

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE- AREQUIPA - 2022

Tesis presentada por los

Bachilleres:

Apaza Vilca Claudia Alejandra

Martinez Quispe Ursula Rosario

Para optar el Título Profesional

de: **Médico Cirujano**

Asesor:

Dr. Montanez Carazas Edgar

Custodio Gaspar

Arequipa-Perú
2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 11 de Mayo del 2022

Dictamen: 006667-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006667, presentado por:

2015202392 - MARTINEZ QUISPE URSULA ROSARIO

2015203682 - APAZA VILCA CLAUDIA ALEJANDRA

Titulado:

**FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE
CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

1575 - MIRANDA PINTO ALEJANDRO RUTHBALDO

DICTAMINADOR



1675 - SALAZAR HUAJARDO ROBERTO

DICTAMINADOR



2630 - LOPEZ TICONA ALDO GERARDO

DICTAMINADOR



Dedicatorias


En primer lugar se lo dedico a Dios por nunca abandonarme y darme fuerza para seguir adelante, a mi madre que siempre estuvo presente en los momentos difíciles y alegres para motivarme siendo mi mayor soporte, a mi padre por el apoyo incondicional que siempre me brindó, a mi abuelita por su preocupación y enseñarme a no rendirme, a mi hermano por estar siempre conmigo y mi tía que en cada paso que doy se alegra sinceramente y me apoya.

Ursula Martinez Quispe

Con mucha alegría esto es dedicado con cariño a mi madre por haberme brindado su máximo apoyo posible de manera incondicional en todos los momentos de mi formación profesional, a mi padre por ayudarme y aconsejarme, a mis hermanos por celebrar cada pequeño logro que he tenido y de manera especial a mis abuelos por haberme enseñado desde muy pequeña que uno puede lograr todo lo que se propone.

Claudia Apaza Vilca

Agradecimientos



Me siento muy agradecida con Dios por darme la oportunidad de estudiar esta maravillosa carrera, y a las personas que estuvieron presentes de manera directa o indirectamente en la realización de la tesis.

Claudia Apaza Vilca

Agradezco mucho a Dios y a mis padres por haberme permitido estudiar esta carrera tan bonita, que a pesar de tener sus dificultades me ha permitido crecer como persona y ahora como último paso poder realizar esta tesis. Muchas gracias también a todas personas que colaboraron con el estudio y lo hicieron posible.

Ursula Martinez Quispe

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar aquellos factores que están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa.

MÉTODOS: La metodología de investigación empleada fue la de un estudio de nivel descriptivo y de corte transversal. La toma de muestra fue de tipo probabilístico y constituyó de 84 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos como la mayoría de edad y tiempo mínimo de enfermedad. Se aplicó una encuesta que era para conocer los factores asociados a la no adherencia y además determinar la incidencia de la poca adherencia al tratamiento establecido. Para realizar el análisis de datos se usó el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS: Se evidenció que el 89.3% de los pacientes evaluados tenían una baja y parcial adherencia al tratamiento antihipertensivo y que solo el 10.7% representaba la población adherida. También se obtuvo resultados correlacionando los factores estudiados con la no adherencia que presentaban; los cuales fueron significativos como por ejemplo: la edad avanzada relacionada a un 44% de los pacientes no adheridos, el hecho de ser viudo y/o separado con un 33,3% respectivamente, el utilizar tratamientos naturistas para tratar la enfermedad con un 66.7%, el tener comorbilidades como la Diabetes Mellitus que influía en un 33.3% a la mala adherencia, la dificultad de seguir el tratamiento con un 66.7%, entre otros.

CONCLUSIONES: Se determinó que los factores por la que los pacientes no se adhieren al tratamiento son: la edad avanzada, el estar separado o viudo, la confianza del tratamiento médico prescrito, comorbilidades como la Diabetes Mellitus, y la dificultad de continuar el tratamiento. Debido a que estaban relacionados con no lograr resultados clínicos óptimos que se esperan al seguir una terapéutica médica.

PALABRA CLAVE: Tratamiento antihipertensivo, no adherencia, hipertensión arterial

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify those factors that are associated with non-adherence to antihypertensive treatment in the outpatient clinics of the Cardiology service of the Goyeneche Hospital in the city of Arequipa.

METHODS: The research methodology used was a descriptive and cross-sectional study. The sampling was probabilistic and consisted of 84 patients who met the established inclusion criteria such as age of majority and minimum disease time. A survey was applied to find out the factors associated with non-adherence and determine the incidence of poor adherence to the established treatment. To perform the data analysis, the SPSS statistical package was used.

RESULTS: It was evidenced that 89.3% of the evaluated patients had low and partial adherence to antihypertensive treatment and that only 10.7% represented the adhered population. Results were also obtained by correlating the factors studied with the non-adherence they presented, which were significant, such as: advanced age related to 44% of non-adherent patients, being widowed and/or separated with 33.3% respectively, using naturopathic treatments to treat the disease with 66.7 %, having comorbidities such as Diabetes Mellitus that influenced poor adherence in 33.3%, the difficulty of following treatment with 66.7%, among others.

CONCLUSIONS: It was determined that the factors why patients do not adhere to treatment are: advanced age, being separated or widowed, confidence in the prescribed medical treatment, comorbidities such as Diabetes Mellitus, and the difficulty of continuing treatment. Because they were related to not achieving optimal clinical results that are expected when following medical therapy.

KEY WORD: Antihypertensive treatment, non-adherence, arterial hypertension

INDICE DE CONTENIDOS

DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE DE CONTENIDOS	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Determinación del problema	4
1.2. Enunciado del problema	4
1.3. Descripción del problema.....	4
1.4. Justificación.....	9
2. OBJETIVOS	10
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1 Conceptos Básicos	11
3.1.1 Hipertensión Arterial.....	11
3.1.2 Adherencia.....	25
3.2 Revisión de antecedentes investigativos.....	26
3.2.1 A nivel nacional	26
3.2.2 A nivel internacional	27
3.2.3 A nivel local.....	28
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	29
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	30
1.1. Técnicas	30

1.2. Instrumentos	30
1.3. Materiales de verificación	31
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	31
2.1. Ambito espacial.....	31
2.2. Unidades de estudio	31
2.3. Temporalidad.....	33
2.4. Tipo y nivel de investigación.....	33
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
3.1. Organización	33
3.2. Recursos	34
3.3. Criterios o estrategia para el manejo de resultados.....	34
CAPÍTULO III RESULTADOS	36
CAPÍTULO IV DISCUSION	53
1. DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	57
1. CONCLUSIONES	58
2. RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS	67

INTRODUCCIÓN

La OMS cataloga a la hipertensión arterial como un problema de salud pública a nivel mundial. Por lo tanto, es una de las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en las poblaciones. En consecuencia, esto incrementa el riesgo de adquirir enfermedades cardíacas, accidentes cerebro vasculares, enfermedades renales y otras comorbilidades. Aproximadamente se estima que 1130 millones de personas sufren de hipertensión arterial y es responsable de un 12,8 a 33% de las muertes anuales en el mundo (1).

En países subdesarrollados como el Perú, la alta tasa de prevalencia de hipertensión agregada a un control deficiente de la misma, continúan siendo un problema de salud pública. Por lo tanto, tener un plan de tratamiento antihipertensivo correctamente llevado para esta enfermedad es la clave para el manejo de la misma. El cual debe mantenerse para reducir el riesgo de sufrir un evento cardiovascular, cerebrovascular o alguna otra comorbilidad en el futuro (2).

Sin embargo por ser una enfermedad asintomática y por tener una duración indefinida del tratamiento antihipertensivo, la adherencia al mismo sigue siendo un desafío para los pacientes. Por ende, la adherencia es el principal predictor de éxito de un tratamiento, y se ha convertido en un paso efectivo para el buen manejo de la presión arterial (2).

Como resultado, la mala adherencia viene a ser una de las causas del descontrol de la presión arterial, además según la OMS el 50-70% de los pacientes no toman sus medicamentos según lo prescrito. Siendo esta responsable de la prescripción innecesaria de medicamentos, empeoramiento sustancial de las enfermedades y aumento de tasas de hospitalización evitables (2).

En el Perú se han realizado pocas investigaciones de este tema; por ejemplo, hubo una investigación realizada en pacientes en espera de su atención por consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia identificándose la adherencia al tratamiento de un 37,9% de su muestra. Aparte, en otra investigación se realizó con 115 personas

hipertensas donde se encontró que el 57.4% tenía poca adherencia al tratamiento farmacológico (3).

Entonces en los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche de Arequipa, se evidenció que un gran número de pacientes hipertensos acuden reiteradamente a consulta por tener un mal control de la presión arterial. Manifestando no cumplir el tratamiento por diversos factores como un bajo nivel educativo, una baja situación socioeconómica para comprar la medicación, falta de conocimiento de la enfermedad, entre otros más. Por ende, las consecuencias que puede traer la no adherencia al tratamiento antihipertensivo tienen un impacto negativo y aumentan las complicaciones, calidad de vida y morbilidad temprana de los pacientes. En el presente estudio lo que se quiere llegar a determinar es conocer precisamente estos factores que intervienen en la no adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico que los médicos puedan prescribir. Lo que contribuiría de alguna forma a un mejor manejo de dicha enfermedad (7).

La tesis se ha elaborado en capítulos. El primer capítulo delimita el problema de investigación e indica la justificación y los objetivos, En este capítulo se presentan los fundamentos teóricos para entender la investigación, también se definen los conceptos básicos y se hace una recopilación de los antecedentes del estudio. En el segundo capítulo se detalla el marco metodológico de la investigación. El capítulo III contiene los resultados obtenidos. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que se asocian a la no Adherencia al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en pacientes de los Consultorios Externos del Servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche- Arequipa 2022?

1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable y su incidencia cada vez va en aumento alrededor de todo el mundo. Aproximadamente la mayor parte de los pacientes mantienen valores del nivel sistólico y diastólico $\geq 140/90$ mmHg respectivamente. Y dicho control de esta va a variar de un país a otro; por consiguiente, su alta prevalencia sigue siendo un gran problema de salud pública, sobre todo en países subdesarrollados (4).

En el Perú durante el año 2020, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 21.7 % de personas de 15 años a más presentó una presión arterial alta a nivel nacional, siendo más prevalente en varones que en féminas (5). Además, que se demostró que el 20.6% de peruanos recibía antihipertensivos y solo el 5.3% de ellos tenían un buen control. Demostrando que en nuestro país existe un aumento de la prevalencia de la enfermedad y que no existe aún un adecuado control de la misma (6).

No obstante, la eficacia de un tratamiento adecuadamente llevado depende mucho de si el paciente cumplió con las indicaciones que su médico le prescribió (4). Por lo que evaluar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, es el principal predictor para determinar la eficacia del tratamiento. Debido a que esta enfermedad es asintomática, cuyo seguimiento es prolongado y difícil de sobrellevar (2).

Entonces la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo es una barrera para mejorar la presión de los pacientes, lo que va a resultar en la prescripción innecesaria de

medicamentos, empeoramiento sustancial de las enfermedades y prolongadas estancias hospitalarias. En consecuencia; esto vendría a tener un gran impacto tanto para el paciente como para el médico que lo atiende, con respecto a su calidad de vida, desperdicio de recursos en la atención médica, etc.

Por lo tanto existen varios factores que intervienen en el actuar del paciente con respecto a la adherencia al tratamiento como son el saber de su padecimiento, creencias sobre el tratamiento, datos socioeconómicos, relación médico-paciente, apoyo de los que brindan servicios sanitarios al paciente, cultura, entre otros. Al identificar a estos factores sería un primer paso para mejorar la adherencia en nuestras poblaciones (2).

Este tipo de estudios no se han realizado mucho en el Perú, y específicamente en los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, se evidenció un gran número de hipertensos que viene constantemente a consulta por tener un mal control de su presión.

Estos pacientes tienen una serie de factores relacionados con la adherencia terapéutica como son los de tipo socioeconómico; en el cual se resalta el soporte familiar y social, el costo de los medicamentos, la falta de cobertura sanitaria, clase social baja o poca solvencia económica. Además, hay factores relacionados al sistema sanitario como la relación médico-paciente que también influye negativamente cuando no se recibe adecuada información del tratamiento y de la patología, existe falta de acceso a la atención sanitaria o falta de suministros por la entidad de salud. También están los factores relacionados con el tratamiento como son los efectos adversos, tratamientos complejos, la polimedicación. Aparte están los factores relacionados con la patología, su pronóstico, el impacto en la calidad de vida, ausencia de síntomas, empeoramiento o mejoría. Y finalizando están los factores relacionados con el paciente como la edad, género, nivel educativo, estado civil, el hecho de vivir en compañía o no, creencias, personalidad (7).

Entonces con este estudio se quiere identificar cuáles son los factores que intervienen en la no adherencia del tratamiento antihipertensivo farmacológico; para que de alguna manera podamos actuar frente a ellos y así el paciente pueda sobrellevar mejor la enfermedad.

1.3.1 AREA DEL CONOCIMIENTO

1.3.1.1 Área general: Ciencias de la Salud

1.3.1.2 Área específica: Medicina Humana

1.3.1.3 Especialidad: Cardiología

1.3.1.4 Línea: Hipertensión Arterial

1.3.2 ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
Factores Demográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • < 45 años • 46 – 56 años • 57- 67 años • > 68 años 	Ordinal
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
	Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Urbano-marginal • Rural 	Nominal
Factores Socioeconómicos	Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior incompleto • Superior completo 	Ordinal
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Obrero • Independiente • Comerciante • Jubilado • Ama de casa • Desempleado 	Nominal

	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casada • Conviviente • Viudo • Separado 	Nominal
	Ingresos económicos por mes	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a un sueldo mínimo vital • Igual a un sueldo mínimo vital • Mayor a un sueldo mínimo vital 	Nominal
Factores Culturales	Uso de tratamientos naturistas para bajar la presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Ha recibido información sobre la hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
Factores Clínicos	Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Enfermedad coronaria • Dislipidemia • Enfermedades renales 	Nominal
	Tiempo de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 • 4-7 • 8-11 • 12 a más 	Ordinal
	Numero de medicamentos antihipertensivos	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2,3,4,5 	Numérica discreta

Factores de Tratamiento	Considera que seguir con el tratamiento es difícil	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Tiene dinero suficiente para comprar medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	El tratamiento le genera efectos indeseables	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Cree que el tratamiento no le controla efectivamente la presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
Variable dependiente	Test cuestionario Martin-Bayarre-Grau (MBG)	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia • Adherencia parcial • No adherencia 	Nominal

1.3.3 INTERROGANTES BÁSICAS

1.3.3.1 ¿Cuál es la incidencia de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche?

