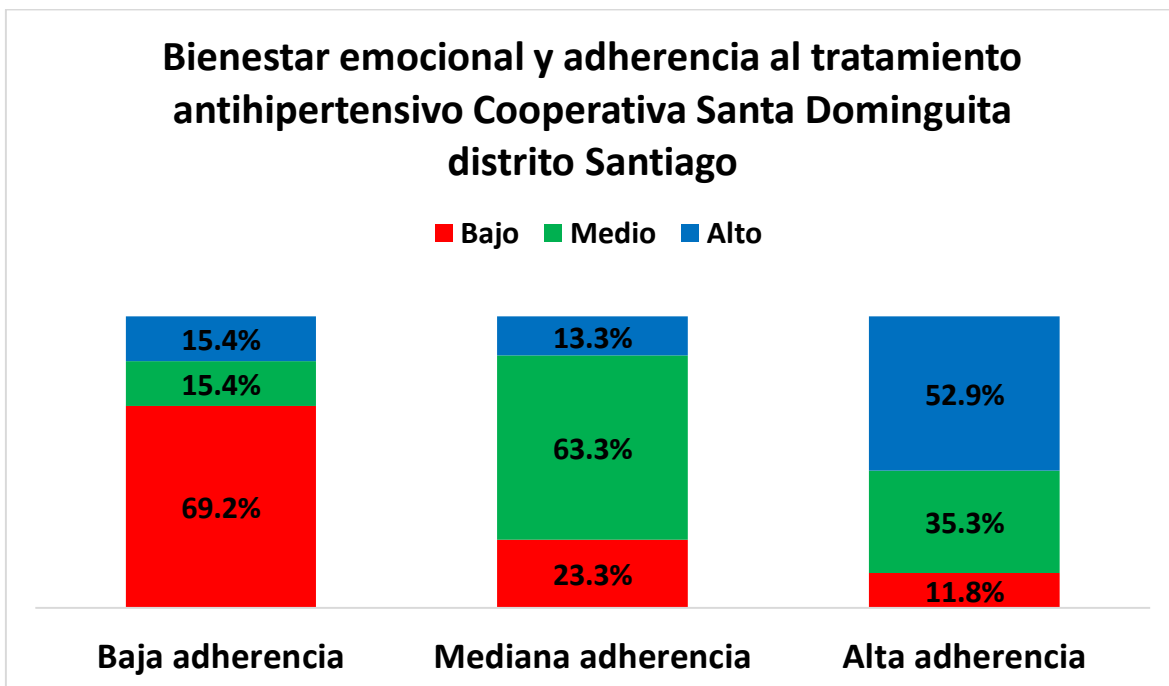
**BIENESTAR EMOCIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL 2018**

**Tabla N° 8**

Bienestar emocional	TRATAMIENTO			Total
	Baja adherencia	Mediana adherencia	Alta adherencia	
Bajo	69.2% (9)	23.3% (7)	11.8% (2)	30.0%(18)
Medio	15.4% (2)	63.3% (19)	35.3% (6)	45.0%(27)
Alto	15.4% (2)	13.3% (4)	52.9% (9)	25.0%(15)
Total	100.0% (13)	100.0% (30)	100.0% (17)	100.0%(60)

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 8**



**Análisis:** La tabla y el gráfico muestran que el bajo bienestar emocional se relaciona con una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo (69.2%), el bienestar emocional medio se relaciona con adherencia intermedia al tratamiento (63.3%) y un buen bienestar emocional se relaciona con una buena adherencia al tratamiento (52.9%).

