

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA RED
ASISTENCIAL DE ESSALUD –TACNA, 2017”**

Tesis para optar el Título de médico cirujano

Bach. Jhanira Betshabét Alférez Condori

Tacna – Perú

2019

DEDICATORIA

A mis padres y hermana por su apoyo incondicional,
a mis maestros, amigos y todas aquellas personas
que han estado a mi lado durante este camino, por su
gratitud y contribución durante mis estudios.

AGRADECIMIENTO

A Dios quien es la fortaleza y guía para
vencer los obstáculos de la vida.

A mi familia por haberme brindado su confianza
y apoyo incondicional en cada momento.

A mis maestros estaré eternamente agradecida
por haber compartido sus conocimientos y enseñanzas.

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4 JUSTIFICACIÓN	16
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	18
CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	25
2.2 MARCO TEÓRICO	27
2.2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	27
2.2.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	41
2.2.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA	46

2.2.4 PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD	50
CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	53
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 DISEÑO	56
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	56
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	56
4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	58
4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	58
4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
CAPÍTULO V PROCESO DE RECOJO DE DATOS Y PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	
RESULTADOS	62
DISCUSION	77
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	92

RESUMEN

La hipertensión arterial tiene una elevada prevalencia en la ciudad de Tacna (3); pero se controla con el tratamiento farmacológico y no farmacológico evitando así sus complicaciones, por ello es importante la adherencia al mismo.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red asistencial de EsSalud- Tacna en el año 2017.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, correlacional de corte trasversal con una muestra de 180 pacientes entrevistados en sus domicilios, utilizando el cuestionario de Martín Bayarre Grau para determinar el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo e instrumentos para identificar los factores influyentes: un cuestionario de conocimiento sobre la enfermedad, escala de aceptación de la enfermedad y escala de satisfacción con los servicios de atención primaria.

Resultados: De los 180 pacientes entrevistados, 62.8% son mujeres, la edad media fue de 62.4 ± 10.1 años, 52.2% contaba con educación superior, 67.8% era casado, 92.2% viven con su familia y 36.7% es empleado público. El 71.1% tenían menos de 5 años de diagnóstico. Solo el 20% se encontró adherente al tratamiento antihipertensivo; el 30% presentó nivel insatisfactorio de conocimiento de la enfermedad, 25.6% nivel bajo de aceptación de la enfermedad; 35.6% tuvo satisfacción baja con el servicio de atención primaria. Se halló asociación entre la adherencia al tratamiento y estos factores: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, años de diagnóstico ($p < 0.05$). Además, se encontró asociación significativa entre la adherencia al tratamiento con la aceptación de la enfermedad y con la satisfacción con el servicio de atención primaria ($p=0.00$).

Conclusión: Se encontró bajo porcentaje de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes estudiados. Los factores sociodemográficos y clínicos estuvieron asociados a dicha condición.

Palabras clave: hipertensión arterial, factores, adherencia, tratamiento antihipertensivo.

ABSTRACT

The arterial hypertension has high prevalence in the city of Tacna (3). But it is controlled with pharmacological and non-pharmacological treatment thus avoiding its complications, which is why adherence to treatment is important.

Objetivo: To indentify the factors influencing adherence to antihypertensive treatment in patients Hypertension Program Essalud- Tacna, 2017.

Methods: Descriptive, cross-sectional study in which a population of 180 patients interviewed in their homes, using the Martín Bayarre Grau questionnaire was used to assess the level of adherence to antihypertensive treatment and tools to identify factors influencing: knowledge questionnaire, scale of acceptance of the disease and satisfaction scale with primary care services.

Results: The 180 patients, 62.8% are women, the average age was 62.4 ± 10.1 years, 52.2% had higher education, 67.8% were married, 92.2% live with their family and 36.7% are public employees. 71.1% had less than 5 years of diagnosis. Only 20% were adherent to treatment; 30% presented an unsatisfactory level of knowledge, 25.6% low level of acceptance of the disease; 35.6% had low satisfaction with the primary care service. There was an association between adherence to treatment and these factors: age, educational level, marital status, occupation, years of diagnosis ($p < 0.05$). In addition, a significant association was found between adherence to treatment with the acceptance of the disease and satisfaction with the primary care service ($p = 0.00$).

Conclusion: A low percentage of adherence to antihypertensive treatment was found in the patients studied. Sociodemographic and clinical factors were associated with this condition.

Keywords: arterial hypertension, factors, adherence, antihypertensive treatment.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas durante este milenio aumentaron en frecuencia posicionándose entre las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad en Perú; dentro de las cuales se encuentra la hipertensión arterial que es considerada como un asesino silencioso. En Tacna, es una enfermedad prevalente.

Su diagnóstico es relativamente sencillo, así como su manejo cuando la patología es reconocida a tiempo, es decir cuando todavía el aumento de presión arterial no ha causado daño a algún órgano diana. No obstante, la Organización Mundial de Salud (OMS) reporta que menos del 50% de hipertensos controlan su presión arterial y si continúa de esta manera para el 2025 aumentará a 750 millones de hipertensos no controlados. Se ha estudiado sobre la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial siendo ésta significativa; así como la relación entre la adherencia y la presentación de complicaciones.

Cabe resaltar que sus complicaciones generan en el paciente: discapacidades, re-hospitalizaciones, preocupación y tristeza a sus familiares; así como también, repercute en la economía familiar.

Asimismo, para el gobierno, disminuye el ingreso económico ya que las personas afectadas son adultos económicamente activos y también producen gastos elevados en el sector salud. Su prevención primaria consiste en el cambio de estilo de vida a una que sea saludable; en cuanto a la prevención secundaria está el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El problema de la falta de adherencia a las indicaciones médicas es reconocido por la Organización Mundial de Salud; por lo anterior mencionado es considerada un problema de salud pública. Por ello, es de suma importancia identificar cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Los trabajos realizados en el departamento de Tacna sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo es limitado. Por tanto, este trabajo de investigación está centrado en la búsqueda de los factores que conllevan al paciente a tomar la decisión de cumplir o no el tratamiento prescrito.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del Problema

Las enfermedades no transmisibles están en aumento en estas últimas décadas, entre las cuales resalta la hipertensión arterial, siendo una enfermedad de importancia en la salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. Asimismo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, de las cuales la hipertensión es la causa de cardiopatía isquémica en un 45 % y, de los accidentes cerebrovasculares en un 51% (1).

La hipertensión es más prevalente en países de bajos y medianos ingresos; dentro de este grupo se encuentra Perú (1). Según el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2014 se encontró 14.8% de prevalencia en la población mayor a 15 años; los hombres presentan el 18.5% y las mujeres 11.6% de hipertensión arterial en el Perú (2).

La Dirección Regional de Salud Tacna durante el 2014 registró 12 333 casos de hipertensión arterial de los cuales, la etapa de vida más afectada es el adulto mayor con el 63% (1378); asimismo, la etapa de vida del adulto representa el 35% (756) y el joven con 2%(49) casos (3).

Las complicaciones de la Hipertensión arterial como las enfermedades cerebrovasculares y cardiopatías isquémicas se encuentran entre las diez principales causas de mortalidad en el departamento de Tacna. La enfermedad cerebrovascular está en el quinto lugar como causa de mortalidad con 4,6% que equivale a 57 defunciones durante el 2016. La cardiopatía isquémica se encuentra entre las diez principales causas de muerte con 3,5 % (43 defunciones). La enfermedad hipertensiva directamente es causante de 19 defunciones en el periodo del 2016 (4) (3).

De las personas que son diagnosticadas con hipertensión arterial menos del 50% logran controlar su presión arterial (< 140/90). Si esto continúa se estima que para el 2025 aumentará a 750 millones de hipertensos no controlados en el mundo (5). El departamento de Tacna no es ajeno a este problema, Apaza en el 2013 halló que el 40% de los hipertensos presenta hipertensión arterial no controlada en el Programa de hipertensión arterial del policlínico Metropolitano de EsSalud red asistencial de Tacna (6).

En una investigación local del 2013, se encontró que el control inadecuado de la hipertensión arterial está relacionado con la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Dentro de los resultados se menciona que el 68% presenta una mala adherencia al tratamiento antihipertensivo en el Programa de HTA de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna (6).

La mayoría de las personas con hipertensión grado II y III presentan bajo nivel de adherencia al tratamiento y son estos pacientes que tienen mayor riesgo de padecer alguna complicación que puede comprometer su vida. Las complicaciones son tratadas en el hospital y requieren tratamientos más costosos; además el paciente queda con secuelas que disminuyen su calidad de vida y genera mayor gasto familiar (7).

Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas según la OMS son los socioeconómicos, sistema/equipo de salud, relacionado con el paciente y relacionado a la terapia (8). En un metaanálisis realizado por Nielsen et al, 2017, hallaron que los factores más asociados son los factores sociales y económicos, seguidos de factores relacionados con el paciente (9). Otro trabajo, Buendía en el 2012, encontró que los factores relacionados son el olvido de tomar los medicamentos y la falta de conocimiento sobre la enfermedad y la terapéutica (10). De igual forma, un estudio de revisión de literatura médica de los últimos años llega a la

conclusión que los factores que influyen son el bajo nivel de educación, el olvido de las drogas y el bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el régimen de tratamiento (11). La población menos adherente al tratamiento antihipertensivo son los adultos mayores. La satisfacción con el servicio de salud está relacionado en el proceso del cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos (12).

Por lo tanto, la hipertensión arterial es un problema de salud pública en la región de Tacna ya que es prevalente en esta ciudad y sus complicaciones son responsables de muchas muertes en la región. La adherencia al tratamiento antihipertensivo permite controlar la presión sanguínea y por ende disminuye el riesgo de presentar complicaciones. Por ello, es importante conocer qué factores están asociados con la adherencia al tratamiento. Por este motivo se desarrolla el presente trabajo debido a que se identifican los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna en el año 2017?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna en el año 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna en el año 2017.
2. Conocer el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna en el año 2017.
3. Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna en el año 2017.
4. Asociar los factores estudiados con el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna en el año 2017.

1.4 Justificación

En Tacna, la hipertensión arterial es prevalente y considerada un problema de salud pública. Esta patología es crónica por ello es importante su adherencia al tratamiento para el control adecuado de la presión arterial. Además, es una enfermedad asintomática por lo que los pacientes no le dan la importancia debida y la subestiman.

Esta enfermedad está relacionada con las cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares, las cuales son causa de una alta tasa de mortalidad. Además, existen otras enfermedades relacionadas como la insuficiencia renal crónica, retinopatía hipertensiva y otras que repercuten significativamente en la calidad de vida del paciente; así como en los gastos

económicos generados; por ello, el Seguro Social de Salud ha implementado un programa de hipertensión arterial en Tacna.

Existe la necesidad de conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, e identificar los factores modificables para posteriormente actuar sobre ellos y mejorar el control de la hipertensión. En consecuencia, se pueden ver los beneficios en la disminución de los gastos económicos, en el tratamiento, hospitalización en caso de progresión de la enfermedad, reducción de la tasa de mortalidad. Según la OMS la interrupción o abandono de una terapia aumenta los costos en un 20% en la salud pública.

La información acerca de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y sus factores asociados es limitada en el ámbito nacional y local; la mayoría de los estudios midieron el nivel de adherencia, pero no describen los factores asociados. No hay estudios publicados sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el Seguro Social de Salud en el departamento de Tacna; el último trabajo realizado en el 2013 sólo evaluó la adherencia al tratamiento mas no describió los factores asociados. Por ello, que este trabajo es realizado en el Programa de Hipertensión Arterial del mencionado instituto.

Por lo tanto, este trabajo es importante ya que brinda información para mejorar y trabajar en los factores que influyen en la adherencia. Todo ello con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la presión arterial para disminuir la mortalidad por esta patología.

1.5 Definición de términos

Hipertensión arterial:

Presión arterial sistémica persistentemente elevada. En base a múltiples lecturas (determinación de la presión sanguínea), habitualmente se considera hipertensión cuando la presión sistólica es mayor a 140 mm Hg o cuando la presión diastólica es de 90 mm Hg o más (13).

Factores asociados:

Son características o condicionantes internas y externas que influyen en el comportamiento de la persona hacia el cumplimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud (8).

Adherencia: Cooperación voluntaria del paciente en la toma de drogas o medicamentos como se los recetan. Esto incluye el tiempo, dosis y frecuencia (14).

Antihipertensivo:

Fármaco usado en el tratamiento de la hipertensión arterial aguda o crónica, independientemente del mecanismo farmacológico. Entre los antihipertensivos están los diuréticos (especialmente tiazidas), beta-antagonistas adrenérgicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de receptores de angiotensina II, bloqueadores de los canales de calcio, bloqueadores ganglionares y vasodilatadores (15).