1.3.3.2 ¿Cuáles son los factores demográficos relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche?

1.3.3.3 ¿Cuáles son los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche?

- 1.3.3.4 ¿Cuáles son los factores culturales relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche?
- 1.3.3.5 ¿Cuáles son los factores clínicos relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche?
- 1.3.3.6 ¿Cuáles son los factores del tratamiento relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche?

1.4 JUSTIFICACIÓN

1.4.1 JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

Se han realizado muchas investigaciones a nivel internacional aunque no tanto a nivel nacional acerca de la adherencia a la terapia antihipertensiva. Además, la hipertensión arterial presenta elevadas tasas de incidencia, como lo que sucede en la ciudad de Arequipa, por lo que es necesaria una óptima adherencia al tratamiento. Por lo tanto, no haberse realizado investigaciones del mismo tipo en el pasado; crea la necesidad de un estudio resaltando las características específicas, de esta población, para ver en qué medida estas se asocian en la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

1.4.2 JUSTIFICACIÓN SOCIAL

Gracias a este estudio se puede determinar que causa que los pacientes no puedan seguir un tratamiento que dura un largo periodo, y esto repercute a nivel social ya que los pacientes últimamente no confían en lo que el médico les prescribe y toman otras medidas para tratarse. En consecuencia genera que los pacientes no tengan un adecuado control de su presión y no les permite tener una calidad de vida favorable y sostenible que pueda ser de ayuda. No obstante, no debemos olvidar que en el Hospital Goyeneche se atiende a gran parte a la población arequipeña y

ayudaría a estas personas a llevar mejor su enfermedad conociendo los puntos en los que se debería reforzar más.

1.4.3 JUSTIFICACIÓN PERSONAL

Por todo lo anterior nos ha motivado tener interés personal para el desarrollo de este estudio, la no adherencia es un indicador de la mínima atención que la mayoría de los pacientes le dan al tratamiento de esta patología. Por ello nacen nuevos problemas como la adición de fármacos, además incrementa los costos de atención para el sistema de salud, y también se relaciona con una mayor prevalencia de efectos adversos, empeoramiento de la salud y aumento de la mortalidad temprana.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los factores que se asocian a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche, Arequipa – 2022.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Determinar la incidencia de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche.
- 2.2.2 Determinar los factores demográficos relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche.
- 2.2.3 Determinar los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche.

- 2.2.4 Determinar los factores culturales relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche.
- 2.2.5 Establecer factores clínicos relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche.
- 2.2.6 Describir los factores del tratamiento relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTOS BASICOS

3.1.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

3.1.1.1 Definición:

La presión arterial es energía que la sangre va a ejercer en contra las paredes de las arterias de todo el cuerpo humano. Para valorizar la presión se tienen 2 cifras numéricas; siendo la primera la representación de la tensión empleada cuando el corazón se contrae (sistólica). La segunda cifra hace referencia a la fuerza en los vasos cuando el corazón descansa entre latidos (8).

Entonces la hipertensión arterial es cuando la tensión que se desempeña es demasiado alta a comparación de los rangos normales que una persona debe tener (8).

Según la guía International Society of Hypertension Global del 2022 recomienda que se tome en cuenta las siguientes definiciones:

- Presión Arterial Normal: El valor sistólico considerar <130 mmHg y el valor diastólico considerar <85 mmHg.

- Presión Arterial entre Normal y Alta: El valor sistólico considerar de 130 a 139 mmHg y el valor diastólico considerar de 85 a 89 mmHg.
- Considerar hipertensión de:
 - ✓ Grado 1: El valor sistólico considerar de 140 a 159 mmHg y/o el valor diastólico de 90 a 99 mmHg.
 - ✓ Grado 2: El valor sistólico considerar $>$ o igual a 160 mmHg y/o el valor diastólico $>$ o igual a 100 mmHg (9).

Además, se debe tener en cuenta la definición de hipertensión sistólica aislada como una presión arterial sistólica alta (≥ 140 mmHg), y la presión arterial diastólica baja (< 90 mmHg), la cual es frecuente en adolescentes y adultos jóvenes (10).

No obstante, se debe considerar a la llamada hipertensión de bata blanca, que se considera cuando los pacientes tienen algún riesgo cardiovascular intermedio entre normotensos e hipertensos sostenidos. Para su diagnóstico se necesita confirmaciones de mediciones repetidas en el consultorio y fuera de él (10).

Finalmente, no se debe de olvidar de la hipertensión enmascarada, donde los pacientes son propensos a tener problemas cardiovasculares al igual que los hipertensos sostenidos y que si requiere tratamiento farmacológico (10).

3.1.1.2. Epidemiología Internacional y Nacional:

La hipertensión arterial, según la OMS, es aquella enfermedad que va a contribuir un gran medida a que un paciente tenga un evento cardiovascular en un futuro cercano y es una de las principales causas de muerte prematura en el mundo (8).

Aproximadamente se dice que 1280 millones de adultos a nivel mundial tiene hipertensión y alrededor de dos tercios de esta población vive en países con un bajo desarrollo económico. Además, se estima que el 46 % de los adultos con esta afección no tienen conocimiento que la tienen. Y solo el 42%, es decir menos de la mitad de estos pacientes, son realmente

diagnosticados y tratados. E incluso 1 de cada 5 adultos (el 21% de hipertensos) en el mundo tienen bajo control la enfermedad. Al ver estas estadísticas podemos deducir que esta condición médica sigue siendo un problema de salud pública (8).

Además, en otros estudios, se dice que la incidencia de la hipertensión a nivel mundial era un 32 % de la población adulta mundial alrededor del año 1999, considerándose desde los 30 hasta los 79 años. Comparándose con esto, en el año 2019 su prevalencia estimada se mantuvo similar, maso menos unos 1300 millones de adultos tenían diagnóstico de hipertensión y el 82% de esta población vive en países en vías de desarrollo (11).

A nivel del Perú, la prevalencia estandarizada por edad de hipertensión arterial aumentó de 18,7% a 20,6% entre 2015 y 2018. En el cual, los adultos mayores de 75 años son el grupo etario con mayor prevalencia estandarizada por edad (65,5 % en 2018). Los hombres (18,6 % en 2015 a 22,4 % en 2018) tenían tasas de prevalencia estandarizadas por edad más altas que las mujeres (18,8 % en 2015 y 2018). El aumento de la prevalencia estandarizada por edad fue mayor entre aquellos con NSE bajo (18,7% en 2015 a 21,9%) y NSE bajo (15,3% en 2015 a 16,0% en 2018) (9).

En conclusión existe una alta incidencia de la condición hipertensiva en el Perú, ya que uno de cada cinco peruanos presenta la enfermedad, y van apareciendo como cuatro pacientes por cada 100 personas alrededor de un año. Además, de que solo el 50 % de estos pacientes tienen un diagnóstico anterior a su condición actual. Por lo que se deben tomar medidas para poder controlar mejor y que los pacientes tengan una mejor esperanza de vida (12).

3.1.1.3. Factores de Riesgo:

- **Edad:** Al tener el paciente una edad avanzada hay más riesgo de que haya un aumento de presión arterial, sobre todo del valor sistólico, condicionando a tener hipertensión arterial en un futuro cercano (13).

- **Obesidad:** El exceso de peso va a aumentar la presión arterial por ende hacen aumentar el riesgo cardiovascular a través de efectos que se producen sobre los lípidos, resistencia a la insulina y procesos metabólicos (14).
- **Raza:** La hipertensión suele evidenciarse más en personas de raza negra a comparación de otras poblaciones, debido a que se presenta a más temprana edad y tiene a asociarse a una progresión grave de la enfermedad (15).
- **Hábitos alimenticios inadecuados:** Aquellos cambios que se hacen en la ingestión de alimentos, el tener una dieta basada en hidratos de carbono y el consumo de sal excesivo de los límites permitidos a nivel mundial; va a influir en el aumento de la prevalencia de problemas cardiovasculares, alteraciones significativas en el peso corporal y el aumento de la presión arterial (16)
- **Inactividad física:** El realizar ejercicio regular se recomienda para una disminución de la presión arterial, además ayudan a reducir riesgo cardiovascular. Además, se sugiere que los pacientes capaces de realizar ejercicio deben realizar ejercicio aeróbico dinámico de intensidad moderada y/o mayor (14).

3.1.1.4. Fisiopatología:

El mantenimiento de la presión arterial es necesario para la perfusión de órganos. En general, la presión arterial se determina mediante la siguiente ecuación:

Presión arterial (PA) = Gasto cardíaco (GC) x Resistencia vascular sistémica (RVS)

La presión arterial reacciona a los cambios en el entorno para mantener la perfusión de los órganos en una amplia variedad de condiciones. Los principales factores que determinan la presión arterial son el sistema nervioso simpático, el sistema renina-angiotensina-aldosterona y el volumen plasmático (mediado en gran parte por los riñones) (17).

La patogenia de la hipertensión primaria (antes llamada hipertensión "esencial") no se comprende bien, pero es muy probable que sea el resultado de numerosos factores genéticos y ambientales que tienen múltiples efectos combinados sobre la estructura y función cardiovascular y renal (17).

3.1.1.5 Clasificación :

Según la guía HTA 2020 la International Society of Hypertension la hipertensión se divide en:

- PA normal: <130/85 mmHg
- PA alta: 130-139 y 85- 89 mmHg
- HTA estadio 1: 140-159 o 90-99 mmHg
- HTA estadio 2: ≥ 160 o ≥ 100 mmHg (10)

Pero también tenemos la guía HTA 2018 la Sociedad Europea de Cardiología la divide en:

- PA óptima: <120/80 mmHg
- PA normal: 120-129 y/o 80-84 mmHg
- PA normal alta: 130-139 y/o 85-89 mmHg
- HTA grado 1: 140-159 y/o 90-99 mmHg
- HTA grado 2: 160-179 y/o 100-109 mmHg
- HTA grado 3: ≥ 180 y/o ≥ 110 mmHg
- HTA sistólica aislada ≥ 140 y < 90 mmHg (18)

3.1.1.6. Manifestaciones Clínicas:

La hipertensión es una enfermedad que se le conoce como “asesina silenciosa”, debido a que los pacientes desconocen que tienen esta condición ya que no presentan ningún tipo de síntoma que sea de advertencia. Por lo que la única forma de detectarla es gracias a un profesional de salud que pueda medir la presión arterial, para que él pueda evaluar el grado de la enfermedad considerando todas las condiciones adicionales que presente el paciente (8).

Cuando presentan síntomas estos pueden incluir al dolor de cabeza en las mañanas, hemorragias nasales, un ritmo cardiaco irregular, zumbidos en los oídos y alteraciones en la visión. E incluso cuando es un grado más severo puede presentarse náuseas, vómitos, ansiedad, ansiedad y dolor de pecho (8).

3.1.1.7. Comorbilidades Comunes de la Hipertensión Arterial:

Los pacientes hipertensos tienen varias comorbilidades que puede afectar el riesgo cardiovascular y el manejo del tratamiento, las cuales deben identificarse y manejarse (10).

- Oclusión de las Arterias Coronarias: Se vio que la hipertensión produce del 25 al 30% de infartos agudos de miocardio y la presión debe reducirse hasta ser $< 130/80$ (19).
- Previo accidente cerebrovascular: Se evidencio que la hipertensión es el factor más importante, ya que puede prevenir en gran medida que ocurra un accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico (20).
- Insuficiencia Cardíaca: La hipertensión viene a ser predisponente para desarrollar una insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida y conservada; aquí hay una mala evolución clínica y aumenta la mortalidad del paciente (21).
- Enfermedad Renal Crónica: Al tener hipertensión condiciona al paciente a tener una enfermedad renal crónica, sobre todo al tener una tasa de filtración glomerular baja la que se relaciona con la hipertensión enmascarada y valores elevados durante la noche (20).
- Trastorno de lípidos: Aquí la presión debe reducirse como a la demás población y dar tratamiento hipolipemiente si hay valores > 200 mg/dl de triglicéridos séricos (22).
- Diabetes: Aquí la presión arterial debe reducirse si es $>$ o igual a $140/90$ y debe llegar a ser $< 130/80$, además de incluir una dieta baja en grasas animales conjunto con tratamiento farmacológico (23).

3.1.1.8. Diagnóstico:

3.1.1.8.1. Historial médico:

Los pacientes con esta enfermedad no presentan síntomas, sin embargo, aquellos que se lograran presenciar corresponderían a una hipertensión secundaria o una complicación hipertensiva, requiriendo una profunda indagación del caso. Se recomienda una historia médica y familiar completa y debe incluir (10).

- La hipertensión debe ser de nueva aparición, conocer niveles previos de la presión o si el paciente toma medicación antihipertensiva actualmente.
- Si tiene antecedentes personas de un infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidentes isquémicos transitorios, diabetes, dislipidemia, enfermedad renal crónica o si tiene antecedentes familiares de hipertensión.
- Si ha tenido una evaluación cardiovascular previa.
- Signos y síntomas como dificultad para respirar, palpitaciones, dolor torácico, dolores de cabeza, visión borrosa, claudicación, edema periférico, mareos.
- Síntomas sugestivos de hipertensión secundaria como debilidad muscular, edema pulmonar repentino, sudoración, dolores de cabeza frecuentes, ronquidos, somnolencia diurna, arritmias, etc.

3.1.1.8.2. Examen Físico:

El examen físico completo ayuda a confirmar el diagnóstico de hipertensión, por lo que hay que enfatizar en cuanto al examen de (10).

- Corazón y circulación: Tomar en cuenta la frecuencia del pulso, ritmo, pulsos centrales y periféricos, presión venosa yugular, latido del vértice, ruidos cardiacos adicionales, crepitantes basales, soplos, edema periférico.
- Otros órganos: Considerar examen físico de riñones, circunferencia del cuello > 40cm, tiroides agrandada, aumento del índice de masa corporal, circunferencia de la cintura, estrías coloreadas, depósitos de grasa.

3.1.1.8.3. Medición de la Presión Arterial

La medición de la presión arterial en la clínica es la base para el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión. Para lo cual se debe seguir las siguientes condiciones cuando se está en el consultorio (10).