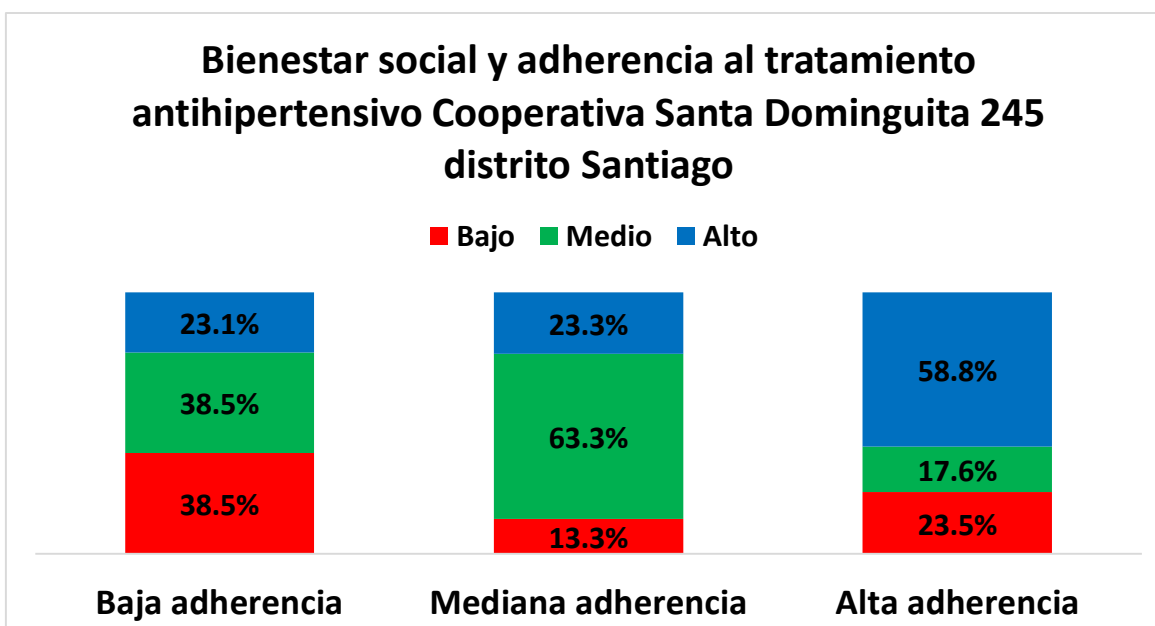
**BIENESTAR SOCIAL DE LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL 2018**

**Tabla N° 9**

Bienestar social	TRATAMIENTO			Total
	Baja adherencia	Mediana adherencia	Alta adherencia	
Bajo	38.5% (5)	13.3% (4)	23.5% (4)	21.7%(13)
Medio	38.5% (5)	63.3% (19)	17.6% (3)	45.0%(27)
Alto	23.1% (3)	23.3% (7)	58.8% (10)	33.3%(20)
Total	100.0% (13)	100.0% (30)	100.0% (17)	100.0%(60)

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 9**



**Análisis:** La tabla y el gráfico muestran que el bajo bienestar social se relaciona con una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo (38.5%), el bienestar social medio se relaciona con adherencia intermedia al tratamiento (63.3%) y un buen bienestar social se relaciona con una buena adherencia al tratamiento (58.8%).