CAPÍTULO II
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

Los factores son características que influyen en la adherencia al tratamiento, estas pueden aumentar o disminuir el cumplimiento terapéutico y por ende repercutir en la evolución de la enfermedad.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Chiluiza M. (Ecuador, 2016) realizó la investigación titulada: *Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, parroquia San Andrés*. 2016, tuvo como objetivo determinar los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos durante el periodo de enero a agosto del 2015. Es un estudio de corte transversal con una población de 110 personas hipertensas atendidas en el Centro de Salud de San Andrés. Para recoger datos, los investigadores usaron un cuestionario y una entrevista personal. El cuestionario usado fue Martín-Bayarre-Grau (MBG) y el test de Morisky Green para evaluar el nivel de adherencia, una entrevista para valorar los diferentes factores asociados basada en el informe de la OMS 2004, y una encuesta de estratificación del nivel socioeconómico elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Se incluyó en la investigación a personas con diagnóstico de hipertensos, que dieron su consentimiento y sean personas de 40 años a más. Los resultados que se encontraron fueron adherentes totales 45% según Morisky Green, adherentes totales 13,6% según MBG, no adherentes 48,2%, y poco adherentes 38,2%. Los factores que se encontraron relacionados significativamente con la adherencia son: nivel de instrucción ($p=0,000$), satisfacción con la atención que recibe del médico ($p=0,000$), indicaciones médicas dadas de forma clara y por escrito ($p=0,000$) y disponibilidad del fármaco ($p=0,049$). Se halló que el nivel primario tuvo el más alto porcentaje de no adherentes. El 98,7% de los pacientes no adheridos mencionó que el médico no da las indicaciones en

forma clara y por escrito. El 50.9% estaba insatisfecho con la atención del médico, de los cuales el grupo que presentó mayor número fue del grupo no adherente. Se llegó a la conclusión que la población en estudio presenta bajos niveles de adherencia asociada a baja educación, bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad, los factores protectores son el sexo femenino ya que tuvieron una mayor porcentaje de adherencia al tratamiento, el pobre nivel de adherencia además se relacionó con el olvido por parte del paciente (16).

De igual manera, Cañar M. (Ecuador, 2016), en su tesis titulada *Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, sector ER05, San Marcos, 2016*, realizó un estudio observacional, descriptivo transversal con 69 pacientes hipertensos los cuales son mayores de 35 años. Esta investigación se realizó con el fin de conocer la adherencia terapéutica y sus factores que la influyen. La población total fue de 69 hipertensos que decidieron participar, no tenían enfermedades mentales se les aplicó el cuestionario de Martín Bayarre Grau (MBG). Se empleó una escala que se dividía en adheridos totales, parciales y no adheridos. Además, se midió el control de la enfermedad. Los resultados de interés encontrados fueron 5 pacientes con adherencia total, 62 con adherencia parcial y 2 sin adherencia. La población entre 35 a 64 años tiene 97.8% adherencia parcial. El sexo femenino tuvo 60,9% de adherencia parcial y 2,9% sin adherencia. El jornalero presenta mayor porcentaje de adherencia parcial con respecto a otra ocupación laboral. El Grado II de HTA presenta 40 pacientes con adherencia parcial. Del total de población 40 no realizan ejercicios y el 75,9% consume sal en su dieta diaria. Se concluyó que los factores que influyen significativamente en la adherencia son el sexo, la edad, nivel de instrucción y la ocupación laboral; la mayoría de hipertensos no siguen las pautas no farmacológicas. Otra conclusión es que la mayoría de las familias no apoya ni supervisa al hipertenso para que cumpla las indicaciones prescritas. (17)

Asimismo, Piñaloza S. (Ecuador, 2014), en su trabajo: *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato*, su investigación es un estudio descriptiva transversal y tuvo como objetivo principal determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, realizada en el subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato en el periodo diciembre 2013 – abril 2014. El estudio estuvo formado por 50 pacientes hipertensos mayores de 18 años que acudieron al servicio de consulta externa; se excluyeron a los pacientes con comorbilidades y enfermedades mentales. Se recolectó los datos mediante un cuestionario y test de Morisky Green, el cual sirve para valorar la adherencia al tratamiento. Los resultados mostraron que el 58 % de la población posee un bajo nivel de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico; el 71% de las mujeres presentaron adherencia al tratamiento vs el 29% de varones; el 62,5% del grupo de bajo nivel de adherencia presenta bajo conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento; El 60% del grupo de nivel bajo de adherencia tenía creencias incorrectas sobre el tratamiento. Se llegó a la conclusión que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y las creencias incorrectas con respecto al tratamiento son los factores que influyen directamente en esa población estudiada. El autor recomendó realizar más investigaciones en este campo y reproducir su trabajo en poblaciones más numerosas. (18)

Orellana D., Chacón K., Quizhpi J., Álvarez M. (Ecuador, 2016) realizaron un trabajo titulado *Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados en pacientes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso*, con el propósito de determinar la prevalencia de hipertensión,

adherencia al tratamiento antihipertensivo y sus factores asociados. Este estudio descriptivo transversal, para la recolección de datos se pidió el llenado de 516 pacientes hospitalizados en los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Nefrología, mayores de 40 años con diagnóstico de HTA mayor a 6 meses. El 60,1% no cumple su tratamiento; los pacientes que se preocuparon por su salud y eran conscientes tenía 15,41 veces más adherencia. Por ello, llegaron a la conclusión que dentro de los factores asociados al cumplimiento de la terapia el factor más importante es el relacionado con el paciente. (19)

Jankowska-Polańska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. (Polonia, 2017) en su trabajo: *Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension*, tuvo como objetivo analizar la relación entre factores seleccionados y la adherencia al tratamiento farmacológico, a 602 pacientes se les aplicó los siguientes instrumentos: escala de aceptación de la enfermedad y escala de Morisky mediante una entrevista y las fichas clínicas. Los pacientes que presenta un alto grado de aceptación de la enfermedad se adhirieron en 42,4% al tratamiento. Los pacientes que presentaron menor adherencia son el sexo masculino, edad entre 45 a 66 años, monoterapia, pacientes con diagnóstico de 0,2 a 5 años. Se concluyó en este trabajo que la adherencia al tratamiento es multifactorial, los más destacados con el sexo masculino, la educación superior, el estadio inferior de HTA y la terapia de un solo comprimido son determinantes significativos. (20)

Barreto M., Oliveira A., Silva S. (Brasil, 2014), en su trabajo titulado: *Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy*, tuvieron como objetivo principal identificar el nivel de conocimiento de personas con hipertensión arterial acerca de la enfermedad y verificar los factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia antihipertensiva. Este estudio es transversal realizado en 422 individuos. Los

datos fueron recolectados en los domicilios, entre diciembre de 2011 y marzo de 2012, por medio de entrevistas utilizando los instrumentos: Cuestionario de Adhesión a Medicamentos (CAM-Q), Índice de Complejidad de la Farmacoterapia y un guion con preguntas relativas al perfil sociodemográfico, satisfacción con el servicio de salud y conocimiento sobre la enfermedad. En sus resultados se muestra que 42,6% no se adherían a la farmacoterapia y 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad. Los factores asociados a la no adhesión fueron: farmacoterapia compleja, conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud. Por eso se llegó a la conclusión que la farmacoterapia compleja, poco conocimiento sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud influyen en la adhesión al tratamiento antihipertensivo.(21)

Pereira da Silva A., Silva F, Almeida C., Rodrigues A., Fortes M., realizaron un trabajo titulado: *Factors associated with non-adherence to treatment of hypertension: an integrative review*, con el principal objetivo de evaluar la diferente literatura sobre factores relacionados con la no adherencia al tratamiento publicados desde el 2010 al 2014. Analizaron 10 estudios en inglés, español y portugués de los cuales encontraron que los factores asociados a la no adherencia al tratamiento los más frecuentes son: bajo nivel de conocimiento acerca de la enfermedad y el régimen de tratamiento; otro factor es el olvido y el bajo grado de instrucción. (11)

Akoko BM, Fon PN, Ngu RC, Ngu KB. (Camerún, 2016) Hicieron un trabajo titulado: *Knowledge of Hypertension and Compliance with Therapy Among Hypertensive Patients in the Bamenda Health District of Cameroon: A Cross-sectional Study*, tuvieron como objetivo valorar el conocimiento sobre la enfermedad y determinar otros factores condicionantes en el cumplimiento del tratamiento. Su población fue de 221 hipertensos con menos de 21 años de diagnóstico y deben haber iniciado tratamiento antihipertensivo al menos 6

meses; a quienes se les aplicó un cuestionario de manera oral. Posteriormente a las preguntas se les dio una charla educativa sobre la hipertensión y el tratamiento. Obtuvieron resultados alarmantes, solo el 14% presentaba conocimiento adecuado sobre la patología. Entonces, los autores concluyen en que los factores más influyentes en la adherencia al tratamiento son el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad y el tratamiento, la actitud de paciente como el olvido y la falta de motivación debido a la naturaleza incurable de la enfermedad. (22)

2.1.1 Antecedentes Nacionales

La Hipertensión arterial es una enfermedad conocida por ser un proceso crónico que afecta a otros órganos tales como el ojo, al corazón, cerebro y el riñón; este último tiene como tratamiento en estadios finales la hemodiálisis.

Se encontró una tesis similar realizado por Zegarra R. (2015) titulado: *Adherencia a agentes antihipertensivos en pacientes hemodializados: frecuencia y factores relacionados en dos hospitales, Arequipa 2015*; su objetivo principal era determinar la frecuencia y los factores asociados a la adherencia de agentes antihipertensivos en pacientes hemodializados. Se utilizó una ficha de recolección de datos y el test de Morisky – Green Levine, la técnica usada fue la entrevista. Los pacientes mayores de 60 años tuvieron menor adherencia con 68.1% en uno de los hospitales estudiados; el sexo masculino con 68,5% presenta mala adherencia en uno de los hospitales; los pacientes analfabetos representaron el 62,9% con mala adherencia en el hospital HRHDE. Se concluyó que los factores asociados eran los factores sociodemográficos de los cuales resalta la edad, el sexo y el nivel educativo; también el tiempo de insuficiencia renal, hemodiálisis e hipertensión arterial. (23)

Por otro lado, Montoya L. (2015), realizó un trabajo titulado: *Factores asociados al paciente y adherencia al tratamiento con enalapril. Policlínico El Porvenir EsSalud marzo - agosto 2013*, con el fin de determinar la relación entre los factores asociados al paciente con la adherencia al tratamiento. Este estudio es de tipo descriptivo, observacional y transversal; se incluyeron a pacientes mayores de 18 años que firmaron el consentimiento y reciben tratamiento de enalapril por lo menos de 3 meses a más. Se utilizó el test de Morisky Green para valorar la adherencia al tratamiento con enalapril, el cual consta de 4 preguntas con ello el autor dividió en dos grupos: con adherencia y sin adherencia. De 291 hipertensos el 49% no es adherente al tratamiento; las personas mayores de 65 años presentan el más alto porcentaje de falta de adherencia con respecto a otras edades (69,3%). Las conclusiones a la que llegó la autora son de importancia ya que encontró la relación entre la edad como factor en la adherencia al tratamiento. (24)

Asimismo, en nuestra localidad se hizo un estudio en el año 2013 realizado por Apaza G. El título de la tesis: *Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de EsSalud - Red Tacna Febrero 2013*, su objetivo fue determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial. Su metodología utilizada fue correlacional, prospectivo y observacional. Se encuestó a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morisky-Green-Levine. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA ($p=0,019$), además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes ($OR=1,93$). Se concluye que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia de manera significativa al no control de la HTA. ($p=0,001$). (6)

El cumplimiento de la terapia antihipertensiva es multifactorial, los cuales podemos dividirlos en factores socioeconómicos, relacionados con el paciente, la terapia, equipo de salud. De ellos puedo resaltar dentro de los factores socioeconómicos la edad, el sexo y nivel de educación. El grado de conocimiento sobre la enfermedad, así como del tratamiento, el olvido, aceptación de la enfermedad son los factores relacionados con el paciente que los diferentes autores reconocieron y están significativamente asociadas con la adherencia a la terapéutica. El grado de satisfacción con la atención es un factor protector con respecto al cumplimiento de las indicaciones prescritas por el médico.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.2.1.1 Definición

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica degenerativa, se caracteriza por no presentar síntomas por lo cual se le denomina “asesino silencioso”. Su tratamiento es de por vida para lograr controlar la presión arterial y prevenir las complicaciones que en su mayoría son fatales.

En términos generales se considera hipertensión a la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg, es decir en personas mayores de 18 años sin comorbilidades. Existen variaciones, la HTA sistólica aislada se definió cuando era ≥ 140 mm Hg y PAD < 90 mm Hg (25).

Se considera presión arterial controlada cuando la presión arterial sistólica (PAS) menor a 140 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) menor a 90 en la

población en general. En el caso de diabéticos, con insuficiencia renal o pacientes con proteinuria igual o mayor de 300mg en 24 horas su presión arterial objetivo es menor a 140/90. En los adultos mayores a 60 años se considera controlada con valores de PA < 150/90 otras guías ponen como punto de corte la edad de 80 años (25).

2.2.1.2 Mecanismos que controlan la presión arterial:

a) Hemodinámico:

- Sistema Nervioso
 - o Simpático
 - o Parasimpático
- Metabolismo catecolaminas

b) Hormonales:

- Hormonas corticoadrenales (cortisol, aldosterona)
- Vasopresina
- Hormona del crecimiento
- Parathormona
- Hormonas tiroideas
- Serotonina

c) Renales y glándulas suprarrenales:

- Producción y liberación de renina
- Conversión de angiotensinógeno a angiotensina I
- Producción y liberación de aldosterona
- Mantenimiento del equilibrio de sodio y otros electrolitos
- Mantenimiento de la homeostasis de los líquidos corporales.

2.2.1.3 Fisiopatología de la hipertensión arterial

a) Factores genéticos y ambientales

En la hipertensión se conoce que una de las causas es el factor genético; ya que los familiares de primer grado (padre, madre, hermanos e hijos) tienen mayor susceptibilidad de padecer esta enfermedad. Pero solo, no produciría la hipertensión, sino que es necesario que el paciente se encuentre bajo la influencia de los factores ambientales, que estos últimos por sí solos pueden provocar el aumento de la presión arterial elevada de manera crónica.