- Una habitación tranquila con temperatura confortable.
- El paciente no debe de hablar antes, durante y entre las mediciones.
- El paciente permanecerá quieto y sentado con el brazo medio descansando en una superficie lisa y a la altura del corazón, con la espalda descansando en una silla, piernas sin cruzar y pies apoyados en el piso.
- El dispositivo debe ser un esfigmomanómetro semiautomático u oscilométrico validado para la parte superior del brazo (24).
- El tamaño del brazalete debe estar de acuerdo con la circunferencia del brazo del individuo.
- Medir la presión en ambos brazos, si es posible simultáneamente; y en caso haya una diferencia constante entre los brazos $>$ de 10 mmHg en mediciones repetidas, debemos considerar el brazo con la presión más alta.

Lo recomendable es que el diagnóstico no se haga en solo una toma en el consultorio, por lo que se requieren de 2 a 3 visitas en intervalos de 1 a 4 semanas. En cada visita se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Tomar 3 medidas con 1 minuto entre ellas, se calcula el promedio de las últimas 2 mediciones y si la presión de la primera lectura es $<130/85$ no se requieren más mediciones (10).

Para considerar hipertensión se debe tener presión arterial en 2 a 3 visitas al consultorio de un valor $>$ o igual a 140/90 mmHg (10).

Aunque hay casos en los que el diagnóstico se puede hacer en una sola toma en la visita médica, cuando la presión arterial es $>$ o igual a 180/110 mmHg y hay evidencia de enfermedad cardiovascular (10).

No obstante, el diagnóstico también se puede hacer fuera del consultorio, que sirve para confirmar el diagnóstico ya hecho en el consultorio, donde se emplea otros métodos como:

- Monitoreo de presión arterial ambulatorio de 24 horas (MAPA), cuya medición es más reproducible que las mediciones en el consultorio, por estar más asociada a causar daño al organismo causado por la hipertensión y provocar eventos cardiovasculares, además identifican la hipertensión enmascarada y la bata blanca. Entonces para su medición se debe tener en cuenta:
 - Monitoreo de 24 horas a intervalos de 15 a 30 minutos durante el día y noche.
 - Interpretación: Presión arterial en 24 horas \geq o igual a 130/80 mmHg indica hipertensión. Durante el día (despierto) considerar hipertensión a valores \geq o iguales a 135 / 85. Y durante la noche \geq o igual 120/70 (10).
- Vigilancia de la presión arterial en casa, que se debe de realizar antes de cada visita médica de la siguiente manera:
 - Monitoreo de 3 a 7 días por la mañana y por la noche.
 - Tomar 2 medidas en cada ocasión después de 5 minutos de reposos sentados y 1 minuto entre mediciones.
 - Interpretación: Presión arterial promedio se considera después de excluir el primer día valor mayor de \geq o igual a 135/ 85 mmHg indica hipertensión.

Además, hay protocolos del plan a seguir cuando se tiene ciertos valores de presión arterial como:

- Si tenemos valores $<$ 130/85 se vuelve a medir dentro de 3 años
- Si tenemos valores de 130 -159 / 85 – 99, hay alta probabilidad de una hipertensión enmascarada o hipertensión de bata blanca, ahora si es posible corroborar estos valores con una medición fuera del consultorio sería ideal, sino se debe confirmar en una próxima visita médica.
- Si tenemos valores $>$ 160/ 100 se debe confirmar dentro de unos pocos días.

3.1.1.9. Tratamiento:

3.1.9.1. Terapia No Farmacológica:

- Reducir el sodio (sal): la reducción de sodio que consume puede ayudar a reducir la presión. La fuente de sodio principal proviene de la sal que está en los alimentos envasados y procesados y de los que se consumen en restaurantes. Nuestro cuerpo requiere poco de sodio en la dieta y generalmente se consume más de lo que se necesita (21).
- Reducir el consumo de alcohol: El alcohol incrementa el riesgo de padecer presión arterial alta, además hace que la hipertensión sea difícil de lograr un buen control. Consumir de cuatro a cinco tragos en dos horas es un problema para la salud general y para la hipertensión (21).
- Comer más frutas y verduras: Adicionar frutas y verduras a la dieta ayuda a la reducción de la presión arterial y ayuda a no desarrollarla, además salud en general. (21).
- Comer más fibra: Adicionar fibra ayuda a disminuir la presión arterial. Comer cereales son buena fuente de fibra dietética (21).
- Cafeína: la cafeína aumenta momentáneamente la presión arterial en aquellos que no tienen un consumo habitual. En los que tienen un consumo regular que son aproximadamente dos tazas de café por día no afectan la presión arterial. Las cantidades excesivas de cafeína aumentan la presión arterial en aquellos que son susceptibles (22).
- Dieta DASH: La alimentación DASH contas de consumir un alto contenido de frutas, verduras, cereales fibra y lácteos con baja grasa, reducción de grasas saturadas, totales y carne. Al combinar esta dieta con la disminución del consumo de sodio se evidencian reducciones en la presión arterial (22).
- Ejercicios: Hacer ejercicios de manera regular generalmente ayuda a la disminución de la presión arterial, inclusive si no existe pérdida de peso. Se debe ejercitarse de 150 a 300 minutos durante la semana con ejercicios aeróbicos de moderada intensidad o de 75 a 150 minutos con ejercicios aeróbicos de alta intensidad, más ejercicios de

fortalecimiento muscular por lo menos dos veces por semana. Los ejercicios isométricos suelen ser beneficiosos. El ejercicio si se realiza regularmente ayudará a mejorar los niveles de colesterol. Sin embargo, para mantener este beneficio, debe continuar haciendo ejercicio regularmente (22).

- Pérdida de peso: El sobrepeso (IMC mayor a 25) la obesidad (IMC mayor a 30) incrementan la probabilidad de tener hipertensión arterial, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Se puede lograr reducciones de la presión arterial inclusive con poca pérdida de peso (22).

3.1.9.2. Terapia Farmacológica:

Se tiene un consenso que los medicamentos antihipertensivos son usados en la terapia se debe iniciar en la mayor parte de los pacientes con:

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)/ bloqueadores del receptor de angiotensina II (ARA II)
- Diuréticos tiazídicos
- Bloqueadores de los canales de calcio

La terapia debe ser personalizada e implica tomar decisiones conjunta entre el paciente y el especialista. Existe una amplia variabilidad de pacientes, algunos pueden responder adecuadamente a un fármaco, pero no a otro. También, se tienen pocos parámetros clínicos que indiquen los efectos individuales de un medicamento a otro (21).

Según la guía ACC/ AHA del 2017 y la guía del 2020 International Society of Hypertension (21), está indicado iniciar con la medicación antihipertensiva en pacientes con las características de ser:

- Personas con presión arterial promedio en el consultorio $\geq 140 / 90$ mmHg si no se dispone de lecturas fuera del consultorio.
- Pacientes con una presión arterial de $\geq 160 / \geq 100$ independientemente del riesgo cardiovascular que pueda tener.

- Pacientes con una presión arterial fuera del consultorio ≥ 130 mmHg sistólica o ≥ 80 mmHg diastólica que tienen alguna de las siguientes características:
 - Enfermedad cardiovascular
 - Enfermedad renal crónica
 - Diabetes mellitus tipo II
 - Mayores de 65 años
 - Un riesgo estimado de 10 años de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

3.1.9.2.1. Monoterapia inicial

Esta tiene éxito en gran parte de los pacientes con hipertensión primaria leve. Sin embargo, muchas veces no se logra alcanzar la presión arterial objetivo como en los que la presión está de 20/10 mmHg por encima del objetivo. En estos pacientes, se recomienda una terapia de combinación inicial con dos fármacos (9).

- **Principios generales:** Cada uno de los antihipertensivos tiene la misma eficacia para reducir la presión. Sin embargo, entre la gran variabilidad de pacientes, y las diferentes respuestas entre un fármaco y otro. A manera de predecir la respuesta, como en los pacientes de descendencia africana y personas mayores de 65 años responden favorablemente a la monoterapia con una tiazida o un bloqueador de los canales de calcio y tienen mala respuesta a un indicador de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) o una bloqueadora beta (25). En cuanto a la dosificación, hubo una mayor reducción de la presión arterial con la dosis estándar a la mitad, con reducciones mayores en la presión arterial sistólica. Además, con las dosis estándar y doble de la estándar se aumentan los efectos adversos sintomáticos y metabólicos. Los inhibidores de la ECA y los bloqueadores de los receptores de la angiotensina II

(ARA II) generalmente causan menos efectos adversos independientemente de la dosis. Esto sugiere que dosis menores de la estándar logra eficacia hipertensiva y menor toxicidad (26).

- **Elección del fármaco:** Existen tres clases medicamentos que se usan en tratamiento inicial: Inhibidores de la ECA o BRA, diuréticos tiazídicos, bloqueadores de los canales de calcio. Los bloqueadores beta no son comúnmente usados en monoterapia inicial ya que éste causa efectos adversos sobre todo a personas mayores (27). Entre los diuréticos tiazídicos, la hidroclorotiazida en bajas dosis se recomienda como terapia inicial en hipertensión primaria leve.
- **Monoterapia basada en la edad y la raza:** Las personas con una edad menor de 50 años tienen buena respuesta a los inhibidores de la ACE o los ARB y los bloqueadores beta. Los pacientes de raza negra y adultos mayores de 50 años suelen responder mejor a los diuréticos tiazídicos o los bloqueadores de los canales de calcio (25).
- **Fármacos:**
 - **Inhibidores de la ECA:** Es la terapia utilizada en primera línea y se usa en aquellos que padecen de insuficiencia cardíaca que tuvieron un infarto de miocardio con o sin elevación del ST, diabetes, disfunción sistólica y enfermedad renal crónica proteinuria.
 - **Bloqueadores de los receptores de angiotensina II :** Estos son parecidos a los inhibidores de la ECA particularmente están indicados en aquellos que no toleran los ya mencionados. (28).
 - **Diuréticos tiazídicos:** El medicamento preferido a utilizar en pacientes con hipertensión primaria es la clortalidona, la hidroclorotiazida tiene menos

potencia y corta acción. Estos estimulan la reabsorción tubular distal de calcio causa menor excreción urinaria de calcio. Tienen un efecto beneficioso sobre la densidad ósea. También ayudan al control del volumen en insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica (29).

- Bloqueadores de los canales de calcio: Las dihidropiridinas tienen acción prolongada y son las más utilizadas. Estos medicamentos se prefieren en pacientes que padezcan obstrucción de las vías respiratorias (30).
- Beta Bloqueadores: Se utilizan después de un infarto agudo de miocardio, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y una angina. Aparte estos se asocian a que el paciente sea intolerante a la glucosa y aparezcan indicios de diabetes, con excepción del carvedilol y elnebivolol (21).
- Alfa Bloqueadores: No está recomendado un bloqueador alfa como monoterapia, con la excepción de hombres mayores con síntomas de prostatismo y sin alto riesgo cardiovascular.

3.1.9.2.2 La Terapia de Combinación:

Se puede iniciar con una terapia combinada o agregar un fármaco a la terapia cuando no se logra el valor objetivo de la presión. Es recomendable empezar con una terapia de combinación inicial cuando la presión está 20/10 mmHg por encima de la meta, y para esto se puede empezar con un medicamento que sea bloquee los canales de calcio más un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (21).

3.1.9.3. Objetivos del Tratamiento:

Con la terapia antihipertensiva se quiere lograr la disminución de la presión arterial por las complicaciones que esta conlleva como son los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, ataques cardíacos, insuficiencia renal, pérdida de visión, disfunción sexual, entre otros. Si se tiene un riesgo cardiovascular aumentado, el paciente tiende a beneficiarse con los tratamientos más agresivos, esto logra la disminución de los eventos cardiovasculares, pero se incrementan los efectos adversos. (21).

3.1.2 ADHERENCIA

3.1.2.1. Definición:

Según la OMS, la adherencia es definida como es que una persona consume un medicamento, siguiendo ciertas condiciones alimenticias y realizando cambios en su estilo de vida correspondiente a lo que un prestador de servicios de salud le recomiende. A su vez, Oureta et al.¹⁰ hacen hincapié en que es muy importante el papel que juega la motivación, creencias, valores, relación médico-paciente, el apoyo familiar-social en dicho proceso (31).

Cuando hay existe una mala adherencia generalmente se da por una prescripción excesiva de medicamentos; la cual se evidencia con el empeoramiento de la enfermedad, aumento en la tasa de ingresos hospitalarios innecesarios y estadías intrahospitalarias más prolongadas (2), lo que genera una gran carga de trabajo para médicos, pero sobre todo lleva la insatisfacción de los pacientes.

Entonces, si es que existe adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial va a corresponder a menores tasas de hospitalizaciones y menores costos de atención médica. Estudios han confirmado que las ventajas de supervivencia a largo plazo asociadas con una mejor adherencia al tratamiento después de un infarto agudo de miocardio (IAM) parecen ser correlacionadas positivamente de manera que se ve mejoría en la condición del paciente. Lo

cual sugiere que los beneficios asociados con la adherencia están fuertemente influenciados por los efectos de los medicamentos (32).

3.1.2.2. Evaluación de la adherencia:

Lo primero que debe hacerse para conocer la adherencia o la falta de ella en cierta población es evaluarla o medirla. Los métodos disponibles para la medición se pueden dividir en (9).

- **Métodos Directos:** Estos involucran a conocer la concentración de cierto fármaco o de su metabolito o un marcador biológico añadido al fármaco en líquidos corporales como sangre, orina, etc. Estos métodos suelen ser muy costosos y susceptibles de ser alterados por el propio paciente (33).
- **Métodos Indirectos:** Involucran cuestionar al paciente de cuán fácil es para él tomar el fármaco prescrito, contabilizar las píldoras, evaluar si hay respuesta positiva al tratamiento, realizar preguntas a los pacientes con respecto al tratamiento, en caso de que sean niños evaluar su adherencia consultando a su cuidador, etc. (33).

Con respecto a la práctica clínica diaria, se necesita tener una herramienta confiable y rentable, que sea accesible tanto para el prestador de servicios de salud como los pacientes para evaluar la adherencia. Su uso puede brindarnos información acerca de los factores que actúan al no adherirse a la terapia antihipertensiva en distintas poblaciones (34).

3.2. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 A nivel Nacional

- **Autor:** José Carlos Rodríguez-Abt, Rodrigo José Solís-Visscher, Sime Joso Rogic-Valencia, Yuani Romám, Miguel Reyes-Rocha.

Título: Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015.

Revista: Fac. Med. 2017 Vol. 65 No. 1: 55-60.