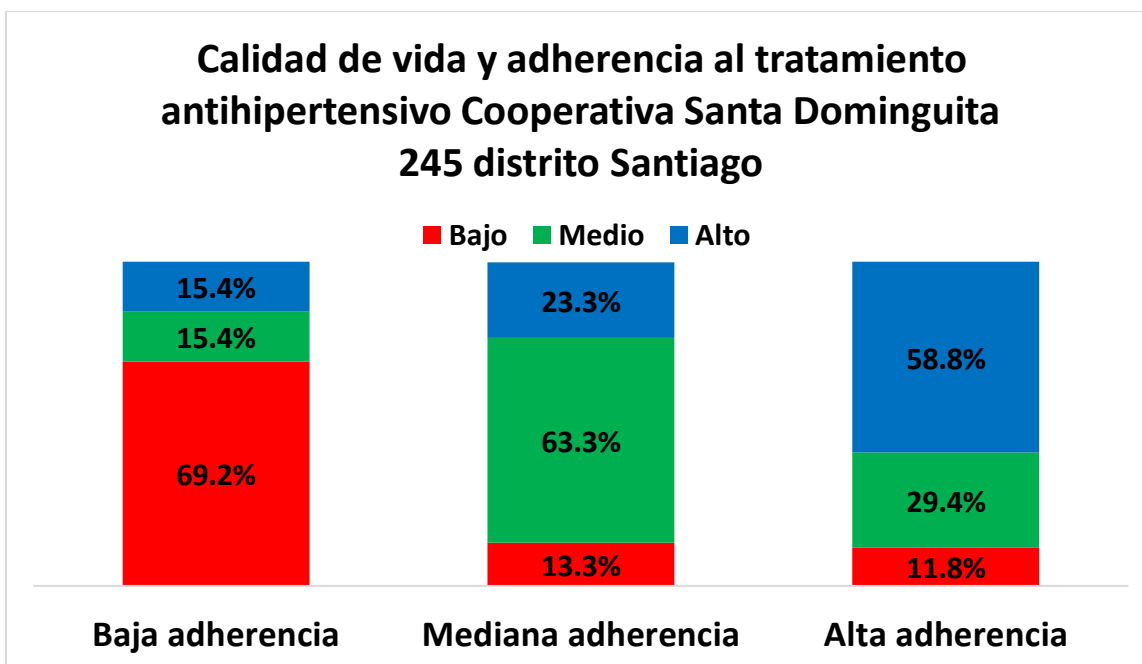
**CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES  
HIPERTENSOS DE LA COOPERATIVA SANTA DOMINGUITA 245 DISTRITO  
DE SANTIAGO, FEBRERO-ABRIL 2018**

**Tabla N° 10**

Calidad de vida	TRATAMIENTO			Total
	Baja adherencia	Mediana adherencia	Alta adherencia	
Bajo	69.2% (9)	13.3% (4)	11.8% (2)	25.0%(15)
Medio	15.4% (2)	63.3% (19)	29.4% (5)	43.3%(26)
Alto	15.4% (2)	23.3% (7)	58.8% (10)	31.7%(19)
Total	100.0%(13)	100.0%(30)	100.0%(17)	100.0%(60)

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 10**



**Análisis:** La tabla y el gráfico muestran que la baja calidad de vida se relaciona con una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo (69.2%), la calidad de vida media se relaciona con adherencia intermedia al tratamiento (63.3%) y una buena calidad de vida se relaciona con una buena adherencia al tratamiento (58.8%).

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

Se empezó este estudio determinando algunas variables sociodemográficas de interés de la muestra, encontrándose una predominancia de hipertensión en los de sexo masculino, en mayores de 60 años, en pacientes con nivel de instrucción superior; siendo el tiempo de enfermedad en la mayoría entre 1 a 3 años seguido muy de cerca por lo que tienen un tiempo de enfermedad de más de 3 años, la ayuda para su tratamiento de la hipertensión lo obtienen en su mayoría del conyugue. Conociendo la calidad de la muestra pasaremos a discutir los resultados obtenidos al cruzar las variables de estudio.

En la tabla N° 6 se analiza la adherencia al tratamiento de la hipertensión con la alimentación que tienen los pacientes, concluyéndose que a mejor calidad de alimentación existe una alta adherencia al tratamiento hipertensivo, del mismo modo si la alimentación es de mala calidad se relaciona con una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo que demuestra que si uno tiene costumbre de alimentarse adecuadamente también repercute en un tratamiento más responsable de la hipertensión arterial. En la investigación se determinó además que el 30% de los pacientes tienen una mala calidad de alimentación, 31.7% mediana calidad de alimentación y 38.3% tienen una buena calidad alimentaria.