La mutación genética no es solo en un gen sino son varios. En la teoría genética es una alteración del ADN lo cual implica que distintas moléculas se alteren y por tanto su función se modifica. Actualmente se han descubierto alrededor de 150 loci cromosómicos que albergan genes directa o indirectamente relacionados con la hipertensión.

- El gen del angiotensinógeno se ubica en el cromosoma 1, y puede presentar alguna variante (polimorfismos) en su secuencia de nucleótidos; las formas más comunes son M235T y T174M que se relacionan con mayor incidencia de HTA en quienes las portan. Además, el alelo M235T confiere un riesgo relativo de sufrir infarto de miocardio.
- El gen receptor de la renina ubicado en el cromosoma X, llamado ATP6AP2 cuando se une con la renina induce 4 veces más la producción de angiotensina I. Asimismo, la estimulación de la renina activa los genes ERK1 y ERK2 que se relacionan con obesidad y con hipertrofia cardíaca.
- El gen de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) tiene dos posibles variantes: I (inserción) o D (delección); cuando presenta delección se relaciona con mayor actividad plasmática de la ECA

- La expresión más aumentada del gen AGRT1, codifica el receptor de la angiotensina II tipo 1 que se encuentra en la superficie celular, provoca hipertrofia miocárdica e hipertensión.
- El gen de la aldosterona (CYP11B2), con el polimorfismo 344C/T aumenta la incidencia de hipertensión y de riesgo de infarto cerebral.
- El polimorfismo G460W del gen de la aducina 1 es más frecuente en la población hipertensa que en la normotensa. Se ha observado que algunos pacientes hipertensos con este polimorfismo, tienen mayor respuesta hipotensora a la restricción de sodio y a los fármacos diuréticos. La aducina es una proteína que se encuentra en la membrana celular; actúa en el cotrasporte Na-K-Cl y la Na-K-ATPasa e incrementa la reabsorción de sodio a nivel renal (27).

Los factores ambientales son diversos pero los más aceptados son el consumo de sal, alcohol, tabaquismo, comidas altas en carbohidratos y grasas, la ocupación estresante y el sedentarismo.

b) Patrón hemodinámico

La reactividad vascular es el trastorno más precoz y se relaciona con aumento de actividad simpática, simultáneamente al aumento de resistencias periféricas, ligero aumento del gasto cardíaco por disminución de la capacitancia venosa.

El gasto cardíaco es normal o disminuido, la resistencia periférica se eleva debido a la presencia de sustancias vaso activas que actúan sobre el músculo liso y remodela la pared vascular, lo cual nos lleva a la reducción del lumen vascular.

Los cambios estructurales son hipertrofia e hiperplasia de la pared vascular para proteger a los órganos diana, ante elevaciones bruscas de la presión arterial. Esto conlleva a un descenso de las cifras tensionales, hasta niveles

considerados como normales, pero hacen que el flujo cerebral o coronario descienda, produciendo isquemia cerebral o miocárdica (28).

c) Retención excesiva de sodio

En diversas poblaciones, el aumento de la PA se ha relacionado directamente con la ingesta de sal. El sodio intracelular facilita la entrada de calcio, esto genera el aumento de contractilidad en el músculo liso en consiguiente aumenta la resistencia periférica. Otro mecanismo es la elevación de la presión osmótica sanguínea. (29).

d) Sistema renina-angiotensina- aldosterona

Un sistema renina-angiotensina- aldosterona hiperactivo provoca vasoconstricción y retención de sodio y agua. Todo ello conlleva al aumento del volumen sanguíneo que conduce a la hipertensión arterial. La inhibición o bloqueo farmacológico de sus componentes reduce la PA y disminuye el daño tisular (29).

e) Hipertrofia vascular

Los vasos sanguíneos especialmente los de pequeño calibre inician adaptaciones por las alteraciones hemodinámicas en la HTA. Las modificaciones son: hipertrofia o hiperplasia de la capa muscular, aumento de la matriz extracelular, disminución de la compliance y aumento de resistencia vascular (28).

f) Disfunción endotelial

En los últimos años se ha conocido la participación del endotelio en la función del sistema cardiovascular. El endotelio es considerado como un órgano capaz de responder tanto estímulos hemodinámicos como humorales, sintetizando o activando sustancias vasoconstrictoras y factores de crecimiento celular. De

esta forma, el endotelio participa en la regulación el tono vascular, el remodelado vascular, en la hemostasia y en la inflamación por mediadores pro y antiinflamatorios. Esto lleva a la hiperplasia e hipertrofia de los vasos sanguíneos y a la vasoconstricción lo cual aumenta la resistencia periférica (28).

2.2.1.4 Tipos de hipertensión arterial

La hipertensión puede ser esencial o primaria en la cual no se sabe la causa, es heterogénea y multifactorial, también es la más frecuente hasta el 95%. Por otra parte, está la HTA secundaria la cual tiene diversas causas y representa el 5%, entre sus causas las más frecuentes son la enfermedad renal, hipertiroidismo, estenosis renal, feocromocitoma e hiperaldosteronismo primario y síndrome de Cushing.

La hipertensión arterial refractaria o resistente, según la definición de la American Heart Association (AHA), se considera dentro de este grupo aquellos pacientes que no logran llegar a las cifras objetivo de presión arterial con tres fármacos que incluyan un diurético.

2.2.1.5 Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que predisponen a una persona a padecer de esta patología. Algunos de estos factores de riesgo son:

- Pacientes con familiares de primer grado con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Los afroamericanos
- Personas obesas o con sobrepeso
- Sedentarismo
- Alto consumo de sal y alcohol
- Personas con diagnóstico de enfermedad renal, gota y diabetes.

- La mujer embarazada
- Edad mayor a 65 años

2.2.1.6 Diagnóstico

Según la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, el diagnóstico se hace con la medida clínica de la presión arterial (PA) el cual debe ser basado en al menos dos medidas de la PA en cada visita, en al menos dos visitas y entre ambas debe haber varias semanas de distancia (31).

En la visita, el paciente debe estar sentado tranquilo en una silla al menos durante 5 minutos, con los pies en el suelo, y el brazo a la altura del corazón. Se recomienda en paciente con hipotensión postural se mida su presión arterial en posición de pie. El brazalete debe tener el tamaño adecuado (que ocupe al menos al 80% el brazo) para garantizarnos una medición más precisa de la presión arterial. Es importante recordar que se debe realizar por lo menos dos mediciones sucesivas. La PAS es el punto en el que se escucha el primero de dos sonidos consecutivos (Fase 1), y la PAD es el punto en el que desaparece el sonido (Fase 5).

Asimismo, recomienda la toma de pruebas de laboratorio básicas son las siguientes: 1) hemoglobina; 2) glucemia en ayunas, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, ionograma, ácido úrico, creatinina y filtrado glomerular estimado; y 3) un análisis de orina. Asimismo se recomienda pedir un electrocardiograma (EKG) al inicio, en casos seleccionados se evalúa el fondo de ojo y el ecocardiograma (31).

2.2.1.7 Clasificación

La clasificación del séptimo Comité Nacional Conjunto (JNC) es sencilla y apoyada por importante de sociedades científicas (39 Organizaciones profesionales y 7 Agencias Federales); y actualmente es usada en el programa de hipertensión arterial del seguro social en el Perú. Cabe recordar que si las PAD y PAS tienen medidas que difieren de categoría se toma en cuenta la cifra de mayor medida para clasificarla.

Clasificación	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Normal	< 120	y <80
Prehipertensión	120-139	80-90
Etapa 1 Hipertensión	140-159	90-99
Etapa 2 Hipertensión	≥ 160	≥ 100

Fuente: Clasificación de la Hipertensión Arterial extraído de VII Joint National Committee Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2003. (33)

En el año 2014 se realizó en el octavo informe de JNC sin embargo, solo se trata del manejo de esta patología siguiendo en vigencia la clasificación del séptimo informe que se hizo en el 2003. En el VII JNC se propone presión arterial normal menor a 120/80 mmHg, prehipertensión hasta 139/89 mmHg, hipertensión grado I con presión sistólica entre 140-159 mmHg y diastólica entre 90-99 mmHg, y la hipertensión grado II mayor a 160/100 mmHg (32).

2.2.1.8 Tratamiento

El tratamiento farmacológico es individualizado para cada paciente se toma en cuenta su estadio de la hipertensión arterial, sus comorbilidades y factores socioeconómicos. En términos generales el tratamiento es farmacológico y no

farmacológico entre ambos se complementan para alcanzar el objetivo de controlar la presión arterial en rangos normales.

a) Tratamiento no farmacológico

En numerosos estudios de todo el mundo se ha comprobado que los cambios de estilo de vida mejoran el control de presión arterial e incluso reducir las necesidades de medicación. Por ello, el estilo de vida saludable está indicado en todos los grados de hipertensión, así como también para prevenir ésta enfermedad.

Los estilos de vida más influyentes son: control de peso en hipertensos con sobrepeso y obesos, dieta saludable y actividad física.

La American Heart Association (AHA) recomienda el programa DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) creado por la Clínica Mayo la cual se basa en disminuir el consumo de sal y aumentar el potasio, calcio y magnesio; dando un ejemplo, con el seguimiento de las sugerencias de DASH se logra disminuir de 1mmHg hasta 3 mmHg (33). El consumo de sal sugerido es de 2 300 mg al día (una cucharadita de sal de mesa tiene 2.325 mg de sodio); también propone la ingesta de granos enteros, frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa. Disminuir la la ingesta de grasas trans y saturadas ya que son las responsables del aumento de colesterol de baja densidad. La dieta DASH también incluye algunos pescados, aves y legumbres (34). Se sabe que el objetivo DASH no es la disminución del peso, pero indirectamente se logra esto. Se realizó un estudio en Australia donde se utilizó este programa, se logró disminuir el peso pero luego de terminar el estudio los participantes volvieron a subir de peso; por lo cual es de suma importancia la constancia de la dieta en el paciente hipertenso para que controle las presiones sanguíneas estables (35).

Otros cambios en los hábitos del paciente hipertenso es disminuir el consumo alcohol; así como cero tabaco. La modificación de los estilos de vida reduce la presión en unos puntos en pocas semanas y aumentan la eficacia de los medicamentos antihipertensivos.

b) Tratamiento farmacológico

El manejo de hipertensión arterial es básicamente del nivel de atención primaria que está en mayor cercanía con la población. Es imprescindible la medida de la tensión arterial en cada visita médica ya que ha sido demostrada como el mejor método de cribado y el menos costoso. Una vez diagnosticada la hipertensión arterial se debe incurrir en la indicación de, en primer lugar, cambio del estilo de vida, en segundo lugar, la indicación de algún antihipertensivo. Para la indicación de tratamiento se toma en cuenta desde el factor socioeconómico hasta el grado de la hipertensión todo en favor del paciente.

El tratamiento farmacológico está indicado en los prehipertensos que presentan otras enfermedades como insuficiencia cardíaca, post infarto de miocardio, enfermedad renal crónica, diabetes, y como prevención de recurrencia en ictus y alto riesgo de enfermedad coronaria. El principal objetivo es alcanzar y mantener la presión arterial debajo de 140/90 si en 1 mes no se ha alcanzado la meta aumentar otro hipertenso; aun así no se logra controlar la hipertensión evaluar y añadir un tercer fármaco o ajustar dosis. Son 5 grupos farmacológicos que se pueden indicar:

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS): Estos medicamentos tienen acción sobre la enzima convertidora de angiotensina provocando la reducción de la concentración de angiotensina II circulante, con la consiguiente disminución de la vasoconstricción inducida por ella. Hay numerosa evidencia irrefutable sobre el uso de este grupo

farmacológico como tratamiento inicial en la HTA y prevención de la remodelación cardiaca.

- Antagonistas de los receptores de angiotensina II: Estos fármacos son considerados como alternativa a los IECAS debido a que éstas presentan efectos adversos como lo tos que es molesta en los pacientes. Los mecanismos por los cuales disminuye la presión arterial son similares a los descritos en los IECAS pero presentan menor frecuencia de efectos adversos (30).
- Diuréticos de tipo tiazídico: En la mayoría de las guías de tratamiento la recomienda como terapia inicial para la mayoría de los pacientes con alguna indicación prioritaria, es decir, presenta otra enfermedad como diabetes, dislipidemia, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardiaca, post infarto de miocardio y riesgo de recurrencia de ictus.
Las tiazidas actúan inhibiendo el cotransporte sodio-cloro en la membrana luminal del segmento inicial del túbulo contorneado distal aquí se reabsorbe un 5-8% de sodio, pero este diurético aumenta la excreción de sodio, disminuye la volemia y reduce el gasto cardiaco (30).
- Inhibidores adrenérgicos: Dentro de las recomendaciones de JNC 8 menciona que no deben ser utilizados como tratamiento inicial ya que hubo investigaciones donde se observó que aumento el riesgo de accidente cerebrovascular.
- Betabloqueadores: estos fármacos actúan inhibiendo competitivamente a los receptores beta adrenérgicos; existen que actúan en los receptores B1 y B2, pero otros son selectivos B1 que es del corazón. Producen disminución de la presión arterial a través de diversos mecanismos, como la reducción del gasto cardiaco, la disminución de la liberación de renina, reducción de flujo nervioso simpático central, bloqueo presináptico que inhibe la liberación de catecolaminas y una probable disminución de la resistencia vascular periférica.