Resumen: En esta investigación se evaluó la asociación entre saberes previos sobre la hipertensión y la adherencia de los paciente hipertensos al tratamiento correspondiente que pertenecen al Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima en Perú. La muestra utilizada involucro a 340 pacientes hipertensos de consultorios de cardiología durante 4 meses del año 2015. Donde la variable más importante a evaluar fue cuanto los pacientes conocían de la enfermedad, y esta se midió con el cuestionario de conocimientos sobre el tema y la otra fue conocer la adherencia usando la encuesta validada de Martin-Bayarre-Grau (MBG). Finalizando, como conclusión, se determinó que los pacientes que tenían un pobre conocimiento de la enfermedad eran más propensos a tener una adherencia parcial a la terapia correspondiente (3).

3.2.2 A nivel Internacional

- **Autor:** Hanine Abas, Mazen Kurdi, Franco De Vries, Hein AW Van Onzenoort, Johanna HM Driessen, Myriam Watfa, Rita Caram.

Título: Factores asociados con la falta de adherencia a la medicación antihipertensiva: un estudio transversal entre adultos libaneses hipertensos.

Revista: Patient Prefer Adherence

Resumen: El propósito fue identificar la adherencia de la medicación antihipertensiva y los factores que se asociaban a esa falta de adherencia en hipertensos. Se realizó una investigación transversal entre pacientes adultos hipertensos que abarcó todas las gobernaciones del Líbano. Se utilizó un cuestionario para determinar la adherencia y sus determinantes según la OMS. Concluyendo que factores como la edad avanzada, el estado civil, el IMC y el estrés intervienen mucho en la no adherencia y que es necesario implementar estrategias para mejorar esto (37).

- **Autor:** Gary Chun Yun Kang, Eileen Yi Ling Koh , Ngiap Chuan Tan.
Título: Prevalencia y factores asociados con la adherencia a los antihipertensivos entre adultos con hipertensión en una comunidad asiática desarrollada: un estudio transversal.

Resumen: Tenía como objetivo evaluar la incidencia y los factores asociados con la adherencia de los pacientes a la AHM en una comunidad asiática desarrollada. Se realizó una encuesta de cuestionario administrada por un asistente en adultos asiáticos multiétnicos de 31 a 80 años con hipertensión esencial basada en sus registros médicos electrónicos (EHR) en una clínica pública de atención primaria. Se recopilaron, auditaron y analizaron datos sobre sus características demográficas, mediciones clínicas de la presión arterial y el índice de masa corporal, comorbilidades y prescripciones del HCE, junto con las puntuaciones de la Escala 5 del Informe de Adherencia a la Medicación. Una puntuación MARS-5 de <25 indica un cumplimiento deficiente. Se utilizó regresión logística para identificar los factores asociados con la adherencia a la AHM. Casi la mitad de los pacientes tuvieron mala adherencia a al menos una AHM (1).

3.2.3 A nivel Local

- No existe información de investigaciones que evalúen factores que intervengan en la no adherencia a nivel local.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizó como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la no adherencia terapéutica en hipertensión arterial:

Este cuestionario tiene 12 afirmaciones que están presentes en las categorías para que se cumpla la definición operacional de adherencia terapéutica. Entre las opciones para las respuestas se dan en la escala Lickert conformado por cinco alternativas se encuentra desde Siempre hasta Nunca, se marca con X con la frecuencia que uno considera lo que se ha planteado. Este cuestionario también consta de información general del encuestado (nombre, edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, años de enfermedad e información de tratamiento higiénico-dietético y tratamiento médico (ANEXO 2) (35).

La calificación se establece a partir del puntaje obtenido por el paciente mediante la encuesta se considera que son Adheridos Totales si su puntaje esta entre de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales si su puntaje esta entre 18 a 37 puntos y No Adheridos si su puntaje esta entre 0 y 17, para poder calificar velozmente al paciente y ubicarlo en los niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para dar un puntaje a cada encuestado las alternativas tienen un valor: 0 a Nunca, 1 a Casi nunca, 2 a A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo el valor máximo a alcanzar el de 48 y el mínimo es de 0.

Este instrumento ya está validado, esto es un indicador importante y una justificación admirable teniendo en cuenta como es el proceso de validación, además las categorías que se proponen se expresan específicamente para definir la adherencia terapéutica, como se expresa en este trabajo y otros (35).

Encuesta para ver factores relacionados a la no adherencia terapéutica:

Este cuestionario fue elaborado junto con un doctor especialista en Cardiología, este nos ayudó a recaudar información acerca de la edad, sexo, residencia, nivel de instrucción, ocupación estado civil, ingresos económicos, factores culturales, comorbilidades, tiempo de enfermedad, numero de medicamentos, el uso de diuréticos, la dificultad y efectos que causa la medicación que presentan los hipertensos (ANEXO 1).

1.3. MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- 01 equipo de impresión HP 860.
- 01 laptop Hp Notebook con Windows 10.
- 04 lapiceros.
- 84 hojas Bond A4.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. AMBITO ESPACIAL

El estudio se realizó en los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche.

2.2. UNIDADES DE ESTUDIO

2.2.1. Universo

El universo está conformado por los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que han sido atendidos en consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche por consultorio externo, que suman aproximadamente 146 en el primer trimestre del 2022.

2.2.2. Muestra

Este estudio se realizó con una muestra representativa, la cual fue calculada con la fórmula de población finita:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{\varepsilon^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

Z^2 = Nivel de confiabilidad, se trabaja con un 95% de confiabilidad y el índice empleado es 1,96.

N = Tamaño de la población (146)

n = Tamaño de la muestra

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (0.5)

q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (1 - p)

ε = Limite aceptable de error muestral (0.05)

Entonces:

$$n = (146 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) / (0.05^2(145) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)$$

$$n = 122.5 / 0.6225 + 0.49$$

$$n = 84$$

2.2.3. Muestreo

Muestreo aleatorio simple

2.2.4. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de edad tanto varones como mujeres que tengan diagnóstico de hipertensión arterial.
- Pacientes con mínimo 1 año de evolución de la hipertensión arterial.
- Pacientes que reciben tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Pacientes que acepten participar en el estudio voluntariamente.

2.2.5. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes analfabetos
- Pacientes que no hablen español.

2.3 TEMPORALIDAD

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre el mes de Abril del año 2022 al mes de Mayo del año 2022.

2.4 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

2.4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada, no experimental

2.4.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, estudio de corte transversal.

2.4.1.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Posteriormente a la aprobación del proyecto de tesis por parte de los jurados dictaminadores, se procedió a hacer los trámites respectivos para tener la autorización por parte de la Dirección del Hospital Goyeneche para permitirnos realizar las encuestas.

- Se acudió al consultorio externo de Cardiología del Hospital Goyeneche y se hizo la captación de pacientes hipertensos que se encuentren esperando su turno para ser atendidos, se les comunicó cuál es el propósito del estudio y se les solicitó su consentimiento para participar del estudio. Al aceptar su participación, se entregó la encuesta para ser llenada, las encuestas también fueron aplicadas de manera verbal en forma de entrevista de acuerdo con el grado de instrucción del paciente para facilitar la toma de datos, esto se hizo mediante el uso de la plataforma Google forms.
- Luego de aplicar los cuestionarios a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se procedió con el procesamiento de datos en el software SPSS.

3.2. RECURSOS

3.2.1. Recursos Humanos

- Investigadoras
- Asesor
- Pacientes que se ofrezcan voluntariamente a participar en el proyecto

3.2.2. Recursos Materiales

- Papel
- Computadora
- Impresora
- Conexión a Internet

3.2.3. Recursos Financieros

Autofinanciado

3.3. CRITERIOS O ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

3.3.1. Estrategia de recolección de datos

- Los datos obtenidos fueron tabulados haciendo uso del Software SPSS. Se empleó estadística descriptiva. Se sistematizó la información y se hizo la tabulación correspondiente para poder presentar los resultados mediante tablas y gráficos.





CAPÍTULO III RESULTADOS

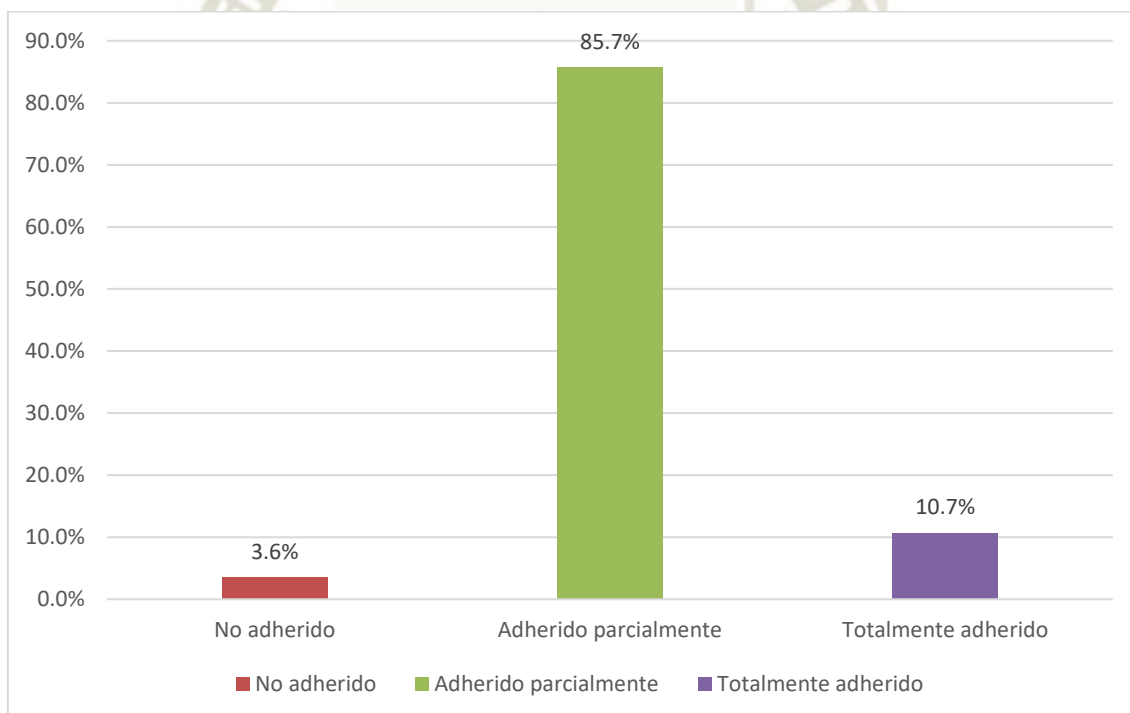
TABLA N°1

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE- AREQUIPA – 2022: ADHERENCIA

Adherencia	F	%
No adherido	3	3.60
Parcial	72	85.70
Totalmente adherido	9	10.70
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°1



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico y tabla se muestra que el 3.6 de los pacientes son no adheridos, 85.7% son adheridos parcialmente y el 10.7% son totalmente adheridos.

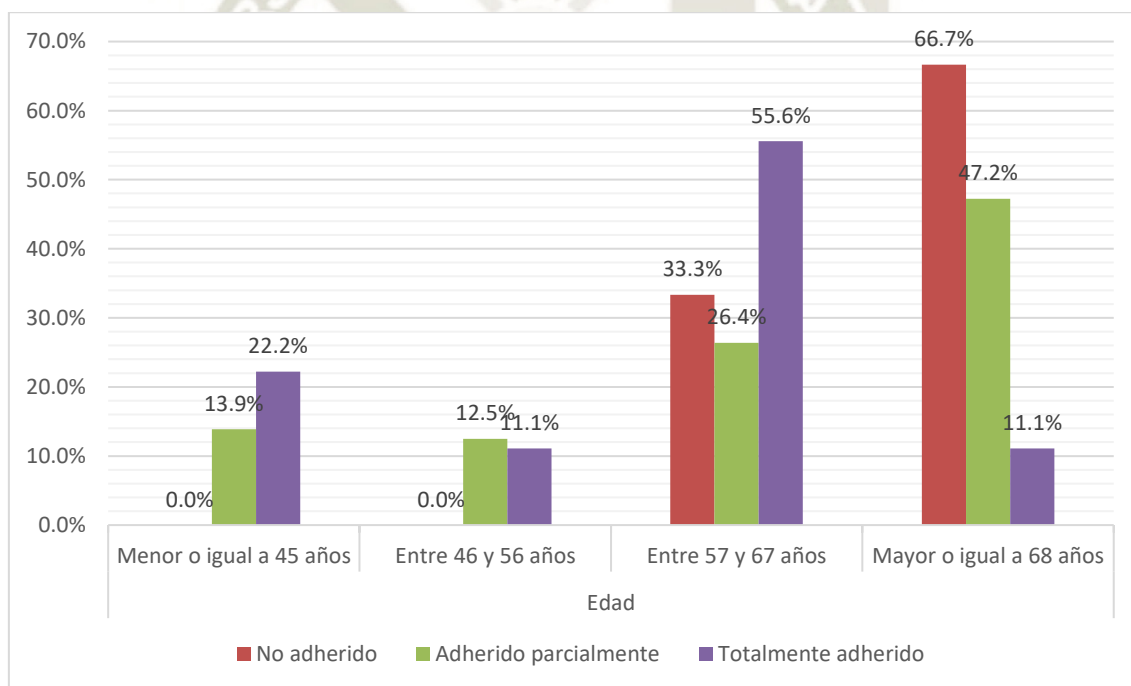
TABLA N°2

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ-AREQUIPA – 2022: RELACION CON LA EDAD

Edad	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Menor o igual a 45 años	0	0.0	10	13.9	2	22.2
Entre 46 y 56 años	0	0.0	9	12.5	1	11.1
Entre 57 y 67 años	1	33.3	19	26.4	5	55.6
Mayor o igual a 68 años	2	66.7	34	47.2	1	11.1
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°2



Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que la mayor parte de nuestra población pertenecen a una edad mayor o igual de 68 años el 44.0%, en el caso de los no adheridos, un 66.7% tiene una edad mayor o igual a 68 años y un 33.3% esta entre los 57 y 67 años.