En la tabla N° 7 se muestra la primera dimensión de la calidad de vida estudiada en esta investigación que es el bienestar físico y su relación con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, encontrándose que a mejor bienestar físico más

alta será la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se encontró además que el 23.3% de los pacientes tiene bajo bienestar físico, el 40% tienen bienestar físico de nivel medio y el 36.7% tienen alto bienestar físico.

En relación al bienestar emocional como dimensión de la calidad de vida se analiza en la tabla N° 8 encontrándose que el bienestar emocional influye favorablemente en la adherencia al tratamiento antihipertensivo pues se observó que a mejor nivel emocional mostrado por los pacientes se encuentra una mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo y a un bajo nivel emocional influye en una baja adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se determinó en este rubro que el 30% de los pacientes tienen bajo nivel emocional, el 45% presenta nivel medio de bienestar emocional y solo el 25% tienen nivel alto de bienestar emocional.

En la tabla N° 9 se relaciona el bienestar social con la adherencia al tratamiento antihipertensivo determinándose que los pacientes que tienen un más alto nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo se relacionan con lo que gozan de un mejor nivel de bienestar social, y de lo contrario, si el paciente tiene un bienestar social bajo lo más probable que su adherencia al tratamiento antihipertensivo sea baja. En esta dimensión se encontró que el 21.7% de los pacientes tienen un bajo nivel de bienestar social, el 45% tienen nivel medio de bienestar social y el 33.3% tienen nivel alto de bienestar social.

Finalmente se analiza la calidad de vida en conjunto con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, ello se puede observar en la tabla N° 10, donde se determina una alta correlación entre la calidad de vida y los niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Por lo tanto, es de importancia mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial pues ello repercutirá favorablemente en el cumplimiento del tratamiento. Se precisó que el 25% de los pacientes tienen un bajo nivel de calidad de vida, el 43.3% tiene nivel medio y el 31.7% tiene nivel alto de calidad de vida en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 del distrito de Santiago de Ica. En relación a la adherencia al tratamiento antihipertensivo se encontró que el 21.7% tiene nivel bajo de adherencia al tratamiento, el 50% tienen nivel medio y el 28.3% tienen

nivel alto de adherencia al tratamiento antihipertensivo en dicha Cooperativa. Al respecto Libertad M.<sup>5</sup> en Cuba encuentra en su estudio que el 50% tienen una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo, resultado similar al encontrado en la investigación que no deja de ser baja adherencia pues indica que el 50% de los pacientes cumplen adecuadamente con su tratamiento. Del mismo modo López S.<sup>6</sup> encuentra en Cuba porcentaje similar 58.3% tienen adherencia adecuada al tratamiento antihipertensivo. Así mismo Sandoval J.<sup>7</sup> en su estudio en Lima encuentra relación directa entre calidad de vida, conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza que son variables que se asocian a la adherencia al tratamiento. También se encontró Barrera M.<sup>8</sup> en su estudio en los Azogues encuentra que el 59.17% de los pacientes tienen una buena calidad de vida que repercute positivamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo muy de acuerdo con lo encontrado en el estudio. Sin embargo, Nolasco C.<sup>9</sup> encuentra valores mayores de calidad de vida en los pacientes estudiados en España, la que se relaciona a la calidad de vida más elevada que gozan estos países. Y Zurera I.<sup>10</sup> en España demuestra en su estudio que la adherencia al tratamiento antihipertensivo está más relacionado a la falta de voluntad para tomar sus medicamentos más que a otras variables. Por último, Ríos M.<sup>11</sup> en su estudio en Ica encuentra que el nivel de la calidad de vida: salud física, salud mental, recreación y educación y ambiente de los pacientes hipertensos del círculo de diabéticos e hipertensos es medianamente adecuado, muy parecido al encontrado en el estudio la que se debería a la forma de vida que tienen el poblador de Ica.



## **CONCLUSIONES**

1.- 53.3% de los pacientes son de sexo masculino, el 55% son mayores de 60 años, 50% de los pacientes tiene grado de instrucción superior, 81.7% de los pacientes tienen un tiempo de enfermedad de más de un año, y el 55% de los pacientes el apoyo para su tratamiento lo tiene de parte de su conyugue.