- Alfabloqueantes: El bloqueo de los receptores alfa vasculares produce vasodilatación, más arteriolar que venosa, e hipotensión mantenida.
- Alfa-beta-bloqueantes: Aquí están fármacos como el carvedilol y labetalol quienes disminuyen la PA por disminución de la resistencia vascular al facilitar la vasodilatación.
- Los medicamentos calcioantagonistas son aquellos que actuando en el bloqueo de los canales de calcio de tipo L. Se subdividen en dihidropiridínicos y no dihidropiridínicos (30).

2.2.1.9 Complicaciones

a) Repercusión cardiaca

La HTA produce hipertrofia ventricular, que puede conducir a disfunción sistólica por disminución del volumen telediastólico, asintomática en su comienzo, pero que en su evolución tórpida puede cursar clínicamente con síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva.

Luego del remodelamiento y disfunción del endotelio en respuesta a las presiones sanguíneas elevadas favorece el desarrollo de aterosclerosis de los vasos coronarios condicionará la aparición de cardiopatía isquémica clínica, que se manifestará por angina o infarto agudo de miocardio. Posteriormente esto facilitará la aparición de arritmias supraventriculares o ventriculares, con sintomatología variable desde palpitaciones leves hasta síncope, e incluso muerte súbita. La arritmia más frecuente relacionada con hipertrofia ventricular izquierda es la fibrilación auricular.

De igual manera la hipertrofia ventricular izquierda causada por aumento de la presión de postcarga se relaciona con la mayor probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular (36).

b) Repercusión vascular

Las grandes arterias, carótidas, aorta e iliacas pueden afectarse en la población hipertensa. Desde el punto de vista clínico, la sintomatología isquémica está en relación directa con el territorio y grado de afectación, siendo la claudicación intermitente la más común, y la más grave la disección aórtica, en el seno de una emergencia hipertensiva.

Enfermedad vascular periférica (EVP): se correlaciona directamente con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular. En la actualidad se utiliza el índice tobillo-brazo (cociente entre la presión arterial sistólica registrada a nivel del maléolo y en la arteria humeral) para identificar la afectación vascular. Con dicha metodología se refiere EVP en el 5% de la población hipertensa.

Disfunción eréctil: aparece clínicamente en el contexto de la disfunción endotelial hipertensiva. Es frecuente en sujetos con hipertensión arterial por encima de 60 años, bien a causa del propio daño endotelial o secundario a los fármacos hipotensores. Existen varios estudios que revisan la prevalencia de problemas sexuales en el hipertenso, con un rango que va desde el 7,6-44,2% en pacientes sin tratamiento y del 9,0-57,9% en hipertensos tratados.

El diagnóstico de daño renal inducido por HTA se basa en el hallazgo de una función renal afectada o en la detección de concentraciones urinarias de albúmina elevadas (30).

El daño de la retina por disminución de flujo sanguíneo secundario a la HTA se le conoce como retinopatía hipertensiva; descrita en 1939 por Keith, Wagener y Barker quienes la dividieron en cuatro grados. La retinopatía de grado I (estrechamiento arteriolar de naturaleza focal o general); grado II (cruce arteriovenoso); grado III (hemorragias, microaneurismas, exudados cerosos o algodinosos) y la retinopatía de grado IV (signos de la retinopatía

de grado III más papiledema o edema macular). Entre mayor sea el grado de retinopatía tiene mayor valor predictivo de mortalidad y pérdida de la visión (28).

c) Repercusión cerebral

Según varias investigaciones se conocen que la hipertensión arterial como factor independiente de riesgo para sufrir algún tipo de ictus, se calcula que alrededor del 50% de todos los ictus pueden ser atribuidos a la hipertensión arterial. Las afecciones en el sistema nervioso central son el mayor problema ya que su desenlace es fatal, y si sobrevive queda con secuelas que determinan una mala calidad de vida para el paciente.

Isquemia cerebral transitoria: La sintomatología se traduce en un déficit focal transitorio, de predominio motor o sensitivo, en el territorio de la arteria carótida o vertebrobasilar, con debilidad, parestesia, disfasia, disartria o diplopía. Se caracteriza cuando los signos focales desaparecen en 24 horas, lo bueno, hay recuperación *ad integrum*. Sus causas más frecuentes son estenosis o trombosis arteriales por placas ateroscleróticas. En un estudio de 533 pacientes luego de revisar sus historias clínicas se descubrió que padecieron el 12.3% de Isquemia cerebral transitoria y entre sus factores de riesgo estaba la HTA en el 50,6% (36).

Infartos cerebrales: El 50% se producen en pacientes hipertensos, y la sintomatología que producen es variable dependiendo de su localización y extensión.

Infartos lacunares: Representan el 15-20% de las lesiones cerebrales isquémicas y no son específicas de la hipertensión. En un estudio de 533 pacientes presentaron 50,2% tuvo ictus lacunares, entre sus características estaba la hipertensión y la hipertrofia ventricular izquierda (36). Dado que las lesiones son pequeñas y localizadas en profundidad no suelen ser

sintomáticos. Su repetición (infartos lacunares múltiples) desencadena demencia vascular.

Hemorragias cerebrales: Suponen el 10-15% de los ictus y su principal factor etiológico es la acción directa de la HTA. El cuadro clínico depende de la localización específica y de las manifestaciones secundarias de la hipertensión intracraneal.

Hemorragias subaracnoideas: La causa más frecuente de forma espontánea, es una hemorragia cerebral con apertura al sistema ventricular o al espacio subaracnoideo. En otras ocasiones, son rupturas de aneurismas saculares, que aparecen en pacientes hipertensos en un 30%.

2.2.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Todas las enfermedades crónicas requieren de la adherencia terapéutica para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones; sin embargo se vio que los pacientes no cumplen de manera consciente las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas a lo cual se le ha denominado falta de adherencia.

2.2.2.1 Importancia de la adherencia al tratamiento

A pesar que se dispone de nuevos fármacos para tratar la hipertensión arterial, más del 50% no alcanza los objetivos de presión arterial controlada sobre todo en América Latina. Para la adherencia terapéutica exitosa se debe tener la colaboración activa del paciente no solo como un receptor pasivo de instrucciones. Su importancia radica en que el control de la PA depende de la adherencia al tratamiento.

2.2.2.2 Clasificación de adherencia al tratamiento

En otras investigaciones han dividido la adherencia al tratamiento en adherente y no adherente. En el grupo de no adherentes están los hipertensos quienes abandonan su tratamiento y los que siguen la terapia de manera incorrecta (toman la medicación irregularmente por retraso en los horarios o interrumpen durante periodos cortos el tratamiento prescrito).

La no adherencia se puede subdividir según el seguimiento en:

- Incumplimiento parcial: Se refiere a aquel paciente quien se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumple de forma ocasional (por olvido de dosis o tomar dosis menores puede ser por miedo a efectos adversos).
- Incumplimiento secuencial: El abandono es por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- Incumplimiento completo: Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida.
- Incumplimiento de bata blanca: Sólo se adhiere al tratamiento cuando está cercana la visita médica (37).

Otra manera de dividir la no adherencia es según la intencionalidad:

- Incumplimiento intencionado: Se refiere a dejar el tratamiento voluntariamente.
- Incumplimiento no intencionado: Se refiere principalmente al olvido de las indicaciones (37).

2.2.2.3 Evaluación de la adherencia al tratamiento

Existen varios métodos para medir la adherencia al tratamiento; sin embargo cada uno de ellos tiene ventajas, desventajas y carencias. Lo más importante es que la herramienta usada para evaluar sea práctica, sencilla y confiable. Así en la clínica se podrá identificar a los pacientes que no cumplen conscientemente las indicaciones farmacológicas y cambios de estilo de vida.

a. Métodos objetivos

a.1 Directos:

Este método consiste en la determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido. La prueba positiva en estos líquidos corporales sólo expresa que el medicamento ha sido ingerido, por lo que podemos tener falsos positivos y estar ante un cumplidor de bata blanca. Asimismo, obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos, no tienen mucha utilidad ya que son de costosos (38).

a.2 Indirectos

Aquí se evalúa las circunstancias que se relacionan con la no adherencia a la terapia.

- Recuento de comprimidos: Consiste en un registro de la medicación en cada cita programada o bien acudir por sorpresa a los hogares de los pacientes para contar los comprimidos (39).
- Asistencia a citas programadas: La ausencia a citas es la forma más frecuente y grave de falta de adherencia al tratamiento. Sin embargo, esto no condiciona que los pacientes asistentes a las citas sean cumplidores del tratamiento, ni tampoco los que no acuden sean incumplidores (41).

- Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada: Existe un grupo de pacientes con fracaso terapéutico debido al incumplimiento terapéutico (41).

b. Métodos subjetivos

Son métodos donde se valora el cumplimiento mediante un interrogatorio, cuestionario, control de proceso, u otro que lo permita.

b.1 Test Morisky Green- Levine: Es un test utilizado en numerosas investigaciones tanto para evaluar la adherencia al tratamiento en la HTA como en otras patologías crónicas (dislipidemia y diabetes mellitus tipo II). Ha sido criticado por su baja sensibilidad, pero tiene una buena especificidad; si la persona manifiesta que no sigue una determinada pauta, es altamente probable que sea cierto. Consta de cuatro preguntas las cuales son:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Si alguna vez se siente bien ¿Deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar la medicación?

Se considera buena adherencia si las respuestas son: NO-SI-NO-NO

Si no se sigue la secuencia anterior se dice que la persona no es adherente (38).

b.2 Test de Batalla: Es un cuestionario en el que, conformado por preguntas sencillas, se analiza el nivel de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que a mayor conocimiento de la enfermedad representa un mayor grado de cumplimiento (39).

Se le conoce como incumplidor cuando se falla en una de las siguientes preguntas:

- ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
- ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
- Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada

b.3 Test Martín Bayarre- Grau: se trata de un test fiable y valido para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos; clasifica a los pacientes en los grupos correspondientes, haciendo énfasis en la adherencia cualitativa (como). Este instrumento está compuesto por 12 afirmaciones que comprenden las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica:

Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas (ítem 1, 2, 3, 4).

Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (ítem 5, 6, 8, 9 y 10).

Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (ítem 11, 12).

Los resultados sugieren la presencia de tres factores denominados: Cumplimiento activo (ítems 1, 3, 4, 6, 9), Autonomía ante el tratamiento (ítems 8,10, 11, 12) y Complejidad de la adhesión (ítems 2,5, 7). El paciente puede responder con la selección de una única respuesta de cinco posibles (Siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca). Se considera que una respuesta más cercana a 100 indica que el paciente es más adherente (40).

b.4 Test de Cumplimiento autocomunicado o test de Haynes Sackett: Este test se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento.

Consiste en tres preguntas; en primer lugar, se genera un ambiente apropiado para la conversación y se lanza el primer enunciado: “la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos ¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?”. Si la respuesta es positiva entonces el paciente es incumplidor. Si la respuesta es negativa se procede a la siguiente pregunta “¿cómo los toma?” Todos los días/ Muchos días/ Algunos días. La última pregunta es: “Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?” aquí se recoge la información brindada por el paciente. (39).

b.5 Test de comprobación fingida: Este test consiste en solicitar al paciente que traiga una muestra de orina, indicándole que es para calcular en ella la cantidad del medicamento tomado. Si el paciente ofrece dificultades para su realización y manifiesta que no toma la medicación se trata de un paciente incumplidor (41).

2.2.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La Organización Mundial de Salud define adherencia al cumplimiento de las indicaciones médicas ya sean farmacológicas como no farmacológicas.

2.2.3.1 Factores socio-demográficos

Son aquellas características del paciente hipertenso que contribuyen de manera positiva o negativa en su formación como ser humano. Comprenden

la edad, sexo, residencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil y convivencia.

El grupo etáreo más afectado son los adultos mayores. Zubeldía L., Quiles J., Mañes J. y Redón J. en una de sus conclusiones mencionan la probabilidad de presentar la enfermedad aumenta con la edad (42). Con respecto al factor edad es muy variable y depende de la población estudiada.

Estado civil es la situación o condición jurídica en la que se encuentra el hipertenso. El Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) es la entidad encargada de registrar el estado civil en el Perú, el cual clasifica el estado civil en: soltero(a), casado(a), divorciado(a) y viudo(a).

Khanam M. et al encontraron la relación entre el grado de instrucción y la adherencia, es decir, si la persona tenía grado instrucción superior se adhería mejor a la terapia antihipertensiva (43).

Otro de los factores relacionados con la adherencia son la ocupación y la convivencia con una familia que apoya en el tratamiento. El jornalero presenta mayor porcentaje de adherencia parcial con respecto a otra ocupación laboral. Alba L. Fajardo G. y Papaqui J. en sus resultados se encontró que un gran porcentaje de los encuestados respondió que su familia les recuerda que debe tomar el medicamento y otro 76% su familiar le ayuda a entender las indicaciones del médico; por tanto llegaron a la conclusión que el apoyo de la familia juega un papel importante en el logro de mantener la PA en cifras estables (44).

2.2.3.2 Factores relacionados con el paciente

Entre los factores relacionados con el paciente se encuentra el estrés psicosocial, la angustia, la baja motivación y la falta de aceptación de la enfermedad, así como también el nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

a. Nivel de conocimiento

En un estudio pre-experimental se encontró que el nivel de conocimiento es medio en el 83%, bajo en el 7% y 10% alto; lo cual demuestra que existe baja nivel de conocimiento en la población estudiada. La población son 30 padres de familia de un colegio de la ciudad de Lima (45).