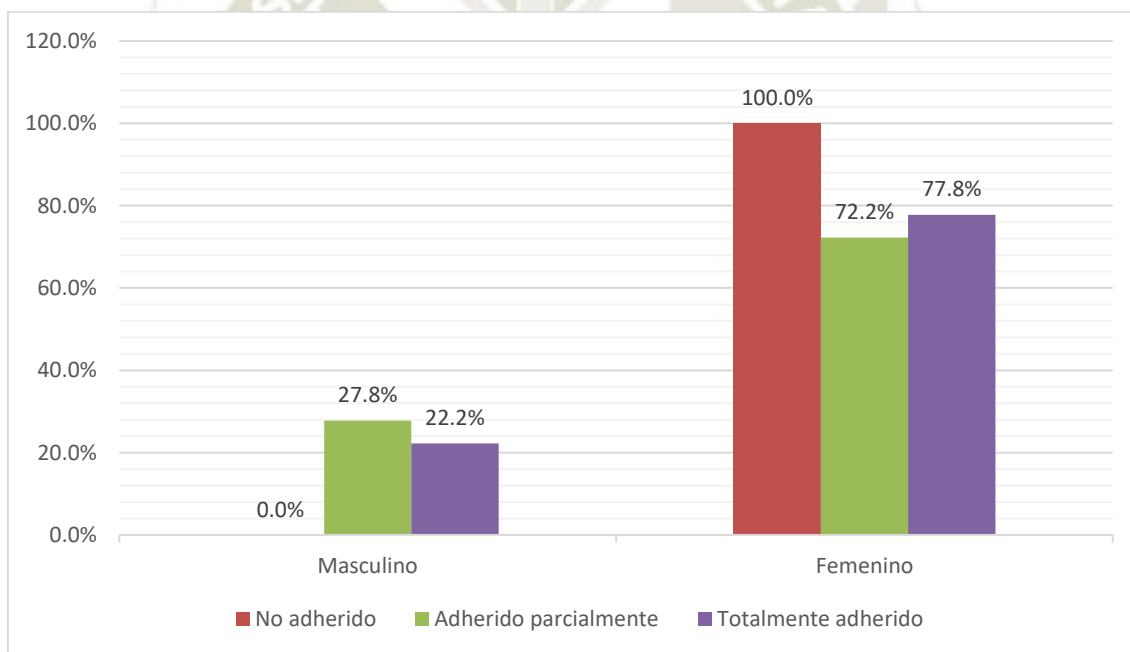
TABLA N° 3

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA – 2022: RELACION CON EL SEXO

Sexo	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Masculino	0	0.0	20	27.8	2	22.2
Femenino	3	100.0	52	72.2	7	77.8
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°3



Fuente: Elaboración propia

Se muestra en nuestra población el 73.8 % de los hipertensos de sexo femenino. En cuanto a los pacientes no adheridos el 100% de son de sexo femenino.

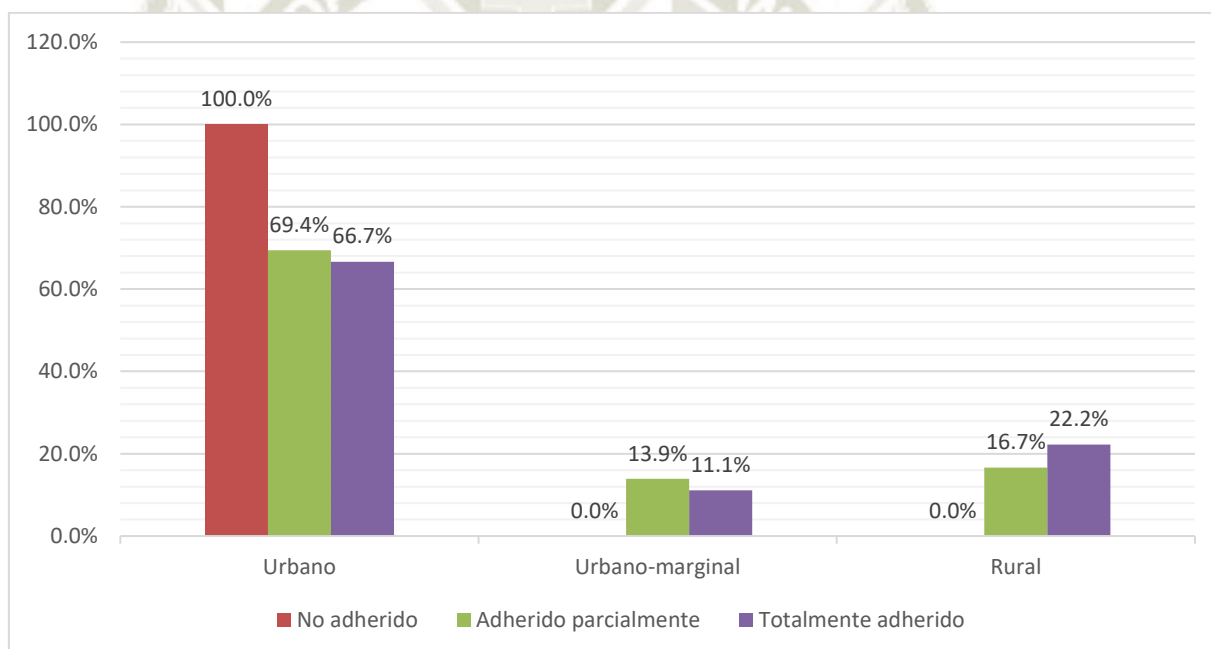
TABLA N°4

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA – 2022: RELACION CON LA RESIDENCIA

Residencia	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Urbano	3	100.0	50	69.4	6	66.7
Urbano-marginal	0	0.0	10	13.94	1	11.1
Rural	0	0.0	12	16.7	2	22.2
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°4



Fuente: Elaboración propia

Se muestra que el 70,2% de los pacientes pertenecen a la zona urbana, el 13,1% son de la región urbana marginal y solo el 16,7% pertenecen a la zona rural. Los pacientes no adheridos el 100% pertenecen a la zona urbana.

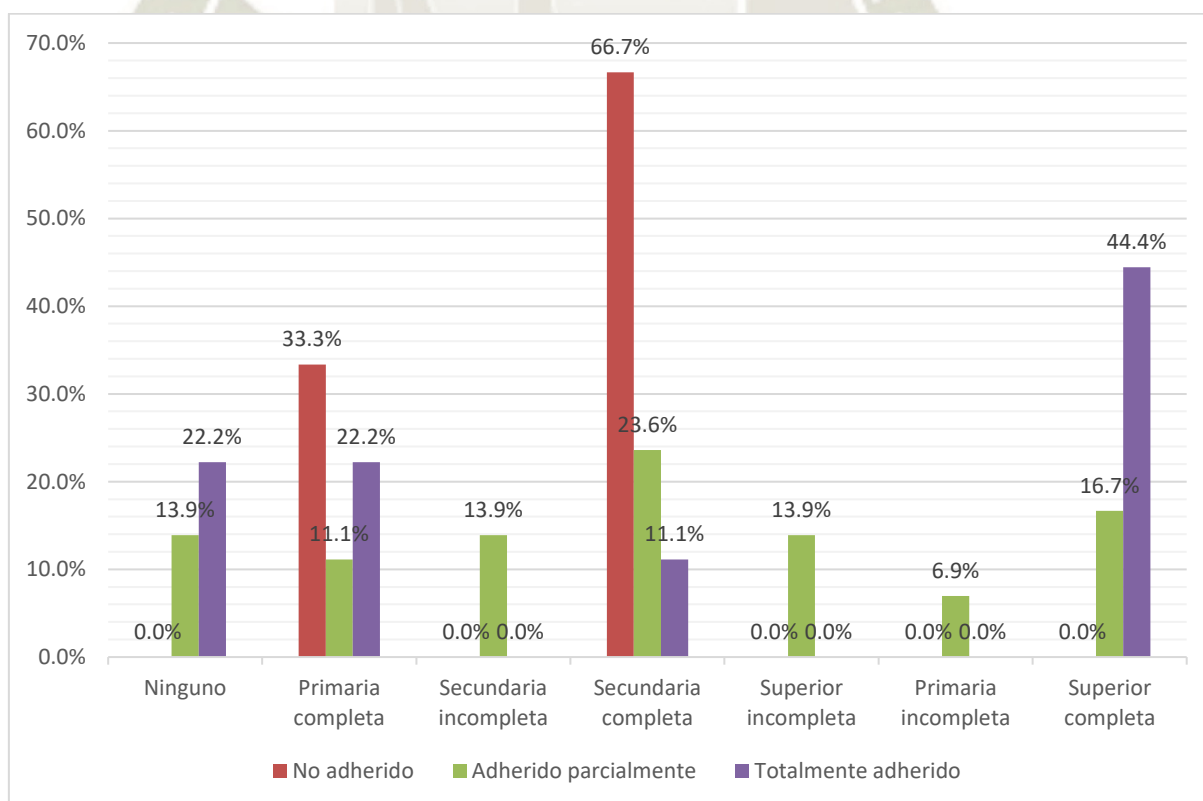
TABLA N°5

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA – 2022: RELACION CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Nivel de instrucción	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Ninguno	0	0.0	10	13.9	2	22.2
Primaria completa	1	33.3	8	11.1	2	22.2
Secundaria incompleta	0	0.0	10	13.9	0	0.0
Secundaria completa	2	66.7	17	23.6	1	11.1
Superior incompleta	0	0.0	10	13.9	0	0.0
Primaria incompleta	0	0.0	5	6.9	0	0.0
Superior completa	0	0.0	12	16.7	4	44.4
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°5



Fuente: Elaboración propia

se muestra que el 23,8% de los pacientes tienen secundaria completa, se encontró que el 66.7% no adheridos tienen secundaria completa y el otro 33.3% tiene primaria completa.

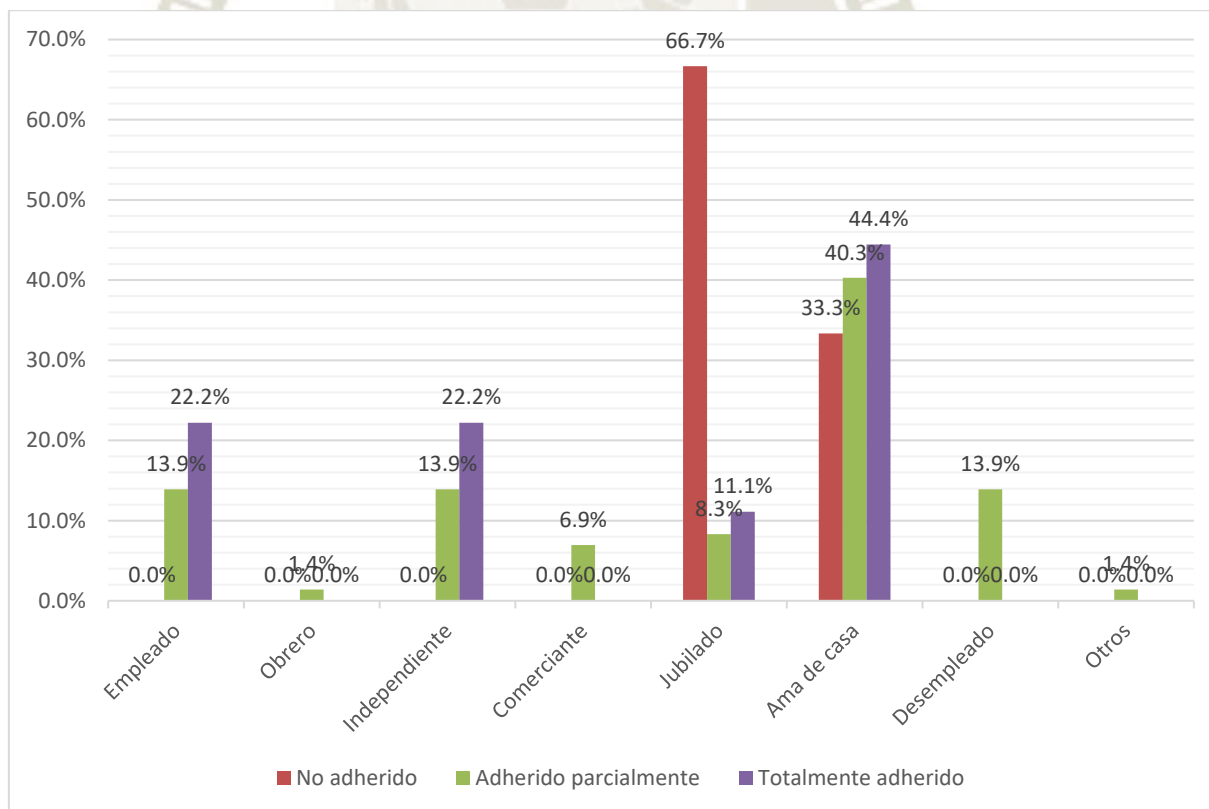
TABLA N°6

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ-AREQUIPA – 2022: RELACION CON LA OCUPACION

Ocupación	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Empleado	0	0.0	10	13.9	2	22.2
Obrero	0	0.0	1	1.4	0	0.0
Independiente	0	0.0	10	13.9	2	22.2
Comerciante	0	0.0	5	6.9	0	0.0
Jubilado	2	66.7	6	8.3	1	11.1
Ama de casa	1	33.3	29	40.3	4	44.4
Desempleado	0	0.0	10	13.9	0	0.0
Otros	0	0.0	1	1.4	0	0.0
Total	3	100.0	72	100.0%	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°6



Fuente: Elaboración propia

Se muestra que el 40,5% de los pacientes son amas de casa. Entre los pacientes no adheridos el 66.7 % son jubilados y 33.3% son amas de casa.