2.- Existe relación directa positiva entre buena alimentación y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo.

3.- Existe relación directa positiva entre bienestar físico y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo.

4.- Existe relación directa positiva entre bienestar emocional y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo.

5.- Existe relación directa positiva entre bienestar social y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo.

6.- Existe relación directa positiva entre calidad de vida y alta adherencia al tratamiento antihipertensivo.

## RECOMENDACIONES

1.- Promover una alimentación adecuada saludable, nutritiva y gustosa a fin de ello repercuta en un bienestar anímico y en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

2.- La calidad de vida en su dimensión física está relacionada a la adherencia al tratamiento antihipertensivo por lo que se debe fomentar caminatas, juegos deportivos acorde con la edad de los pacientes, tai chin entre otras actividades como ciclismo para mejorar el bienestar físico de los pacientes.

3.- Mejorar el estado emocional de los pacientes con hipertensión arterial, ello se logra realizando actividades de distracción sana, sin generar dependencia como los juego al azar, por lo que las actividades que denoten empoderamiento deben ser promovidas en esto pacientes como entregar responsabilidades diarias.

4.- Fomentar reuniones sociales de intercambio con personas jóvenes o de su propia edad que mejoren el estado social del paciente y hagan que se sienta útil y a la sociedad dando opiniones de mejoras para su comunidad, esta actividad participativa mejora la calidad social la que influye en una mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo.

5.- Monitorizar permanentemente al paciente hipertenso para inculcar en él, una mejor adherencia a su tratamiento, por ello debe realizar actividades de visitas domiciliarias observando deficiencias en el manejo del adulto mayor que repercuta negativamente en su tratamiento y se tomen las medidas adecuadas oportunamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Murga N. Objetivo de tensión arterial. Importancia de la adherencia terapéutica. Diapositiva 11. Publicación junio 2016. URL disponible en:<https://es.slideshare.net/.../cmo-mejorar-la-adherencia-al-tratamiento-en-el-paciente-hi...>
- Zurera I, Caballero M, Ruíz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*; 2014; 17(4):251-260.
- Centro de información estadística y documental para el desarrollo. 17 de mayo día mundial de la hipertensión arterial. Oaxaca 2010-2016. [Fecha de acceso 18 de noviembre de 2016] Disponible en línea URL: [http://www.ciedd.oaxaca.gob.mx/info/pdf/17mayo2014\\_dmhipertension.pdf](http://www.ciedd.oaxaca.gob.mx/info/pdf/17mayo2014_dmhipertension.pdf)
- Ministerio de salud: uno de cada dos peruanos mayores de 40 años padece de hipertensión arterial: [Datos de internet] 2013, [Fecha de acceso 27 de noviembre de 2016] URL disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas\\_auxiliar.asp?nota=12418](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12418)
- Pomares, A. Vázquez, M. Ruíz, E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Cuba. *Revista Finlay* [revista en Internet] 2017. (2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
- Zurera-Delgado I, Caballero-Villarraso M, Ruíz-García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Hospital universitario Reina Sofía de Córdoba. [Tesis licenciatura] España. 251 251 *Enferm Nefrol* 2014: Octubre-Diciembre; 17 (4): 251/260 URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n4/03\\_original2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n4/03_original2.pdf).
- Libertad M, Bayarre H, Corugedo M, Vento F, La Rosa Y, Orbay M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. La Habana. 2015. [Tesis licenciatura] *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41 (1): 33-45. URL disponible en: [www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf)