Existe una gran variabilidad en el nivel de conocimiento en la población estudiada a pesar de ser de una mismo departamento; en otro estudio realizado en Lima a pacientes mayores de edad de un centro de salud se halló que la población tenía alto nivel de conocimiento hasta un 80% sobre prevención de la hipertensión arterial (46).

En Oxapampa, Anchiraco D. realizó un trabajo de investigación donde determinó que la población hipertensa presentaba mediano nivel de conocimiento sobre autocuidados (47).

En un estudio donde se evaluó la relación entre el grado de conocimiento y el control de la hipertensión arterial se encontró que el 82% de los controlados y el 79% de los no controlados reconocieron la cronicidad del tratamiento ($p=0,548$), pero el 15,1% de los controlados y el 12,4% de los no controlados no lo relacionaban con el control de la HTA ($p=0,525$). El 31,1% creían estar bien controlados pero no lo estaban (48).

b. Olvido

El olvido es un factor que ha sido estudiado juntamente con el grado de conocimiento sobre la enfermedad. Dentro de sus resultados se encuentra que la barrera que dificulta la adherencia al tratamiento más prevalente fue el olvido (67%). Además menciona que la alta relación entre el número de fármacos utilizados y la barrera del olvido sugiere la monoterapia como opción para facilitar la adherencia al tratamiento y disminuir la tasa de olvido (49).

c. Factores motivacionales

Los múltiples estudios evaluados se destacan la ansiedad y el estrés que les causa esta enfermedad. La falta de aceptación por parte del paciente quien no cree en su diagnóstico, quizá una de las razones sea, porque no presenta síntomas (50). Esta afirmación lo demuestran los resultados hallados por Jankowska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G donde los pacientes con alto grado de aceptación de la enfermedad se adhirieron en 42,4% al tratamiento (20).

Otro aspecto son las creencias de la personas con respecto a la medicina occidental; esto se ve sobre todo en lugares donde la gente mantiene las doctrinas ancestrales, pero las zonas urbana también presentan prejuicios (11) (50).

2.2.3.3 Factores relacionados con la enfermedad

Se ha encontrado que padecer otra enfermedad concomitantemente es un factor protector, especialmente la diabetes mellitus tipo 2; en este estudio, se demuestra la diabetes como un factor protector ya que del total de diabéticos el 64% presento adherencia al tratamiento antihipertensivo (51).

Jankowska-Polańska B. y colegas, en sus resultados se menciona que existe menor adherencia en los pacientes con PA grado moderado a grave hasta 1.5 veces menos que PA leve (20).

2.2.3.4 Factores relacionados con el tratamiento

Son múltiples las implicancias vinculadas a este factor, por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia farmacológica, fracasos de esta y efectos colaterales de los medicamentos.

La adherencia al tratamiento también puede mejorar con la simplificación del tratamiento (52). Con respecto de la complejidad del tratamiento se basa en el número de dosis, tabletas y tiempo de toma, duración del tratamiento, fracaso de tratamientos previos. Otra causante es la presentación de efectos secundarios (11).

2.2.3.5 Factores relacionados con el equipo de salud

La baja tasa de control de la PA en todo el mundo es causada también por los factores relacionados por el equipo de salud (52). Existen pocos estudios al respecto, pero está comprobado que una buena relación proveedor paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento (53). En los diferentes estudios evaluados en un artículo de revisión se encontró que un factor negativo en la adherencia es el grado de insatisfacción (11).

2.2.4. Programa de Hipertensión Arterial del Seguro Social de Salud

Este programa funciona en los establecimientos de primer nivel de atención de EsSalud y cumple con la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. En el programa se incluye también a personas con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Asma y Osteoartritis. El Programa de Hipertensión arterial se encarga básicamente en la promoción, prevención de complicaciones; así como también en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes hipertensos grado 1 y

grado 2; otra labor que cumple es la identificación y estratificación del riesgo cardiovascular. Aquí se maneja la clasificación dada el séptimo comité nacional conjunto, la cual se encuentra en la normativa vigente.

Se cuenta con tarjetas donde se sigue al paciente con hipertensión arterial, aquí se toma los datos generales, medidas antropométricas, exámenes de laboratorio, la evaluación periódica por especialistas; también existe un sector donde mide el cumplimiento de vida saludable. Los pacientes son examinados por diferentes especialidades como Nefrología, Oftalmología, Odontología, Nutrición y Psicología. Existen talleres de actividad física y alimentación saludable y club de caminantes

Los pacientes hipertensos están incluidos en el Sistema de Vigilancia de Salud Renal (VISARE) donde se mide la creatinina sérica, la tasa de filtración glomerular, creatinuria, albuminuria y tasa albumina/creatinina.

CAPÍTULO III
VARIABLES Y
DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA
Factores Sociodemográficos	Edad	- <65 años - ≥ 65 años	Intervalo
	Sexo	- Femenino - Masculino	Nominal
	Grado de Instrucción	- Analfabeto - Educación primaria - Educación Secundaria - Educación superior	Ordinal
	Estado civil	- Soltero - Conviviente - Casado - Divorciado - Viudo	Nominal
	Convivencia	- Vive Solo - Vive con familia	Nominal
	Ocupación	- Empleado público - Empleado privado - Desempleado - Jubilado	Ordinal
Factores relacionados con el paciente	Nivel de conocimiento	- Satisfactorio: 7-10 - Insatisfactorio: < 7	Ordinal

Factores relacionados con el paciente	Aceptación de la enfermedad	- Alto: ≥ 30 - Moderado: 19-29 - Bajo: ≤ 18	Ordinal
Factores relacionados con la enfermedad	Tiempo de diagnóstico de la HTA	- < 5 años - 6-10 años - > 10 años	Intervalo
Factores relacionados con el servicio de salud	Satisfacción con el Servicio Sanitario	- satisfacción baja: ≤ 20 - satisfacción media: 21-40 - satisfacción alta: ≥ 41	Ordinal
Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Nivel	- Adherente total: 38-48 - Adherente parcial: 18-37 - No adherente: 0-17	Ordinal

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño de estudio

El presente trabajo es un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal el cual permite identificar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial registrados en el Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna. Es correlativo porque asocia dos variables de estudio: adherencia al tratamiento con los factores relacionados, y es transversal porque mide las variables en un momento determinado. Se define operacionalmente a la adherencia terapéutica como la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento y recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

4.2 Ámbito de estudio

Ubicación espacial: Se realizó el estudio en el Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud- Tacna el cual se encuentra en los tres centros de atención Primaria del Seguro Social de Salud, dos establecimientos se encuentran ubicados en el cercado de Tacna, y otro en el distrito de Gregoria Albarracín.

Ubicación Temporal: Durante el año 2017.

4.3 Población y muestra

a) Población: La población está conformada por los 1563 pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud – Tacna.

La población de estudio está constituida por un grupo representativo de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

b) Muestra:

La técnica de muestreo que se utilizó es probabilística de tipo aleatorio simple.

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Z^2 \cdot p \cdot q + e^2 \cdot (N-1)}$$

Dónde:

Z: 1.95 (Nivel de confianza del 95%)

p: 0.31 (proporción)

q: 0.69 (proporción)

N: 1563 (Número total de personas mayores de 18 años)

E: 0.06 (Máximo error permisible)

$$N = \frac{1.95^2 \cdot 0.31 \cdot 0.69 \cdot 1563}{1.95^2 \cdot 0.31 \cdot 0.69 + 0.06^2 (1563-1)}$$

$$N = 180$$

Los datos de proporción se extrajeron de los resultados obtenidos en la tesis del 2013 realizada por Apaza en el mismo Programa de Hipertensión Arterial (6). La selección de pacientes fue al azar, se divide la población total entre la muestra y nos da el número 8; por tanto, se elegirá de 8 en 8 a los pacientes de una lista con sus respectivas direcciones de sus domicilios. La proporción de hipertensos de cada

Centro de Salud es de 43% para CAP Metropolitano; 27% de CAP Cono Sur, y finalmente el 30% del CAP Salud de Cono Norte.

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Personas mayores de 18 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Paciente con tratamiento farmacológico.
- Personas participantes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud-Tacna.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Personas que no consiente la participación en el estudio.
- Personas con alguna enfermedad mental o física que le impida responder la entrevista y cuestionario.

4.4 Instrumentos para la obtención de datos

4.4.1 Instrumentos

Se utilizó ficha de recolección de datos sociodemográficos y clínicos; además, 4 cuestionarios validados los cuales describo a continuación:

a. Ficha de recolección de datos sociodemográficos y clínicos

La ficha de recolección de datos proporciona información sobre la edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, convivencia, años de diagnóstico, la presencia de enfermedades concomitantes, medicamento prescrito y la presencia de efectos adversos.

b. Cuestionario de Martín Bayarre Grau (MBG) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial

Este cuestionario nos permite evaluar el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo el cual está constituido por 12

preguntas que constan con cinco ítems con una escala de Likert compuesta por cinco opciones cuyas respuestas y puntaje van desde: nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4) hasta nunca, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17.

Este instrumento fue creado en Cuba en el 2008 y lleva el nombre de sus tres creadores Martín, Bayarre y Grau, es confiable y válido para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Su confiabilidad interna según Alfa de Cronbach es 0,889 para los 12 ítems del cuestionario (40).

c. Cuestionario de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial

El conocimiento sobre la enfermedad consta de 10 preguntas, con respuestas dicotómicas (si/no). A partir del instrumento, los individuos que responden correctamente a todas las preguntas obtienen nota 10 (100%) y aquellos que se equivocan en todas obtienen nota 0 (cero). Este instrumento fue creado en la Univerisdad de São Paulo en el 2012 por Pucci y col, posteriormente es traducido y utilizado por Da Silva (21). El conocimiento fue considerado satisfactorio para aquellos con notas iguales o superiores a siete (70%) e insatisfactorio para los demás.

d. Escala de aceptación de la enfermedad

Comprende ocho declaraciones sobre las dificultades y limitaciones impuestas por la enfermedad, incluyendo la pérdida de la independencia y la disminución de la autoestima. Las respuestas se proporcionan usando una escala de Likert de 5 ítems, con 1 es "totalmente de acuerdo" y 5 significa "totalmente en desacuerdo". La puntuación total, entre 8 y 40 puntos, indica

la aceptación del nivel de enfermedad. Los participantes se clasificarán en el nivel alto cuando la puntuación sea de 30 o más; nivel medio cuando la puntuación sea de 19 a 29; y nivel bajo con menos de 18 puntos. Este instrumento fue creado en 1984 por Felton; posteriormente fue traducido y validado en España por Baptista. La confiabilidad y consistencia interna de la versión española de AIS (alpha 0.79 de Cronbach). Asimismo, este instrumento es utilizado en varias publicaciones donde se evalúa los factores relacionados con la adherencia al tratamiento (20) (26).

e. Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria

Es un cuestionario estructurado compuesta por 11 ítems utilizando para ello una escala de respuesta de 5 puntos: Nada Satisfecho (1), Poco Satisfecho (2), Algo Satisfecho (3), Bastante Satisfecho (4) y Muy Satisfecho (5). La escala tiene 4 dimensiones las cuales son: el personal de salud con 4 ítems, el personal de apoyo con 2 ítems, condiciones físicas con 3 ítems y acceso al servicio con 2 ítems. Este instrumento fue creado y validado por Varela, Rial y García, presenta consistencia interna y fiabilidad global aceptable (con valores de alfa de Cronbach de entre 0.80 y 0.82) (54).

CAPÍTULO V
PROCESO DE RECOJO DE DATOS Y PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS
DE DATOS

En primer lugar, se contactó con un encuestador previamente capacitado para realizar el trabajo de campo. Luego se explicó al encuestador sobre el desarrollo de los cuestionarios, se le facilitó una lista de las direcciones de los pacientes inscritos en el programa.

Se realizó visitas domiciliarias a 180 pacientes elegidos aleatoriamente, se informó a cada sujeto seleccionado para este estudio, el procedimiento a llevar a cabo cómo es la toma del cuestionario. Asimismo, se brindó la información general del porqué de su aplicación, el beneficio del estudio, especificando las normas para responderlas, se aplicó en su domicilio, conservando el anonimato.

En el lapso de 12 semanas se aplicaron dichos cuestionarios en los domicilios de los pacientes seleccionados al azar.

Con la información recabada se creó una base de datos en físico y luego digital con su codificación respectiva. Seguidamente se elaboró tablas de frecuencia y contingencia. Se utilizaron frecuencias relativas y absolutas para variables cualitativas; y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas.

Para la determinación del nivel de asociación se usó la prueba estadística X^2 de homogeneidad e independencia, nivel de confianza del 95%. Se considera una $p \leq 0.05$ para definir la asociación estadística significativa.

Se utilizó los siguientes programas para la realización de dicho estudio: Programa de Microsoft Word, como procesador de texto, programa Microsoft Excel, para capturar la de base de datos, diseño de tablas y gráficos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 en español para Windows.