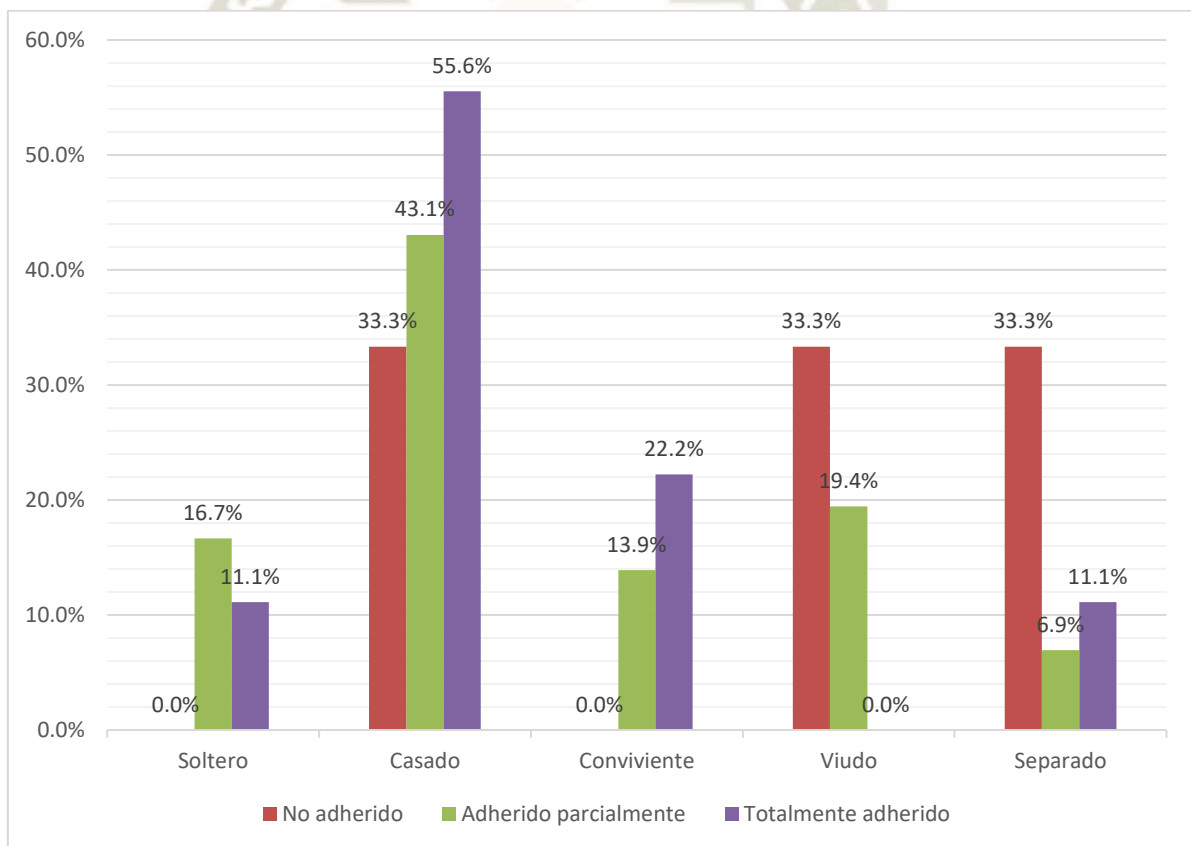
TABLA N°7

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ-AREQUIPA – 2022: RELACION CON EL ESTADO CIVIL

Estado civil	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Soltero	0	16.7	12	16.7	1	11.1
Casado	1	43.1	31	43.1	5	55.6
Conviviente	0	13.9	10	13.9	2	22.2
Viudo	1	19.4	14	19.4	0	0.0
Separado	1	6.9	5	6.9	1	11.1
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°7



Fuente: Elaboración propia

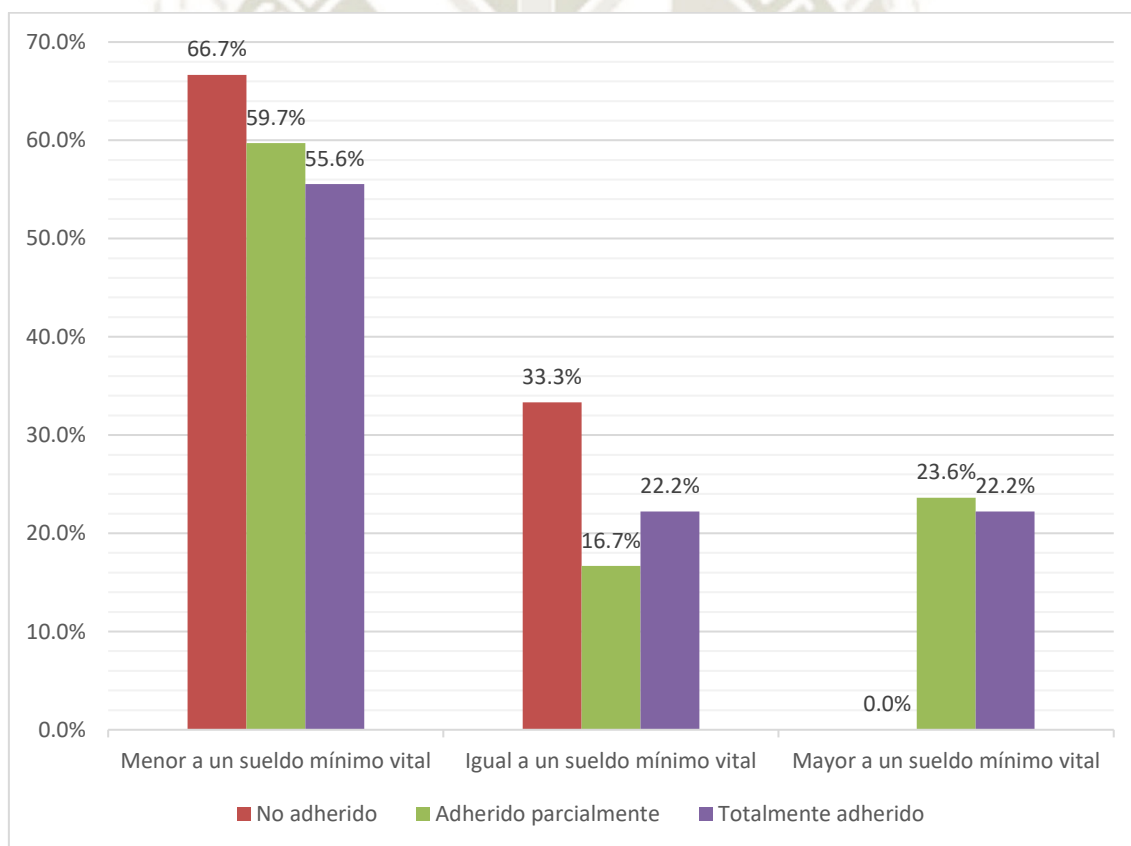
Se muestra la mayor parte de nuestra población el 44 % de los pacientes son casados. Por ende, se ve que el 66.7 % de los no adheridos son viudos y separados, un 33.4% son casados.

TABLA N°8
FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ-AREQUIPA – 2022: RELACION EL NIVEL ECONOMICO

Ingresos económicos por mes	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Menor a un sueldo mínimo vital	2	66.7	43	59.7	5	55.6
Igual a un sueldo mínimo vital	1	33.3	12	16.7	2	22.2
Mayor a un sueldo mínimo vital	0	0.0	17	23.6	2	22.2
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°8



Fuente: Elaboración propia

Nuestra población el 59.5 % de los pacientes ganan un sueldo menor al mínimo vital y solo el 22.6% gana un sueldo mayor al mínimo vital. En lo pacientes no adheridos el 66.7 % ganan un sueldo menor al mínimo vital.

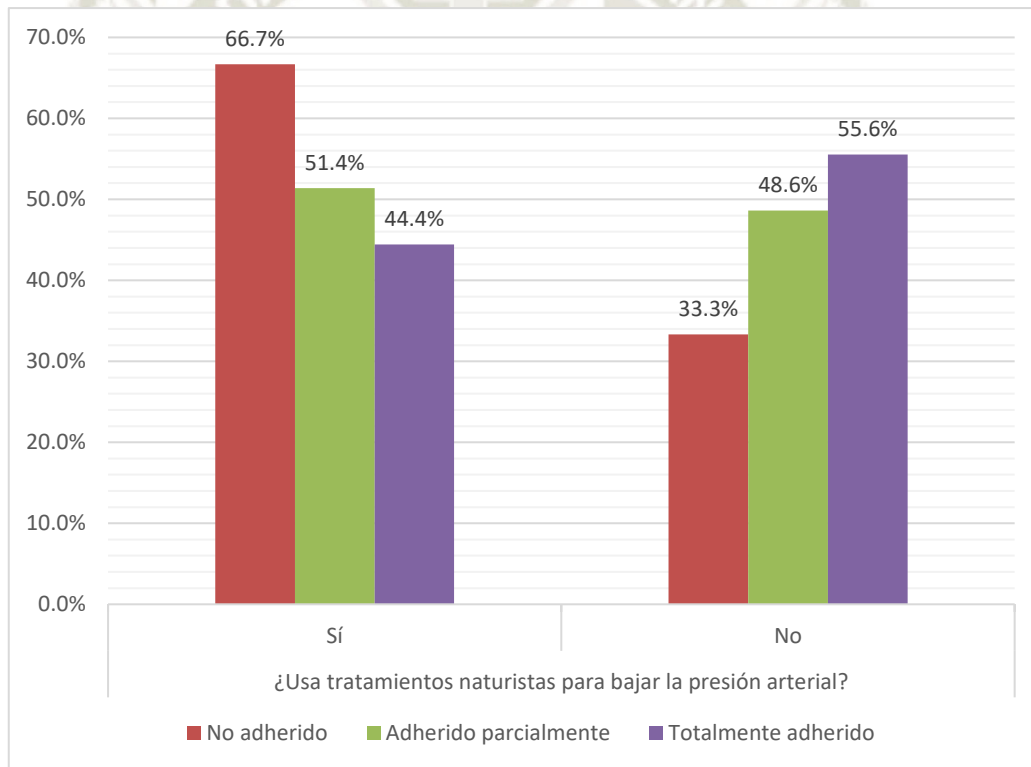
TABLA N°9

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA – 2022: RELACION EL USO DE TRATAMIENTOS NATURISTAS

¿Usa tratamientos naturistas para bajar la presión arterial?	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Sí	2	66.7	37	51.4	4	44.4
No	1	33.3	35	48.6	5	55.6
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°9



Fuente: Elaboración propia

Se muestra que el 51.2 % de los hipertensos utilizan tratamientos naturistas para bajar la presión arterial y solo el 48.8% no los usan. Por lo que el 66.7% de los pacientes no adheridos si utilizan estos tratamientos alternativos.

TABLA N°10

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ-AREQUIPA – 2022: RELACION LA INFORMACION RECIBIDA DE LA HIPERTENSION

¿Ha recibido información sobre la hipertensión arterial?	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Sí	3	100.0	49	68.1	8	88.9
No	0	0.0	23	31.9	1	11.1
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°10



Fuente: Elaboración propia

Se muestra que el 71.4% de los pacientes hipertensos afirma haber recibido información sobre la hipertensión arterial, entre los pacientes no adheridos el 100% refiere haber recibido información sobre la hipertensión arterial.

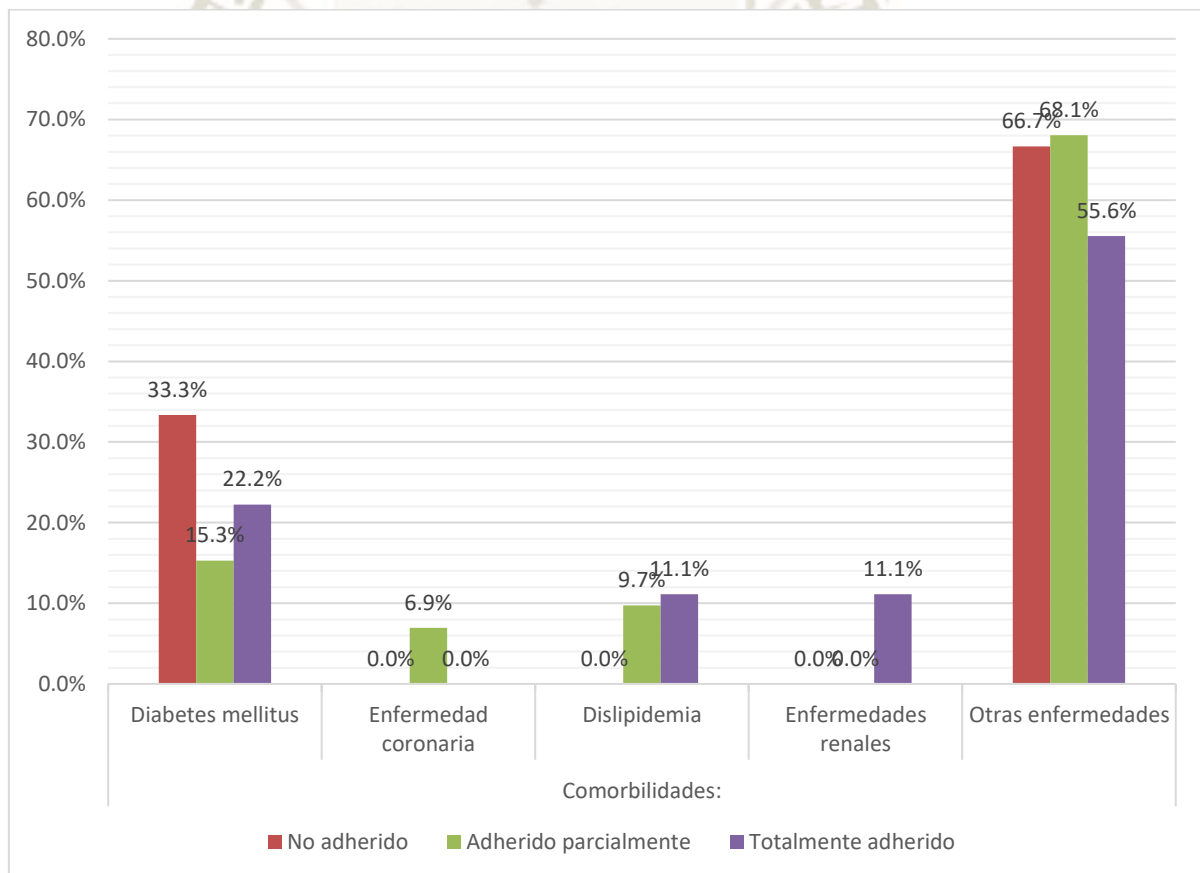
TABLA N°11

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ-AREQUIPA – 2022: RELACION CON LAS COMORBILIDADES

Comorbilidades	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Diabetes mellitus	1	33.3	11	15.3	2	22.2
Enfermedad coronaria	0	0.0	5	6.9	0	0.0
Dislipidemia	0	0.0	7	9.7	1	11.1
Enfermedades renales	0	0.0	0	0.0	1	11.1
Otras enfermedades	2	66.7	49	68.1	5	55.6
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°11



Fuente: Elaboración propia

En nuestra población que el 16.7% de los pacientes hipertensos presenta como comorbilidad diabetes mellitus y 66.7% otras enfermedades, en cuanto a los pacientes no adheridos 33.3% presenta diabetes mellitus y otras enfermedades 66.7%.