- López S, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. [Tesis licenciatura] Cuba.2015 Revista Habanera de Ciencias Médicas Disponible en: versión On-line ISSN 1729-519XRev haban cienc méd vol.15 no.1 La Habana ene.-feb. 2016O
- Sandoval J. Percepción de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos. Lima [Tesis doctoral] 2015. URL disponible en: info:eu-repo/semantics/openAccess
- Barrera M, Falcón M. Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues Venezuela. [Tesis licenciatura] 2015. URL disponible en: dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23235/1/TESIS.pdf.
- Nolasco C, Navas L, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertensos. España [Tesis licenciatura] Enfermería Nefrológica versión impresa ISSN 2254-2884Enferm Nefrol vol.18 no.4 Madrid oct./dic. 2015 URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000400006>
- OMS. Adherencia a terapias a largo plazo: evidencia para la acción Organización Mundial de la Salud, [En línea] 2015.Disponible en: <https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/77887/mod.../2/adherencia.pdf>.
- Lopez San Roman Adherencia al tratamiento, adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento? Rev Clin Esp, 206 (2006), pp. 414 Medline.
- Márquez Contreras E, Guillén G, Casado Martínez J, Martel Claros M. De la Figuera J. La inercia clínica profesional y el incumplimiento farmacológico. Disponible en: Martín de Pablos [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es) › Inicio › Hipertensión y Riesgo Vascular
- Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005Aten Primaria, 38 [2006], pp. 325-332 Medline
- James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Lineamientos basados en la evidencia para el manejo de la presión

arterial alta en adultos: informe de los miembros del Octavo Comité Nacional 2014 (JNC 8). JAMA. 2014 Feb 5; 311(5):507-20. PMID: 24352797 URL disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352797](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352797).

- Ochoa de Molina O. Control de los factores de riesgo de hipertensión arterial. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Apartado 1226 Medellín, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería 11(1) URL disponible en: [www.webconsultas.com](http://www.webconsultas.com) > ... > Nutrición y enfermedades > Nutrición e hipertensión
- Mancia G, Bombelli M, Facchetti F, Madotto G, Corrao F. Riesgo a largo plazo de diabetes, hipertensión e hipertrofia ventricular izquierda asociada con el síndrome metabólico en una población general de hipertensos. 26 [2008], pp. 1602-1611 URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0b013e328302f10d> Medline.
- Frisoli T, Schmieder T, Grodzicki F. Más allá de la sal: modificaciones en el estilo de vida y la presión arterial. Eur Heart J, 32 (2011), pp. 3081-3087 URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehr379> Medline
- Chummun H. Hipertensión: un enfoque contemporáneo de la atención de enfermería. 2009; 18:784-9.
- Pacheco D. Cuidados de Enfermería en Hipertensión Arterial URL disponible en: <https://cuidadosdeenfermera.com/2011/08/06/cuidados-de-enfermeria-en-hipertension-arterial/>
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales Ciencia y enfermería. versión On-line ISSN 0717-9553 Cienc. enferm. v.9 n.2 Concepción dic. 2003 URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Carr A, Higginson I. Calidad de vida centrado en el paciente. 2001; Jun 2. 322(7298):1357-60.
- Patrick D, Erickson P. Política de Salud, Calidad de Vida: Evaluación del cuidado de la salud y asignación de recursos. Prensa de la Universidad de Oxford. New York. 1999