RESULTADOS

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

TABLA 01
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD –
TACNA, 2017

		n	%
EDAD	< DE 65 años	106	58.9%
	65 a más años	74	41.1%
	Total	180	100.0%
SEXO	Masculino	67	37.2%
	Femenino	113	62.8%
	Total	180	100.0%
GRADO DE INSTRUCCION	Analfabeto	2	1.1%
	Educación primaria	30	16.7%
	Educación secundaria	54	30.0%
	Educación superior	94	52.2%
	Total	180	100.0%
ESTADO CIVIL	Soltero	14	7.8%
	Conviviente	14	7.8%
	Casado	122	67.8%
	Divorciado	8	4.4%
	Viudo	22	12.2%
	Total	180	100.0%
CONVIVENCIA	Vive solo	14	7.8%
	Vive con familia	166	92.2%
	Total	180	100.0%
OCUPACIÓN	Empleado público	66	36.7%
	Empleado privado	26	14.4%
	Desempleado	42	23.3%
	Jubilado	46	25.6%
	Total	180	100.0%

Fuente: Ficha de recolección datos sociodemográficos y clínicos

Podemos observar que el 58.9% de la población en estudio tenía menos de 65 años seguidos de un 41.1% por encima de esa edad. La media de edad es 62.4 ± 10.1 , la edad mínima es 40 y máxima 83 años.

Según sexo, el 62.8% eran mujeres y 37.2% varones. Según grado de instrucción, 52.2% contaba con educación superior, 30% con educación secundaria, 16.7% con educación primaria. Se puede evidenciar un 1.1% en la condición de analfabeto. Según el estado civil, el 67.8% tenía la condición de casado seguido de un 12.2% la de viudo. Según el estado de convivencia el 92.2% vive con algún familiar y el 7.8% en la condición de estar solo. Según ocupación, el 36.7% tenía la condición de empleado público seguido de un 25.6% en la condición de jubilado. El 23.3% se encontraba desempleado.

TABLA 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE HTA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD –TACNA, 2017

		n	%
AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	hasta 5 años	n	128
		%	71.1%
	6 a 10 años	n	40
		%	22.2%
	más de 10 años	n	12
		%	6.7%
	Total	n	180
		%	100.0%
Media			4.6

Fuente: Ficha de recolección datos sociodemográficos y clínicos

Se observa en la tabla 2 que el 71.1% tenía hasta 5 años en tratamiento desde que se le diagnosticó la hipertensión. El 22.2% tenía entre 6 a 10 años y el 6.7% más de 10 años. El promedio de años fue de 4.6.

TABLA 03
NIVEL DE ADHERENCIA SEGÚN EL TEST DE MARTÍN BAYARRE GRAU
EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD –TACNA, 2017

		n	%
NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	No adheridos	12	6.7%
	Adheridos parciales	132	73.3%
	Adheridos Totales	36	20.0%
	Total	180	100.0%

Fuente: Test de Martín Bayarre Grau

En la tabla 03 se observa los resultados de la aplicación del test de Martín Bayarre Grau. Aplicado el test encontramos que el 73.3% de los pacientes tienen la condición de adheridos parciales seguido de un 20% de adheridos totales. Existe un 6.7% de no adheridos.

TABLA 04

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN FACTORES RELACIONADOS
CON EL PACIENTE DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE
LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD –TACNA, 2017**

FACTORES RELACIONADAS CON EL PACIENTE			n	%
	NIVEL DE CONOCIMIENTO	Insatisfactorio	54	30.0%
		Satisfactorio	126	70.0%
		Total	180	100.0%
	ACEPTACIÓN DE ENFERMEDADES	Nivel Bajo	46	25.6%
		Nivel Medio	112	62.2%
		Nivel Alto	22	12.2%
Total		180	100.0%	

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre hipertensión arterial según Da Silva
Escala de aceptación de enfermedades según Felton

En la tabla 4 se observa que el 70%, una vez aplicado el test de conocimiento, se encuentra en un nivel satisfactorio, seguido de un 30% en un nivel insatisfactorio.

El 62.2% de los pacientes presentan nivel medio de aceptación de su enfermedad seguido de un 25.6% con un nivel bajo. Sólo el 12.2% presentó un nivel alto de aceptación.

TABLA 05

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN SATISFACCIÓN CON EL
SERVICIO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA RED ASISTENCIAL
DE ESSALUD –TACNA, 2017**

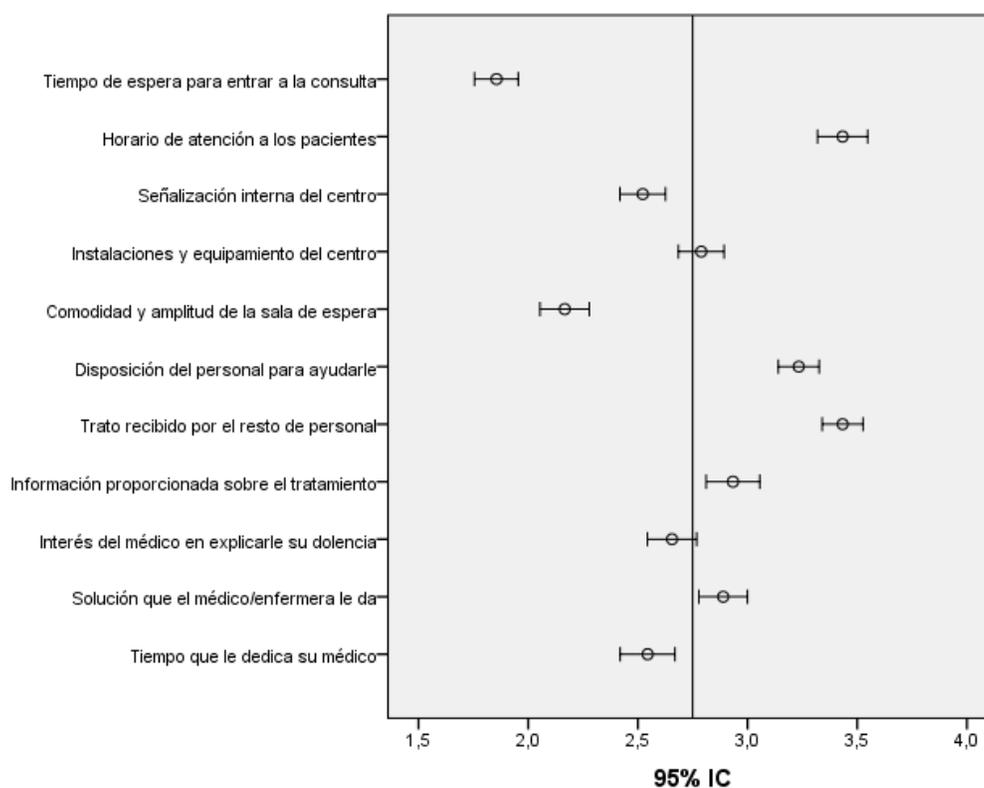
		n	%
Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria	Satisfacción Baja	64	35.6%
	Satisfacción Media	66	36.7%
	Satisfacción Alta	50	27.8%
	Total	180	100.0%

Fuente: Escala de satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria según Varela.

En la tabla 05 podemos observar que el 36.7% de la población en estudio manifiesta una satisfacción media y el 35.6% una satisfacción baja. Sólo el 27.8% manifiesta una alta satisfacción con el servicio de atención primaria.

FIGURA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN ESCALA LIKERT EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA RED DE



SALUD ESSALUD TACNA, 2017

Fuente: Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria según Varela

Se observa en la figura 1 que la mayoría de pacientes refieren poca satisfacción en: tiempo de espera para entrar a la consulta, comodidad y amplitud de la sala de espera, tiempo que le dedica el médico, señalización interna del centro, interés del médico en explicarle su dolencia.

1.2. CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES

TABLA 06
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICOS EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD
-TACNA, 2017

		TEST DE MARTIN BAYARRE GRAU								p
		No adheridos		Adheridos parciales		Adheridos Totales		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
EDAD	< DE 65 AÑOS	0	0.0%	78	73.6%	28	26.4%	106	100.0%	0,00
	65 A MAS AÑOS	12	16.2%	54	73.0%	8	10.8%	74	100.0%	
	Total	12	6.7%	132	73.3%	36	20.0%	180	100.0%	
SEXO	Masculino	4	6.0%	49	73.1%	14	20.9%	67	100.0%	0,94
	Femenino	8	7.1%	83	73.5%	22	19.5%	113	100.0%	
	Total	12	6.7%	132	73.3%	36	20.0%	180	100.0%	
GRADO DE INSTRUCCION	Analfabeto	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0,00
	Educación primaria	4	13.3%	22	73.3%	4	13.3%	30	100.0%	
	Educación secundaria	2	3.7%	40	74.1%	12	22.2%	54	100.0%	
	Educación superior	4	4.3%	70	74.5%	20	21.3%	94	100.0%	
	Total	12	6.7%	132	73.3%	36	20.0%	180	100.0%	
ESTADO CIVIL	Soltero	0	0.0%	12	85.7%	2	14.3%	14	100.0%	0,00
	Conviviente	0	0.0%	12	85.7%	2	14.3%	14	100.0%	
	Casado	4	3.3%	88	72.1%	30	24.6%	122	100.0%	
	Divorciado	0	0.0%	8	100.0%	0	0.0%	8	100.0%	
	Viudo	8	36.4%	12	54.5%	2	9.1%	22	100.0%	
	Total	12	6.7%	132	73.3%	36	20.0%	180	100.0%	
CONVIVENCIA	Vive solo	0	0.0%	12	85.7%	2	14.3%	14	100.0%	0,45
	Vive con familia	12	7.2%	120	72.3%	34	20.5%	166	100.0%	
	Total	12	6.7%	132	73.3%	36	20.0%	180	100.0%	
OCUPACIÓN	Empleado público	0	0.0%	50	75.8%	16	24.2%	66	100.0%	0,002
	Empleado privado	2	7.7%	16	61.5%	8	30.8%	26	100.0%	
	Desempleado	2	4.8%	30	71.4%	10	23.8%	42	100.0%	
	Jubilado	8	17.4%	36	78.3%	2	4.3%	46	100.0%	
	Total	12	6.7%	132	73.3%	36	20.0%	180	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Las características sociodemográficas principalmente asociadas a la adherencia son la edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación ($p < 0.05$).

Según la edad, a mayor edad menor adherencia y esta relación es estadísticamente significativa.

Según grado de instrucción, a menor grado de instrucción menor adherencia. Según el estado civil, el 36.4% de los viudos son considerados como no adheridos. Según la ocupación, aquellos con mayor proporción de no adherencia son los jubilados, con un 17.4% seguido de los empleados privados con un 7.7%. Esta diferencia es estadísticamente significativa respecto al grupo de empleados públicos o desempleados.

TABLA 07

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE HTA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD –TACNA, 2017

		TEST DE MARTIN BAYARRE GRAU								p
		No adheridos		Adheridos parciales		Adheridos Totales		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
AÑOS DE DIAGNÓSTICO	hasta 5 años	0	0.0%	94	73.4%	34	26.6%	128	100.0%	0,00
	6 a 10 años	8	20.0%	30	75.0%	2	5.0%	40	100.0%	
	más de 10 años	4	33.3%	8	66.7%	0	0.0%	12	100.0%	
	Total	12	6.7%	132	73.3%	36	20.0%	180	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Según años de diagnóstico, aquellos con más de 10 años (33.3%) presentan menor adhesión que aquellos entre 6 a 10 años (20%) o respecto al grupo con menos de 5 años, donde el total de ellos era adheridos parciales o adheridos totales.

Podemos afirmar que a mayor tiempo de enfermedad tratada las probabilidades de adherencia se van perdiendo. Condición que debería ser investigada.

TABLA 08

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN FACTORES RELACIONADOS
CON EL PACIENTE DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE
LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD –TACNA, 2017**

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			TEST DE MARTIN BAYARRE GRAU						p
			No adheridos		Adheridos parciales		Adheridos Totales		
			n	%	n	%	n	%	
Nivel de conocimiento	Insatisfactorio		6	50%	36	27.3%	12	33.3%	0.229
	Satisfactorio		6	50%	96	72.7%	24	66.7%	
	Total		12	100%	132	100%	36	100%	
Aceptación de enfermedades	Nivel Bajo		8	66.7%	36	27.3%	2	5.6%	0.00
	Nivel Medio		4	33.3%	86	65.2%	22	61.1%	
	Nivel Alto		0	0.0%	10	7.6%	12	33.3%	
	Total		12	100.0%	132	100.0%	36	100.0%	

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre hipertensión arterial según Da Silva
Escala de aceptación de enfermedades según Felton

En la tabla 08 se contrasta el nivel de conocimiento según la adherencia al tratamiento. Podemos observar que no existe una asociación entre el nivel de conocimiento y la condición de adherido o no adherido. (p:0.229)

Se observa que un 50% de pacientes con un nivel de conocimiento insatisfactorio son no adheridos, también existe un 33.3% con nivel de

conocimiento insatisfactorio que tiene la condición de adheridos totales. No podemos afirmar que el nivel de conocimiento influye en el nivel de adherencia.

En la misma tabla se observa que existe una relación estadísticamente significativa ($p:0.000$) entre el nivel de aceptación y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. El 66.7% de pacientes con nivel bajo de aceptación son no adheridos, también un 65.2% de pacientes con nivel medio de aceptación predomina en adheridos parciales. El 33.3% de pacientes con nivel alto de aceptación son adheridos totales con respecto al 5.6% de personas con nivel bajo de aceptación. Podemos afirmar que a mayor nivel de aceptación de la enfermedad mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo.