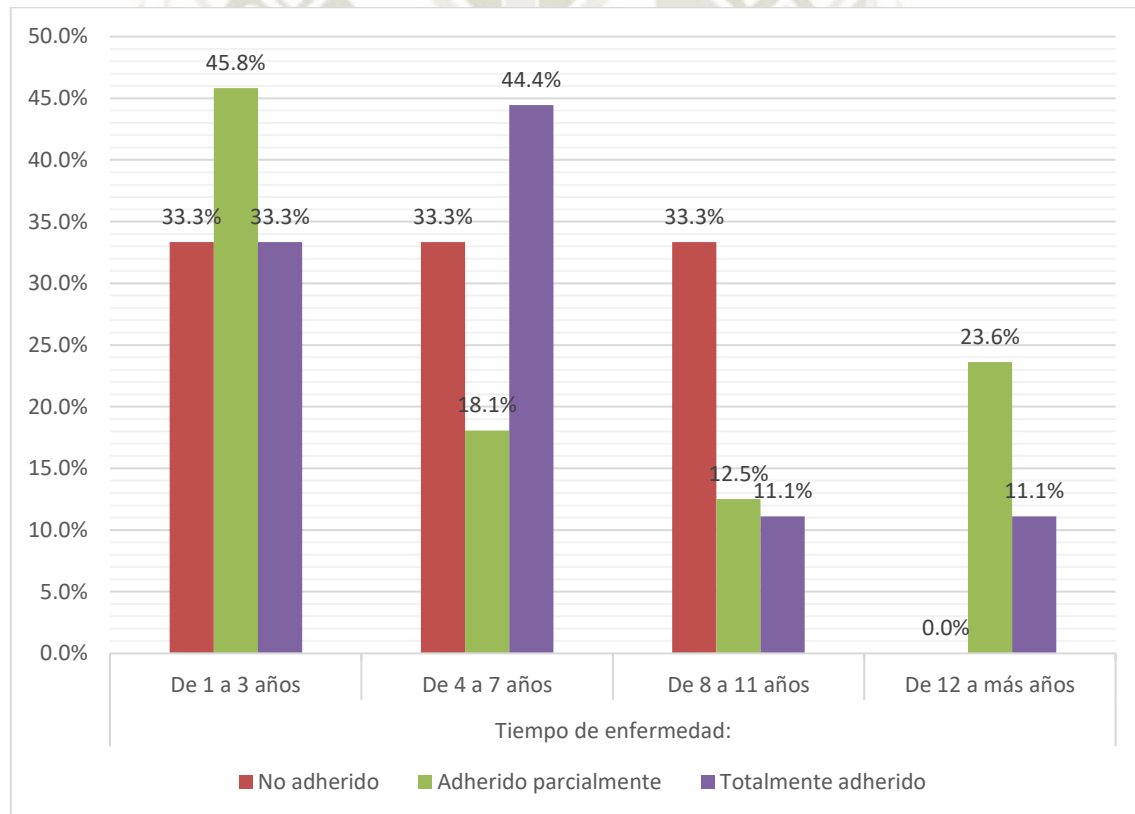
TABLA N°12

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ-AREQUIPA – 2022: RELACION EL TIEMPO DE LA ENFERMEDAD

Tiempo de enfermedad	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
De 1 a 3 años	1	33.3	33	45.8	3	33.3
De 4 a 7 años	1	33.3	13	18.1	4	44.4
De 8 a 11 años	1	33.3	9	12.5	1	11.1
De 12 a más años	0	0.0	17	23.6	1	11.1
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°12



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tiempo de enfermedad, la mayor parte de nuestra población tiene de 1 a 3 años son el 44.0%. Con relación a los pacientes no adheridos tienen de 1 a 3 años, 4 a 7 años y de 8 a 11 años con el mismo porcentaje es decir 33.3%.

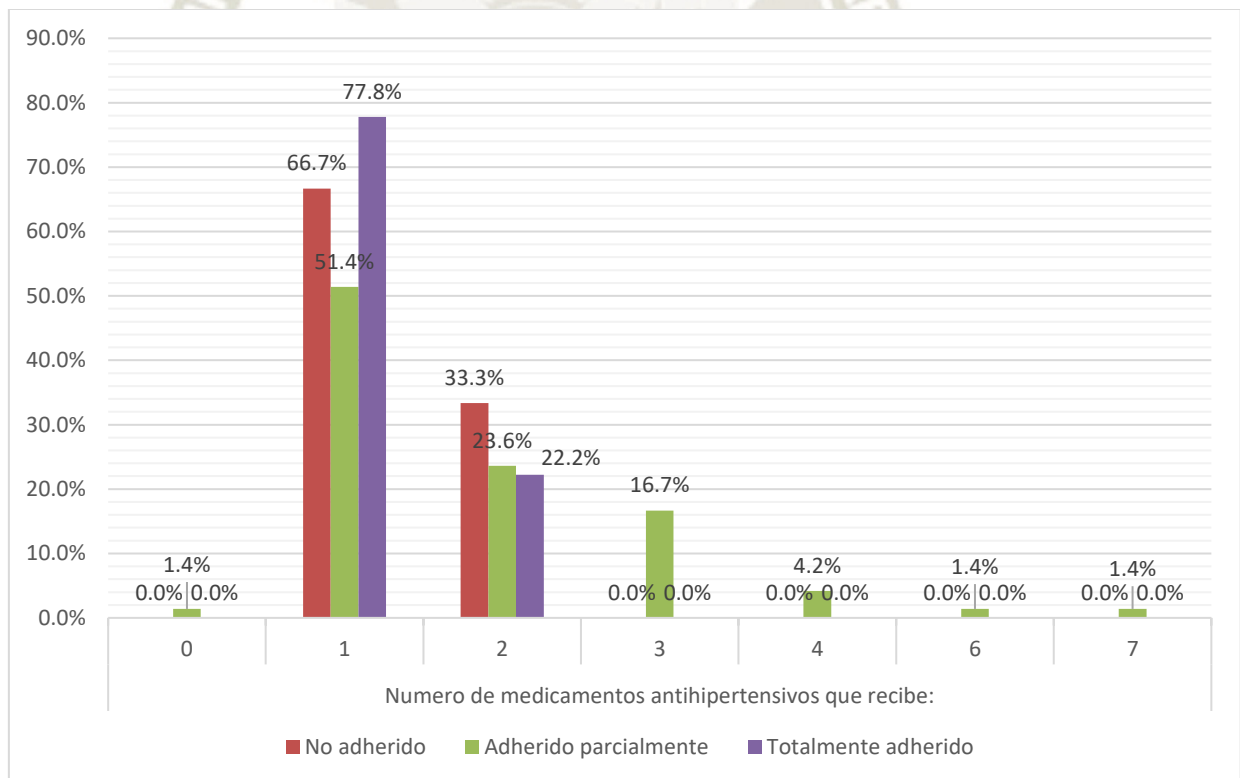
TABLA N°13

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ-AREQUIPA – 2022: RELACION EL NUMERO DE MEDICAMENTOS

Numero de medicamentos antihipertensivos que recibe:	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
0	0	0.0	1	1.4	0	0.0
1	2	66.7	37	51.4	7	77.8
2	1	33.3	17	23.6	2	22.2
3	0	0.0	12	16.7	0	0.0
4	0	0.0	3	4.2	0	0.0
6	0	0.0	1	1.4	0	0.0
7	0	0.0	1	1.4	0	0.0
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°13



Fuente: Elaboración propia

Se muestra que el número de medicamentos la mayor parte recibe 1 medicamento hipertensivo 54.8%. En cuanto a los pacientes que no presentan adherencia al tratamiento hipertensivo 66.7% recibe 1 medicamento hipertensivo, 33.3% reciben 2 medicamentos hipertensivos.

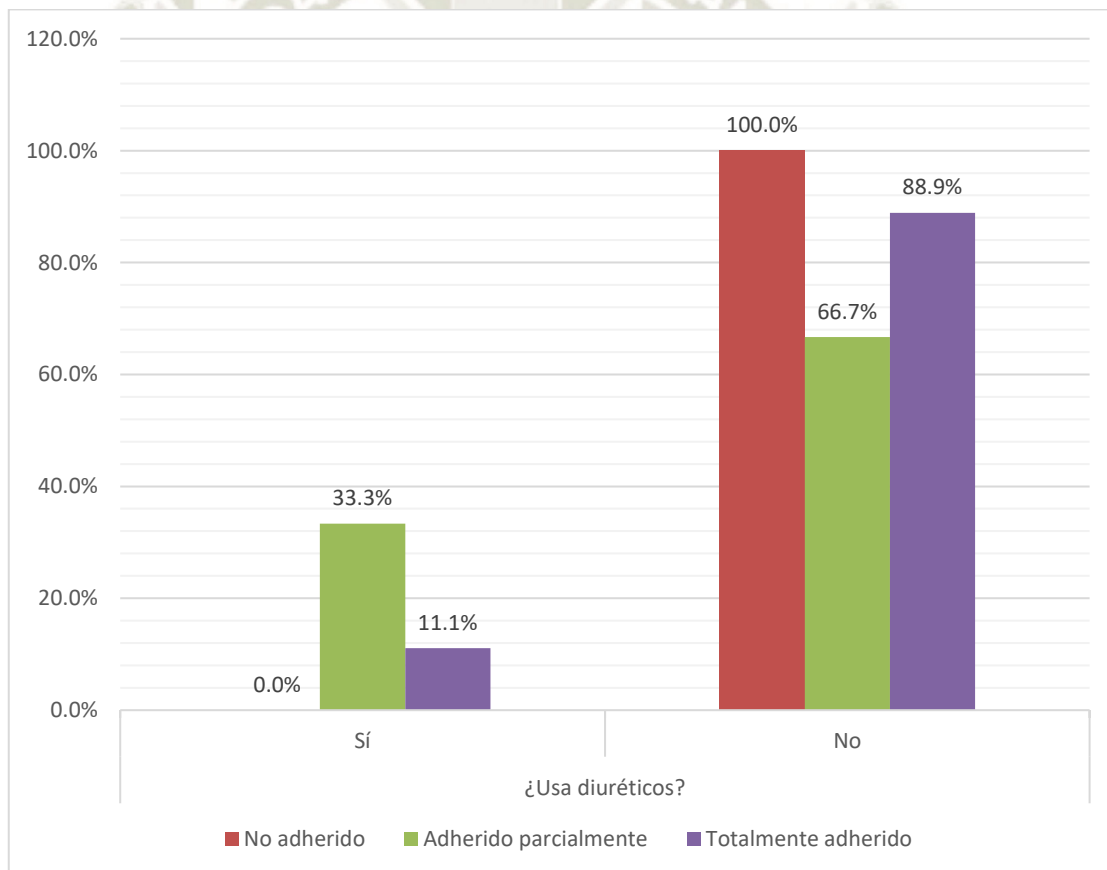
TABLA N°14

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA – 2022: RELACION EL USO DE DIURETICOS

¿Usa diuréticos?	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Sí	0	0.0	24	33.3	1	11.1
No	3	100.0	48	66.7	8	88.9
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°14



Fuente: Elaboración propia

Acerca del uso de diuréticos, los pacientes que reciben diuréticos son 29.8% y los pacientes que no reciben diuréticos son 70.2%, entre los pacientes que no se adhieren al tratamiento 100% no usa diuréticos.

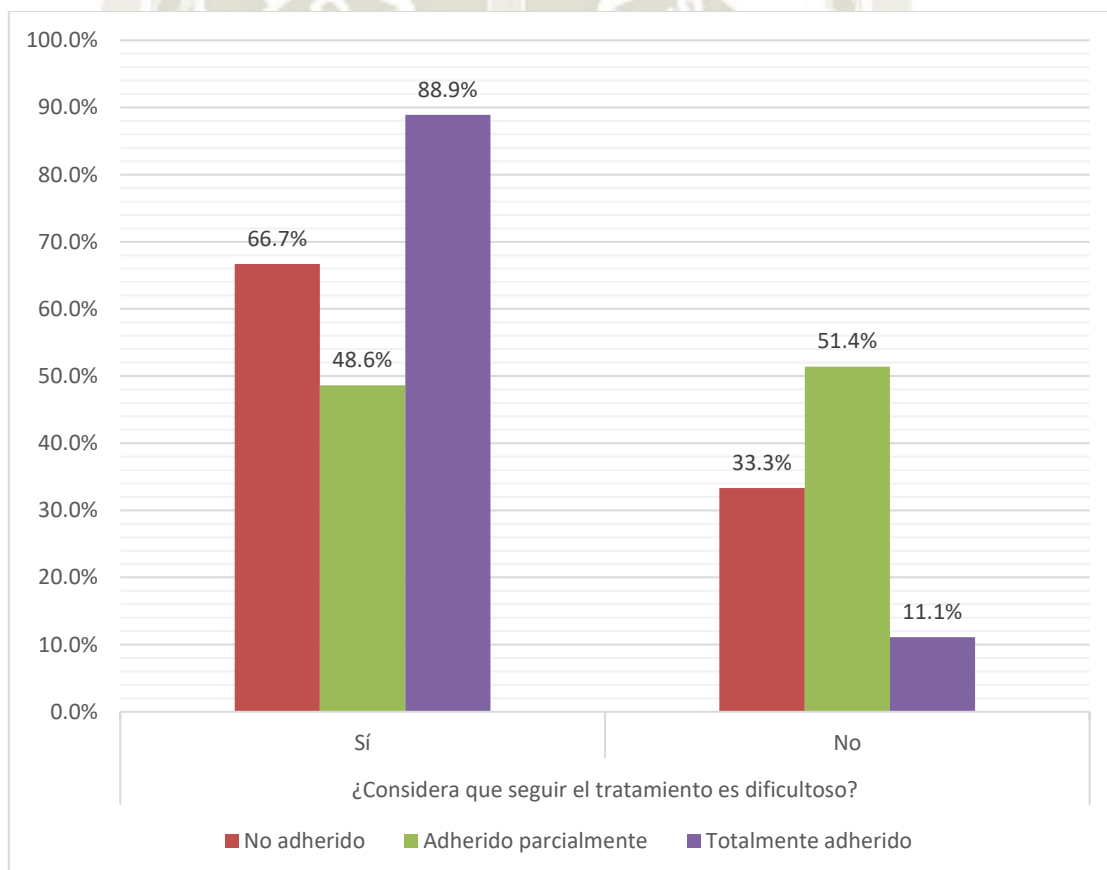
TABLA N°15

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA – 2022: RELACION LA DIFICULTAD DEL TRATAMIENTO

¿Considera que seguir el tratamiento es dificultoso?	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Sí	2	66.7	35	48.6	8	88.9
No	1	33.3	37	51.4	1	11.1
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°15



Fuente: Elaboración propia

Se muestra la percepción si el hipertenso considera que seguir su tratamiento es dificultoso, el 53.6% afirma que si, en cuanto a los pacientes no adherentes 66.7% considera que seguir su tratamiento si es dificultoso .