- A Leplège, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina, Jama (ed. esp.), vol. 7, N° 1: 19-23.
- Velarde E. Evaluación de la calidad de vida. México 2002. Vol.44 Rev. Salud Pública. URL disponible en: [www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf).
- Dolor físico. [Datos de internet], 2015 URL disponible en: [www.mdsaude.com/es/2015/11/hipertension-arterial.html](http://www.mdsaude.com/es/2015/11/hipertension-arterial.html).
- Alba M. Tratamiento. Definición Medicina ped.; [Fecha de acceso 4 de diciembre de 2016]. URL disponible en: [http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Tratamiento](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Tratamiento).
- 7 medicamentos comunes para hipertensos y sus efectos secundarios Elmer Huerta, M.D, fuente: AARP. [Fecha de acceso 4 de enero de 2017]. Disponible en: [www.aarp.org](http://www.aarp.org) › Inicio › Salud › Expertos › Dr. Elmer Huerta
- Laura J. Martin M. Certificado en Medicina Interna y Hospicio y Medicina Paliativa, Atlanta, GA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team
- Hernández M. La ansiedad. En M. Die Trill (Comp.), Psico-oncología. Madrid: ADES; 2003. pp. 337-346.
- Cómo aprender a vivir con hipertensión arterial. aspectos psicosociales de la enfermedad. [En línea] Disponible en: [.www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a05.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a05.pdf)
- Lo que necesita saber para vivir con hipertensión pulmonar. [Base de datos] 2016, [Fecha de acceso 22 de enero de 2017] Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/doc/s6530.pdf>.
- Hipertensión Arterial. Guía para pacientes 2da. Edición URL disponible en: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)
- Rifkin J. La civilización empática. Paidós, ISBN 978-84-493-2356-0, pág. 539 -en inglés pág. 548.
- Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Disponible en: Enfermería Global versión On-line ISSN 1695-6141 Enferm. glob. no.16 Murcia jun. 2009.

- Procel G. Importancia de las relaciones interpersonales; [acceso 15 de enero del 2016]. URL disponible en: <http://urci.espe.edu.ec/wp-content/uploads/2012/09/Conferencia-lunes-10-SEP-12.pdf>.
- Urizzi F. Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2005.
- Batlle J. La situación económica Documentos históricos. URL disponible en: [ourcenegocios.uncomo.com](http://ourcenegocios.uncomo.com) › ... › Economía y negocios › Administración de Empresas.
- Sociedad brasileña de hipertensión. Sociedad brasileña de cardiología. Sociedad brasileña de nefrología. 5º Directriz Brasileña de Hipertensión. San Pablo; 2006. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/es\\_aop02410.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n5/es_aop02410.pdf)
- Gusmão JL, Mion D Júnior. La adherencia al tratamiento: conceptos. Rev Bras Hipertensión 2006; 13(1):23-5
- Hernández A. Acerca del ocio, del tiempo libre y de la animación sociocultural. Deportes.com; [revista en línea]. 2009. Revista Digital. Buenos Aires, N° 23; [Fecha de acceso 24 de enero de 2017]. URL disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd23/ocio.html>.
- Deshotels A, Planchock N, Dech Z, Prevost S. Diferencias de género en la percepción de la calidad de vida en pacientes con rehabilitación cardiaca. J Cardiopulm Rehabil 1995; 15:143-148
- Oakley A. ¿Quién cuida de la salud? Relaciones sociales, género y salud pública. J Epidemiol Comm Health 1994;48:427-434
- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
- Ministerio de Salud del Perú. MINSA; [Fecha de acceso 4 de marzo de 2017]. URL disponible en: [www.minsa.gob.pe/portada/esndnt\\_default.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/esndnt_default.asp)

# **ANEXOS**



## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
¿Cómo es la adherencia al tratamiento terapéutico y calidad de vida en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, enero 2018?	Examinar la adherencia al tratamiento terapéutico y calidad de vida en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, enero 2018.	<p>OE1: Identificar si la alimentación influye en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial del paciente hipertenso de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018.</p> <p>OE2: Conocer si el bienestar físico de la calidad de vida influye en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018</p> <p>OE3. Verificar si el bienestar emocional de la calidad de vida influye en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en</p>	<p>Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Alimentación</p> <p>Tratamiento farmacológico.</p> <p>Bienestar físico Bienestar emocional Bienestar social</p>	<p><b>Tipo:</b> Aplicada</p> <p><b>Nivel:</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental transversal</p> <p><b>Población:</b> Constituida por 60 trabajadores.</p> <p><b>Muestra:</b> Será de 60 trabajadores</p>	<p>Encuesta</p> <p>Encuesta</p>