TABLA 09

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE SATISFACCIÓN
CON EL SERVICIOS SANTARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN
PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD –TACNA, 2017**

		TEST DE MARTIN BAYARRE GRAU						p
		No adheridos		Adheridos parciales		Adheridos Totales		
		n	%	n	%	n	%	
Satisfacción con los servicios sanitarios de Atención Primaria	Satisfacción Baja	12	100.0%	52	39.4%	0	0.0%	0.00
	Satisfacción Media	0	0.0%	54	40.9%	12	33.3%	
	Satisfacción Alta	0	0.0%	26	19.7%	24	66.7%	
	Total	12	100.0%	132	100.0%	36	100.0%	

Fuente: Escala de satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria según Varela

El nivel de satisfacción con la atención de los servicios se asocia significativamente con el tipo de adherencia al tratamiento $p:0.00$. La tabla muestra que el total de pacientes no adheridos se encontraban con satisfacción baja. Asimismo, el 40.9% de adheridos parciales presentaban satisfacción media y el 66.7% de adheridos totales tenían satisfacción alta. Podemos afirmar que a mayor satisfacción con el servicio de atención primaria mayor nivel de adherencia.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como muestra 180 personas quienes estuvieron sometidos a 4 cuestionarios validados. Se ha indagado sobre características sociodemográficas y clínicas, así como también varios condicionantes que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En relación a las características sociodemográficas de la población estudiada resalta que la mayoría fueron mujeres (62.8%); de igual manera, Apaza reportó un ligero predominio del sexo femenino sobre el masculino. El 58.9% son menores de 65 años; resultados similares de frecuencia lo obtuvo Piñaloza (18). En su mayoría contaban con educación superior (52.2%), son casados (67.8%), ligero predominio de empleado público seguido de jubilados.

La adherencia es una variable modificable y medida de diferentes formas, en este trabajo se usó el test de Matín-Bayarre-Grau; luego de su aplicación se encontró que el 73.3% de los pacientes tienen la condición de adheridos parciales, 6.7% fueron no adheridos, solo el 20% adheridos totales. En Ecuador se realizó varios trabajos de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los cuales reportan resultados similares; Chiluzza y Cañar encontraron que el mayor porcentaje de pacientes fueron adherentes parciales, 48.2% y 91.3% respectivamente (16,17). De igual manera, Khanam et al, en un estudio de Bangladesh, encontró que hasta el 73.8% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo resultados similares a este trabajo (43). Existen otros estudios que difieren con nuestros resultados; Apaza reportó que el 31.3% fue adherente al tratamiento mientras que el 68.7% fue no adherente (6); Piñaloza halló que el 58% eran no adherentes (18), la diferencia de los resultados probablemente se explicaría porque estos estudios utilizaron otro instrumento que dividen en dos grupos.

Medir la adherencia es difícil, ningún método sea directo o indirecto está exento de limitaciones.

Los factores sociodemográficos son características propias de cada población y han sido estudiadas ampliamente pero su importancia varía acorde a la población, por ello es importante saber nuestra realidad. En el presente trabajo se encontró que, según la edad, a mayor edad menor adherencia y esta relación es estadísticamente significativa. En España se ha realizado una revisión de múltiples trabajos sobre el cumplimiento terapéutico en el adulto mayor con enfermedades crónicas, refieren que en el anciano tienen dificultades porque sufre de depresión, deterioro cognitivo y deterioro funcional, por lo cual es menos adherente al tratamiento (37). Por el contrario, en un estudio realizado por Montoya (2015) evidenció que las personas de menor edad, se presentaban como no adherentes, mientras que las que tienen más edad, se adherían mejor al tratamiento (24). También, Piñaloza encontró que los pacientes mayores de 60 años, el 53% tenía alto nivel de adherencia (18). Cañar no encontró relación significativa con la edad.

Otro factor sociodemográfico es el sexo, Chiliza encontró que el sexo femenino presentó porcentajes mayores en adherencia parcial y total (16). Piñaloza encontró que el 71% de las mujeres presentaban nivel alto de adherencia (18). Por el contrario, al medir la fuerza de asociación evidenció que las mujeres eran 1.5 veces menos adherentes que los hombres (32.4 vs 40.8%) (20). El sexo no presenta variación significativa con los niveles de adherencia al tratamiento en nuestro trabajo.

Según el grado de instrucción se encontró una relación significativa con el nivel de adherencia al tratamiento, los pacientes con menor grado de instrucción tenían menor adherencia. Los pacientes analfabetos presentaron baja

adherencia al tratamiento en el trabajo de Piñaloza (18); también Chiuiza demostró que los pacientes con menor grado de instrucción presentaban mayor riesgo de ser adherentes parciales y no adherentes (16). Un criterio para denominar a un país en vías de desarrollo es la tasa de analfabetos, por ello Perú está dentro de este grupo; pero Tacna es un departamento que ha mejorado en este aspecto por ello en este estudio hubo mayor porcentaje de pacientes con educación superior y secundaria lo cual es un factor protector. Las personas con menor grado de instrucción presentan dificultades: entender las prescripciones médicas y no acoger los consejos proporcionados por el profesional de salud.

Por otro lado, según el estado civil, 36.4% de los viudos son considerados como no adheridos, Por el contrario, en otro estudio realizado en Lima reportó que el estado civil viudo era más adherente en comparación de los otros estados civiles ($p < 0.05$) (55). Mientras que otras investigaciones en Latinoamérica no hallaron ninguna relación (16,17,18). No se puede concluir en alguna explicación, probablemente sea resultado producto del azar.

Con respecto a la convivencia se evidenció en este trabajo mayor proporción, hasta el 92.2% vive con algún familiar y el 7.8% en la condición de estar solo, pero no hubo relación estadísticamente significativa. Cañar (2016), reporta que el 24.6 % tenía supervisión familiar en la toma del medicamento y tuvieron adherencia parcial y total $p = 0.048$ (17). En México, Alba et al observaron que el apoyo familiar en el cumplimiento de la dieta y le ayude a entender las indicaciones médicas de cómo y cuándo debe de tomarse cada uno de los medicamentos está relacionado con la adherencia a la terapéutica $\chi^2 = 14.48$ $p = 0.006$. Es importante la participación activa del entorno familiar ya que esto mejora el aspecto emocional del individuo frente a la enfermedad (44).

Otro factor relacionado con la adherencia al tratamiento es la ocupación. La mayor proporción de no adheridos al tratamiento antihipertensivo fueron los jubilados, resultado estadísticamente significativo. En el informe de los factores asociados descritos por la OMS refiere que el paciente sin carga laboral se relaciona con menor cumplimiento al tratamiento (1). Sin embargo, otro estudio difiere con lo encontrado, el 21.4 % de pacientes laboralmente activos con niveles bajos de adherencia, los pacientes laboralmente inactivos predominaron con adherencia alta y media en el estudio realizado en Ecuador por Piñaloza (18). Asimismo, Cañar evidenció que más del 50% de pacientes con adherencia parcial tenían carga laboral (17). Es importante mencionar que todos los pacientes jubilados son adultos mayores, es decir, es un grupo envejecido.

Dentro de las características clínicas resalta los años de diagnóstico, el incumplimiento al régimen terapéutico fue mayor en pacientes que tenían el diagnóstico hace más de 10 años (33.3%), tiene una relación significativa ($p=0.001$). En contraste, un estudio de Polonia correlacionó la duración de la enfermedad superior a 10 años con mayores puntuaciones de adherencia (20). Pero es importante recalcar que estas cifras encontradas en nuestro estudio son realmente alarmantes ya que es bien sabido que con el transcurrir el tiempo aumenta el riesgo de padecer de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. En Finlandia, Herttua, reporta que en los pacientes con mala adherencia tuvieron 7.99 veces más probabilidad muerte por accidente cerebrovascular (54).

El nivel de conocimiento se ha descrito con un factor importante en la adherencia al tratamiento, sobre todo en las enfermedades crónicas. Luego de

aplicar un cuestionario validado se encontró que el 70% presentaba nivel satisfactorio y 30% nivel insatisfactorio; sin embargo, la relación no fue estadísticamente significativa ($p= 0,229$). Viera et al, donde el 78% de los participantes tuvo un buen nivel de conocimiento de la hipertensión (56). Asimismo, en Camerún, se evidenció que el 74.2% de los pacientes con adecuado conocimiento cumplieron con las indicaciones prescritas con $p<0.001$ (20). También, Piñaloza evidenció pacientes hipertensos con nivel alto de conocimiento de la enfermedad tienen niveles altos de adherencia 42.8%(18).

Sin embargo, en este estudio muestra pacientes altamente informados, pero poco motivados por lo cual se puede inferir que el conocimiento por sí solo no nos asegura el cambio de comportamiento. Por ejemplo, Orellana y colaboradores evidenciaron que el 85.4% de los encuestados cree no ser responsable del cuidado de su salud; este hallazgo indica la importancia de la motivación en el paciente para lograr altos índices de adherencia al tratamiento (19). La OMS informa que se están desarrollando modelos información-motivación y comportamiento para mejorar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas (1). Por ello, se debe de tomar énfasis en la instrucción y preparación del personal de salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces.

La aceptación es un factor que juega un papel importante en la adherencia al tratamiento, pero poco estudiada. En este trabajo solo el 12.2% manifestó un alto nivel de aceptación de la enfermedad; la asociación es altamente significativa. Los pacientes adherentes parciales y no adherentes presentaron mayores porcentajes de nivel bajo y medio de aceptación. Datos similares fueron encontrados en Polonia, donde la persona que manifestó alta aceptación tenía 1.5 veces más posibilidad de adherencia que el grupo de

aceptación baja a moderada (OR = 1.58, IC 95% 1.14–2.19) (20). Los estudios publicados demuestran que la percepción de la enfermedad y la actitud hacia el tratamiento desempeñan un papel importante en el cumplimiento de las instrucciones terapéuticas (1). Los niveles más altos de aceptación de la enfermedad se correlacionan con una reducción de las reacciones negativas a la enfermedad, lo que aumenta la participación activa del paciente en el tratamiento.

El nivel de satisfacción con la atención de los servicios se asocia significativamente con el tipo de adherencia al tratamiento $p:0.00$; los pacientes con satisfacción alta y media presentaban mayor adherencia respecto a los pacientes con satisfacción baja. Similar valor encontró Orellana et al, en su estudio realizado en Ecuador en dos hospitales, encontró que aquellos pacientes que recibieron información y motivación por parte del personal sanitario fueron 2.42 veces más adherentes (IC-95%: 2.42-1.84; $P<0.05$) (19). De la misma manera, Chiluiza evidenció que el 86.6% de los pacientes no adherentes se muestran insatisfechos con la atención brindada, especificando en dos aspectos en la programación de la cita y las indicaciones poco claras (16). Este es un factor importante ya que es modificable y depende más de los trabajadores de salud, infraestructura y el acceso.

CONCLUSIONES

1. De los 180 pacientes estudiados, tenía menos de 65 años (58.9%), eran mujeres (62.8%), contaban con educación superior (52.2%), eran casados (67.8%), viven con su familia (92.2%), son empleados públicos (36.7%); y tenían menos de 5 años de diagnóstico (71.1%).
2. El nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo predominante fue la adherencia parcial con 73.3% en la población estudiada. Solo el 20% tuvo adherencia total.
3. La no adherencia y la adherencia parcial se asocia significativamente con la edad menor de 65 años, menor grado de instrucción, estado civil viudo, más de 10 años de diagnóstico, aceptación baja y media de la enfermedad, la satisfacción baja y media con el servicio de atención primaria ($p < 0.05$).

RECOMENDACIONES

1. Difundir el presente trabajo al Programa de hipertensión arterial de la red asistencial Tacna para que sirva de ayuda a nuevas investigaciones sobre adherencia al tratamiento y diseñar estrategias para mejorarlas.
2. Elaborar una base de datos de factores sociodemográficos y clínicos para facilitar el seguimiento de los pacientes en el programa de hipertensión arterial.
3. Mejorar la adherencia terapéutica mediante participación multidisciplinaria fortaleciendo la comunicación con los pacientes y permitiendo su control oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de Salud. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. [documento en internet]; 2013. Disponible en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1
2. Ruiz E. Simposio: Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Diagnóstico [Internet]. 2015 [citado el 10 de abril de 2017]. Disponible en:<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/wp-content/uploads/2016/08/Simposio-Epidemiolog%C3%ADa-de-la-Hipertensi%C3%B3n-Arterial-en-el-Per%C3%BA-Dr.-Enrique-Ruiz-Mori.pdf>
3. Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Análisis situacional de Salud. Tacna: MINSA; 2014 [citado el 10 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_tacna.pdf
4. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico. Tacna: MINSA; 2016. [Internet]. [citado el 10 de abril de 2017]. Disponible en:www.tacna.minsa.gob.pe/portal/wp-content/uploads/2015/04/Boletin_Estadistico_2016.pdf
5. Romero T. Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despega, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial? *Rev Chil Cardiol.* diciembre de 2014; 33(3):210–4.
6. Apaza G. Adherencia al Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en los Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de Essalud-Red Tacna Febrero 2013 [Internet]. 2013 [citado el 16 de abril de 2017]. Disponible en: <http://200.37.105.196:8080/handle/unjbg/223>
7. Hameed M, Tebbit L, Jacques N, Thomas M, Dasgupta I. Non-adherence to antihypertensive medication is very common among resistant hypertensives: results of a directly observed therapy clinic. *J Hum Hypertens.* febrero de 2016;30 (2):83–9 [citado el 16 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.nature.com.secure.sci-hub.bz/jhh/journal/v30/n2/full/jhh201538a.html>
8. Sabaté E, World Health Organization, editores. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198. [citado el 16 de abril de 2017]. Disponible en:<http://www.nature.com.secure.sci-hub.bz/jhh/journal/v30/n2/full/jhh201538a.html>
9. Nielsen J, Shrestha AD, Neupane D, Kallestrup P. Non-adherence to anti-hypertensive medication in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of 92443 subjects. *J Hum Hypertens.* enero de 2017;31(1):14–21. Disponible en:www.nature.com.secure.sci-hub.bz/jhh/journal/v31/n1/full/jhh201631a.html
10. Buendía J. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso respecto a la medicación antihipertensiva. *Biomédica*