		<p>los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018</p> <p>OE4. Explorar si el bienestar social de la calidad de vida influye en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en los pacientes hipertensos de la Cooperativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, febrero-abril 2018</p>				
--	--	---	--	--	--	--

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

#### I. PRESENTACIÓN:

Estimado Sr (a): Buenos días/ tardes, mi nombre es Lisbeth Figueroa Huamani, Bachiller de la Universidad Alas Peruanas, le solicito su colaboración para el desarrollo de trabajo de investigación titulado: **Adherencia al tratamiento terapéutico y calidad de vida en los pacientes de la Co operativa Santa Dominguita 245 distrito de Santiago, enero 2018.**

Le agradezco anticipadamente su colaboración, es muy importante conocer su respuesta teniendo en cuenta que el cuestionario es totalmente anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo.

#### **DATOS GENERALES**

##### **1. Sexo:**

- a) Masculino
- b) Femenino

##### **2. Edad:**

- a) Menor de 40 años
- b) De 41 a 60 años
- c) Mayor de 60 años

##### **3. Grado de Instrucción**

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

##### **4. Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:**

- a) Menor de 1 año
- b) 1- 3 años
- c) Más de 3 años

##### **5. Quien le apoya en su enfermedad:**

- a) Padres
- b) Cónyuge
- c) Hijos

### **III. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO.**

#### **ALIMENTACIÓN**

- 1. ¿Consume 1 ración de carne, pescado, huevos, queso u otras fuentes de proteínas como queso al día alternando entre ellos?**
  - a) Si**
  - b) No**
  
- 2. ¿Consume 2 raciones de fruta al día?**
  - a) Si**
  - b) No**
  
- 3. ¿Consume 3 raciones de verduras al día, incluyendo al menos una ración de verduras crudas?**
  - a) Si**
  - b) No**
  
- 4. ¿Bebe de 1 a 2 litros de agua al día?**
  - a) Si**
  - b) No**
  
- 5. ¿Come salchichas, carne seca o embutidos no más de una vez a la semana.**
  - a) Si**
  - b) No**
  
- 6. ¿Recibe una alimentación baja en sal?**
  - a) Si**
  - b) No**

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

- 7. ¿Toma los medicamentos en el horario establecido?**
  - a) Si
  - b) No
- 8. ¿Puede costearse los medicamentos antihipertensivos?**
  - a) Si
  - b) No
- 9. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o de personas allegadas para cumplir su tratamiento**
  - a) Si
  - b) No
- 10. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?**
  - a) Si
  - b) No
- 11. ¿Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos?**
  - a) Si
  - b) No
- 12. ¿Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia?**
  - a) Si
  - b) No

## CALIDAD DE VIDA

N°	ITEMS	S	A V	N
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>				
1	¿Su enfermedad le genera dolor físico en su vida cotidiana?			
2	¿Ha necesitado de algún tratamiento adicional a los principales del tratamiento para afrontar de una mejor forma la enfermedad?			
3	El tratamiento que recibe le ha generado efectos secundarios, como: ¿fatiga, náuseas, entre otros?			
4	¿Necesita ayuda para realizar las actividades de su vida diaria?			
5	¿Tiene energía física suficiente en su vida diaria?			
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>				
6	Después del diagnóstico de su enfermedad ¿Siente que su vida tiene sentido?			
7	¿Se siente triste y llora con facilidad?			
8	¿Le genera intranquilidad o ansiedad su estado de salud?			
9	¿Encuentra fortaleza en su fe o creencias religiosas para afrontar las adversidades?			
<b>BIENESTAR SOCIAL</b>				
10	¿Se siente satisfecha con sus relaciones personales? (familiares y/o amigos)			
12	¿Recibe la ayuda necesaria por parte de sus familiares y/o amigos en los momentos que más necesita?			
13	¿Cuenta con el dinero suficiente para cubrir sus necesidades? (alimentación, medicamentos, transporte, etc.)			