[Internet]. el 14 de junio de 2012 [citado el 17 de abril de 2017]; 32(4). Disponible en: www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/421

11. Pereira da Silva A, Silva F, Almeida C, Rodrigues A, Fortes M. Factors associated with non-adherence to treatment of hypertension: an integrative review. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online*. el 7 de enero de 2016;8(1):4047–55. [citado el 17 de abril de 2017] Disponible en: www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5019/pdf_1833
12. Torre L, Lilia M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado el 13 de marzo de 2017]; Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5273
13. DeCS Server. Hipertensión [Internet]. Descriptor en Ciencias de la Salud. [citado el 17 de mayo de 2017]. Disponible en: decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&previous_page=homepage&task=exact_term&interface_language=e&search_language=e&search_exp=Hipertensi%F3n
14. DeCS Server. Cumplimiento de la medicación [Internet]. Descriptor en Ciencias de la Salud. [citado el 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/>
15. DeCS Server. Antihipertensivo [Internet]. Descriptor en Ciencias de la Salud. [citado el 17 de mayo de 2017]. Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&previous_page=homepage&task=exact_term&interface_language=e&search_language=e&search_exp=Antihipertensivos
16. Chiluiza M. Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, parroquia San Andrés [trabajo de obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Ambato: Universidad técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud; 2016 [Internet]. [citado el 18 de abril de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24245/1/Chiluiza%20ORam%C3%ADrez%20Mayra%20Alexandra.pdf>
17. Cañar M. Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, sector ER05, San Marcos, 2016. [trabajo de obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Ambato: Universidad técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud; 2016 [Internet]. [citado el 16 de abril de 2017]. Disponible en: repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24105/1/Ca%c3%b1ar%20Jim%c3%a9nez%20Miryan%20Janeth.pdf

18. Piñaloza S. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato. [trabajo de obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Ambato: Universidad técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud; el 9 de diciembre de 2014 [citado el 25 de abril de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/8378>
19. Orellana Cobos DF, Chacón Abril KL, Quizhpi Lazo JM, Álvarez Serrano ME. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga*. el 30 de noviembre de 2016; 8(3):252–8.
20. Jankowska-Polańska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Prefer Adherence*. Marzo de 2017; Volumen 11:363–71. [citado el 25 de abril de 2017]; Disponible en: <https://www.dovepress.com/selected-factors-affecting-adherence-in-the-pharmacological-treatment--peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
21. Da Silva M, Oliveira A, Silva S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Rev Lat Am Enfermagem*. junio de 2014; 22(3):491–8. [citado el 25 de abril de 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292628/>
22. Akoko B, Fon P, Ngu R, Ngu K. Knowledge of Hypertension and Compliance with Therapy Among Hypertensive Patients in the Bamenda Health District of Cameroon: A Cross-sectional Study. *Cardiol Ther*. el 29 de diciembre de 2016; 1–15. [citado el 25 de abril de 2017]; Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40119-016-0079-x>
23. Zegarra R. Adherencia a agentes antihipertensivos en pacientes hemodializados: frecuencia y factores relacionados en dos hospitales. [Trabajo de obtención del título profesional de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Medicina Humana. 2015. [citado el 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3190/70.1960.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Montoya L. Factores asociados al paciente y adherencia al tratamiento con enalapril. Policlínico el porvenir Essalud marzo-agosto 2013. [Tesis para obtención de maestría en Salud Pública]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 2015. [citado el 8 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/handle/UNITRU/2653>

25. James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. el 5 de febrero de 2014; 311(5):507. [citado el 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/200/181>
26. Baptista G, Veiga B, Galvão A. Evaluación de la aceptación de las enfermedades crónicas: una necesidad. IPB.2013. Salamanca.
27. Alcázar J, Oliveras A, Martínez L, Jiménez S, Segura J. Definición y clasificación. Rev. Nefro [Internet]. 2016 [citado el 26 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>
28. Kotchen T. Vasculopatía hipertensiva. En: Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 2042-2059.
29. Hilal-Dandan R. Renina y angiotensina. En: Brunton L, Chabner B, Knollman B, et al. Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica. Vol 1. 12ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p 721- 743.
30. Thomas M, Hoffman B. Tratamiento de la isquemia del miocardio y de la hipertensión. En: Brunton L, Chabner B, Knollman B, et al. Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica. Vol 1. 12ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p.745- 788.
31. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. 2015: p1-25.
32. Organización Panamericana de la Salud. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre: Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. [documento en internet]; 2010. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf
33. Royo-Bordonada M, Armario P, Bejarano J, Pedro-Botet J, Alvarez F, Elosua R, et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 2016 [citado el 18 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183716300617>
34. Mayo Clinic staff. DASH diet: Healthy eating to lower your blood pressure [Internet]. Mayo Clinic. [citado el 27 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://mayoclinic.org>
35. Forster M, Veerman J, Barendregt J, Vos T. Cost-effectiveness of diet and exercise interventions to reduce overweight and obesity. Int J Obes.

- 2011;35(8):1071–1078. [citado el 27 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.nature.com/ijo/journal/v35/n8/full/ijo_2010246a.html
36. Castilla L, Fernández M, Aguilera A, Solanella J. Importancia de la hipertrofia ventricular izquierda hipertensiva en pacientes con eventos isquémicos coronarios o cerebrales. *Hipertens Riesgo Vasc.* abril de 2016;33(2):58–62. [citado el 27 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1889183715000859?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1889183715000859%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.google.com.pe%2F>
37. Palop V, Matínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2004;28:113–20. [citado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf
38. Nogués X, Sorli M, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna.* Marzo de 2007;24(3):138–41.
39. Chamorro M, García E, Amariles P, Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2008;40(8):413–417.[citado el 5 de mayo del 2107] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
40. Martín L, Bayarre H, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública* v.34 n.12008
41. Mur Borrachero L. Programa para la disminución del incumplimiento terapéutico en las personas mayores de 65 años [Internet] [B.S. tesis]. 2013 [citado el 5 de junio de 2017]. Disponible en: <http://repositori.udl.cat/handle/10459.1/46978>
42. Zubeldia L, Quiles J, Manes J, Redón J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado el 24 de abril de 2017];90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100406&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Khanam M, Lindeboom W, Koehlmoos T, Alam D, Niessen L, Milton A. Hypertension: adherence to treatment in rural Bangladesh – findings from a population-based study. *Glob Health Action.* diciembre de 2014;7(1):25028. [citado el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212079/>
44. Alba-Leonel A, Fajardo Ortiz G, Papaqui Hernández J. El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial. *Rev Enferm*

Neurol. 2015;11–17. [citado el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.revenferneuroenlinea.org.mx/documento.php?Descarga=98>

45. Pinto P. Efecto de una intervención educativa en el conocimiento, sobre autocuidado para prevenir la hipertensión arterial, en padres de familia de Institución Educativa. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2016 [citado el 13 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/765>
46. Álvarez E. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, Lima, 2014. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en enfermería]. Lima: Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado el 13 de marzo de 2017]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%c3%81lvarez_re.pdf
47. Anchiraico D. Nivel de conocimiento sobre autocuidados en Pacientes hipertensos que acuden al cap II De Villa Rica - Essalud Oxapampa – Pasco [Internet]. 2015 [citado el 13 de marzo de 2017]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4944/1/Daria_Anchiraico_Ildefonso_2015.pdf
48. Benítez M, Cabello E, Isabel M, Dalfó A, Bajo J, Vara L, et al. Estudio Conocimiento: grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2104:12–20.
49. Vancini-Campanharo C, Oliveira G, Andrade T, Okuno M, Lopes M, Batista R, et al. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. *Rev Lat Am Enfermagem.* diciembre de 2015;23(6):1149–56.
50. Queiroz A, Velludo E. Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. *Einstein Sao Paulo.* 2013;11(3):331–337.
51. Wachholz P, Masuda P, Ferrari A, Villas P. Factors related to blood pressure control in a prospective cohort of hypertensive outpatients. *Acta Sci Health Sci.* el 8 de junio de 2016;38(1):57. [citado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3072/307245984008/>
52. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2013 [citado el 28 de mayo de 2017];66(10). Disponible en: <http://hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/Guia-HTA-2.pdf>
53. Magalhães T, Leite de Araujo T. Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud. Univ Fed Ceará – UFC Bras [Internet]. [citado el 28 de mayo de 2017];

Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/rev57/artic04.htm>

54. Varela J, Rial A, García E. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención. *Psicothema*. Abril de 2003;15(4):656–661.
55. Carhuallanqui R., Diestra G., Tang J. y Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered [Internet]*. 2010 Oct [citado 2019 Feb 28] ; 21(4): 197-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005&lng=es.
56. Viera A., Cohen L., Mitchell C., Sloane P. High blood pressure knowledge among primary care patients with known hypertension: a North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) study. *J Am Board Family Med*. 2008;21(4):300–8
57. Castaño J., Echevarri C., Giraldo J., Maldonado A., Melo J. et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia)2011. *Rev.Fac. Med*. 2012:179-197.
58. Herttua K., Tabák A., Martikainen P., Vahtera J., Kivimäki M. Adherence to antihypertensive therapy prior to the first presentation of stroke in hypertensive adults: population-based study. *European Heart Journal*. October 2013; 34(38):2933–2939.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación sin riesgo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregunte a la persona encargada del estudio.

INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio de investigación tiene como objetivo identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, con el fin de desarrollar y diseñar estrategias de salud que mejorarán y fortalecerán su adherencia. Con ello usted será beneficiado, ya que le ayudarán a cumplir su tratamiento y evitar futuras complicaciones que comprometan su salud.

Al participar en el estudio, usted tendrá la oportunidad de brindar información para poder identificar sus factores que influyen en su cumplimiento con el tratamiento antihipertensivo. Por otro lado, este estudio está clasificado como sin riesgos ya que no se conocen de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en este estudio. La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria.

CONSENTIMIENTO

Yo _____ con DNI _____
y como paciente acepto participar en la investigación de manera voluntaria teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre las acciones que se realizarán, los objetivos, así como los riesgos y beneficio que representara en un futuro para los pacientes que padezcan la misma enfermedad.

Firma Participante

Fecha

ANEXO 2

FICHA DE REOLLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración para estudiar su cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

Edad: _____

Años de diagnóstico de Hipertensión Arterial: _____

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO	
1. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
2. Grado de instrucción	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Educación primaria <input type="checkbox"/> Educación Secundaria <input type="checkbox"/> Educación superior
3. Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
4. Convivencia	<input type="checkbox"/> Vive Solo <input type="checkbox"/> Vive con familia
5. Ocupación	<input type="checkbox"/> Empleado público <input type="checkbox"/> Empleado privada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Preguntas	Si	No
1. ¿La presión alta es una enfermedad para toda la vida?		
2. ¿Quién tiene presión alta, en la mayoría de las veces, no siente nada diferente?		
3. ¿La presión es alta cuando es \geq que 140/90?		
4. ¿La presión alta puede traer problemas para el corazón, cerebro y riñones?		
5. ¿El tratamiento para presión alta es para toda la vida?		
6. ¿La presión alta también puede ser tratada sin remedios?		
7. ¿Los ejercicios físicos regulares ayudan a controlar la presión alta?		
8. ¿Para quién es obeso, perder peso ayuda a controlar la presión alta?		
9. ¿Disminuir la sal en la comida ayuda a controlar la presión alta?		
10. ¿Disminuir el nervosismo ayuda a controlar la presión alta?		

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE MARTÍN- BAYARRE- GRAU

Afirmaciones	Siempre (4)	Casi Siempre (3)	A Veces (2)	Casi Nunca (1)	Nunca (0)
1.Toma los medicamentos en el horario establecido					
2.Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, decide de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, como cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

ANEXO 5

ESCALA DE ACEPTACIÓN DE ENFERMEDADES

Escala de Aceptación de Enfermedades	Totalmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en desacuerdo (5)
1. Para mí, aceptar las limitaciones de mi enfermedad es difícil					
2. Debido a mi salud no puedo hacer cosas que me gustaría hacer					
3. A veces mi enfermedad me hace sentir inútil					
4. Los problemas de salud me hacen más dependiente de los demás de lo que me gustaría					
5. Mi enfermedad me hace sentir como una carga para mi familia y amigos					
6. Mi enfermedad me hace sentir inútil					
7. Nunca seré autosuficiente a tal nivel para sentirme feliz					
8. A menudo pienso que la gente se siente incómoda de estar conmigo debido a mi enfermedad.					

ANEXO 6

Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria

Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria	Nada Satisfecho (1)	Poco Satisfecho (2)	Algo Satisfecho (3)	Bastante Satisfecho (4)	Muy Satisfecho (5)
1. Tiempo que le dedica su médico					
2. Solución que el médico/enfermera le da					
3. Interés del médico en explicarle su dolencia					
4. Información proporcionada sobre el tratamiento					
5. Trato recibido por el resto de personal					
6. Disposición del personal para ayudarle					
7. Comodidad y amplitud de la sala de espera					
8. Instalaciones y equipamiento del centro					
9. Señalización interna del centro					
10. Horario de atención a los pacientes					
11. Tiempo de espera para entrar a la consulta					