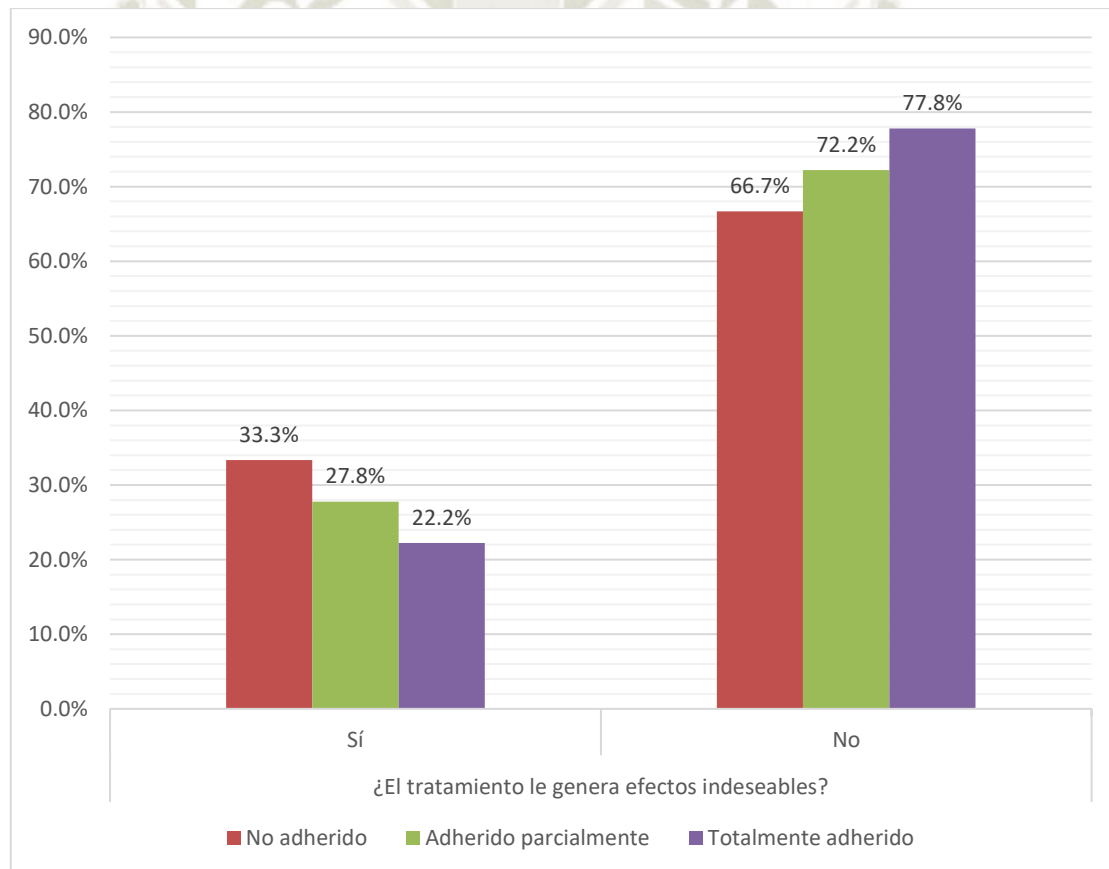
TABLA N°16

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE-AREQUIPA – 2022: RELACION EFECTOS INDESEABLES DEL TRATAMIENTO

¿El tratamiento le genera efectos indeseables?	No adherido		Parcial		Totalmente adherido	
	F	%	F	%	F	%
Sí	1	33.3	20	27.8	2	22.2
No	2	66.7	52	72.2	7	77.8
Total	3	100.0	72	100.0	9	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°16



Fuente: Elaboración propia

Muestra que alrededor del 72.6% de pacientes no tienen efectos adversos provocados por el tratamiento antihipertensivo. En consecuencia, el 66.7% de los no adheridos no presentan reacciones adversas atribuidas a la medicación.



CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

1. DISCUSIÓN

La no adherencia a la terapéutica antihipertensiva da como resultado un fracaso de dicho tratamiento. Por lo cual, el poder conocer los factores que se asocian a la no adherencia nos ayudan significativamente a poder abordarlos y tomar medidas (1). Todo para mejorar el apego a la medicación en los pacientes que sufren la enfermedad de los consultorios externos del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche en Arequipa.

Entonces, este trabajo tuvo como objetivo identificar aquellos factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población ya mencionada durante el periodo de abril y mayo del año 2022. Además se tenía como uno de los objetivos específicos medir la incidencia de la no adherencia a dicha terapéutica, que en este estudio se realizó gracias al cuestionario de Martin-Bayarre-Grau.

Por lo tanto en nuestro estudio se mostró que el 85% de los pacientes solo tiene una adherencia parcial. Estos resultados se pueden corroborar con la investigación de José Carlos Rodríguez aplicada en el Hospital Rebagliati en Lima en el año 2017, donde se evidenció una prevalencia de la adherencia parcial alrededor del 53.3% de su muestra (35).

Pero aun así, el porcentaje de 3,6% obtenido de los no adherentes es muy poco a comparación de otros estudios como los descritos por Tsiantou V, Pantzou P, Pavi E, et al (36); lo cual se puede deber a que la población mostraba una mayor conciencia de la enfermedad, ya que el 71,4% habían recibido información de la hipertensión y de las consecuencias que esta puede acarrear sino se trata. Esto se puede evidenciar también en el estudio de Hanine Abbas, Mazen Kurdi y Frank de Vries, donde solo se vio una mala adherencia de un 16,3%, lo que se atribuía a un gran porcentaje conocía la importancia de la adherencia a la medicación y a factores culturales característicos de los estudiados (37).

Por ende, esta poca adherencia se correlaciona a ciertas características que presenta su población como son la edad, estado civil, conocimiento de la enfermedad, comorbilidades, entre otras; que a continuación describiremos a más detalle.

Respecto a los factores demográficos, se encontró que la edad en la que los pacientes eran menos adherentes al tratamiento oscilaba entre los 68 y más años. A lo cual, se corrobora

con los resultados de Cacerola Jingjing, Bin-Hu , Lian Wu y Yaron Li; donde la adherencia deficiente se relacionaba con pacientes de una edad mayor de 65 años (7). Y esto se produce debido a que el deterioro de la memoria y el olvido se evidencia más a medida que las personas envejecen (38).

En cuanto a los otros factores como el género y la residencia se encontró que la mayoría de los hipertensos con una baja adherencia a su terapia son mujeres y pertenecen a la zona urbana. Esto se contrasta con la investigación de Kang GCY, Koh EYL y Tan NC, donde se identifica que el 48% de los no adherentes eran hombres.

Los factores socioeconómicos que afectan la adherencia interfieren tener buen soporte emocional y social, nuestros resultados muestran que los pacientes no adheridos 66.6% es viudo o separado y el 33.3% casado, es decir que más de la mitad no cuentan con un buen soporte emocional según M. Valverde (7). En contraste con los totalmente adheridos son casados el 55.6%, además en cuanto a grados de instrucción los no adheridos 33.3% tienen primaria completa y 66.7%, comparado con los totalmente adherido que un 44.4% tienen educación superior según el estudio de G. Rosas (39), no existe relación entre al grado de instrucción con la adherencia a los medicamentos, en la parte de ingresos económicos los no adheridos 66.7% tienen menor a un sueldo mínimo vital y 33.3% igual a un sueldo mínimo vital según M. Valverde (7), esto se relaciona con la solvencia para la compra de medicamentos pero en el caso de nuestro estudio los pacientes tienen SIS y generalmente este brinda las medicinas, pero cabe mencionar que existen medicamentos que muchas veces están agotados en farmacia de consultorio externo.

En cuanto a los factores culturales nuestro estudio reveló acerca del uso de tratamientos naturistas para bajar la presión arterial se vio que el 66.7% de los no adheridos si los usan según M Valverde (7) que exista confianza del tratamiento médico, hace que se tenga una actitud incrédula hacia tratamientos naturistas y por ende un mejor cumplimiento de la medicación, y los que sí recibieron información sobre la hipertensión arterial de los no adheridos fueron el 100% es decir que todos tenían conocimiento de su enfermedad y los consecuencias, lo cual contrasta con el estudio de J. Rodríguez (3) de un estudio de Perú en el que indica que el pobre conocimiento de esta entidad tienen 1.5 veces más probabilidad de tener una adherencia parcial al tratamiento que los pacientes con alto conocimiento en nuestro estudio todos los no adherentes afirmaron tener información sobre la hipertensión

arterial, pero se asemeja a un estudio de España que afirma que no existe una relación entre el conocimiento de la toma de medicamentos de M. Benites (5).

Los factores clínicos dentro de los pacientes no adheridos el 33.3% presentaba como comorbilidad diabetes Mellitus una enfermedad también relacionada a los hábitos alimenticios y estilo de vida, en el estudio de P. Herrera (40) se evidencia que los hipertensos diabéticos tienen un peor control de la presión arterial 63.4%¹ comparado con los no diabéticos que fueron 91.8% su control de la presión arterial, en además el tiempo de enfermedad es muy variable en los no adheridos un 33.3% tiene de 1 a 3 años, 33.3% de 4 a 7 años y 33.3% tiene de 8 a 11 años esto contrasta con el estudio de G. Rosas (39) que muestra que entre se tengas más años con tratamiento disminuye la adherencia que generalmente también tiene una asociación a personas de mayor edad.

Acerca de los factores relacionadas con el tratamiento en los pacientes no adheridos con respecto a número de medicamentos antihipertensivos el 66.7% tiene prescrito 1 medicamento, y 33.3% tiene prescrito 2 medicamentos según M. Valverde (7) entre más simple sean las indicaciones de la toma de medicamentos y menor sea el número de comprimidos la adherencia, en cuanto a su percepción de si consideran que seguir el tratamiento es dificultoso 66.7% de lo no adheridos confirmaron que sí, 33,3% refieren que no, acerca si el tratamiento genera efectos indeseables 66.7% refirieron que no y 33.7% manifestaron que sí pudiendo ser esto una explicación a no tener buena adherencia a los medicamentos.

Finalmente lo que se puede deducir es que los principales factores que influyen en la no adherencias, según lo expuesto, son: la edad avanzada, el estar separado o viudo, la confianza del tratamiento médico prescrito, los que tienen otras comorbilidades como la Diabetes Mellitus, y la dificultad de seguir el tratamiento por un largo periodo. Lo cuales hay que tener en cuenta si queremos que el paciente cumpla con el tratamiento y pueda llegar a ser beneficioso para sobre llevar la enfermedad.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

1. CONCLUSIONES

PRIMERA

Se encontró que la razón por la que los pacientes que se atendieron en consultorios externos del servicio de Cardiología tienden a no adherirse de forma completa al tratamiento antihipertensivo son ciertos factores a tener en cuenta como: la edad avanzada, el estar separado o viudo, la confianza del tratamiento médico prescrito, comorbilidades como la Diabetes Mellitus, y la dificultad de continuar el tratamiento. Ya que estos factores se vieron fuertemente relacionados con no lograr resultados clínicos óptimos que se esperan al seguir una terapéutica médica.

SEGUNDA

Se encontró que los encuestados tienen poca prevalencia a la adherencia al tratamiento y más es una adherencia parcial. Esto se puede deber a que la población mostraba una mayor conciencia de la enfermedad, ya que gran parte de los pacientes habían recibido información de la hipertensión y estaban consientes de las consecuencias que esta puede acarrear sino se trata. Pero aun así no se llegan a adherir totalmente por los factores específicos ya mencionados.

TERCERA

Los factores demográficos estudiados fueron la edad, el sexo y la residencia. Siendo el más significativo el sexo, se determinó que los que pertenecen al grupo etario de 68 años a más son las personas que no se adhieren al tratamiento. Esto sucede ya que las personas al tener una mayor edad presentan ciertas dificultades como pérdida de memoria y el olvido característicos de la edad.

CUARTA

Se determinó que los factores socioeconómicos para los pacientes que no se adhieren al tratamiento totalmente indican que tienen solo grado de instrucción de secundaria completa, son de ocupación jubilados, separados. Con lo que podemos evidenciar que

para la adherencia a un tratamiento influye mucho el tener un apoyo emocional y social en la vida cotidiana de las personas.

QUINTA

El uso de tratamientos naturistas para reducir la presión arterial incide en la no adherencia de los pacientes encuestados; asimismo, a pesar de que las personas recibieron información sobre el tratamiento, no se adhirieron de forma total al tratamiento antihipertensivo. Concluyendo que es importante que el paciente confié en el tratamiento que su médico le pueda proporcionar y crea que este es en beneficio de su persona y no para su mal .

SEXTA

El factor clínico relacionado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes más importante es la Diabetes Mellitus. Por lo que se ha visto en estudios que esta enfermedad influye mucho ya que es una enfermedad crónica y también requiere de una terapéutica a largo plazo, por lo que seguir estos tratamientos se le hace más complicado a la persona y muchas veces no lo sigue a cabalidad.

SETIMA

Se determinó que los factores de tratamiento relacionados a la no adherencia al tratamiento más relevante es la dificultad de seguirlo. Debido a que el tratamiento en si es largo o que hay que ser constantes con las citas médicas y las dosis diarias a recibir, ya que es una enfermedad crónica para la cual se debe seguir un programa disciplinario para lograr cierto beneficio y tener una mejor esperanza de vida.

2. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la dirección del Hospital Goyeneche a tener en cuenta estos factores que se han ido evaluando en sus pacientes y que intervienen en la no adherencia al tratamiento antihipertensivo y a tomar medidas frente a ellos, ya que es su responsabilidad garantizar que los servicios que se brindan lleguen a sus pacientes de la manera más eficaz posible y que ayuden verdaderamente al beneficio de su salud.
2. Se recomienda a la dirección de este hospital a realizar un seguimiento más exhaustivo a la adherencia terapéutica antihipertensiva de sus pacientes, debido a que según el estudio tenemos una gran adherencia parcial y eso quiere decir que el control que se hace no es suficiente como para que sea totalmente eficiente, para que los pacientes lleven mejor su enfermedad y tengan una mejor esperanza de vida.
3. Se recomienda a los médicos que atienden los consultorios externos del servicio de Cardiología, prestar más atención a los pacientes con más años, dándoles más tiempo en consulta o de repente sugerir que el paciente tenga un apoyo social, para que en caso de tener dificultades este pueda ayudarlo a llevar mejor su tratamiento y no abandonarlo.
4. Se recomienda a los médicos que atienden los consultorios externos del servicio de Cardiología, enfatizar su atención en los pacientes que son separados o viudos, ya que el factor emocional interviene mucho en la no adherencia; ellos podrías sugerir que esta población tenga consulta con un psicólogo para poder sobre llevar su situación y tener por ende mejor adherencia.
5. Se recomienda a los médicos que atienden los consultorios externos del servicio de Cardiología, establecer una buena relación médico paciente, ya que muchas veces los pacientes se van por otros medios para tratar su enfermedad y es importante que el paciente tenga confianza en su médico para poder tener una mejor adherencia la medicación prescrita.

6. Se recomienda a los médicos que atienden los consultorios externos del servicio de Cardiología, priorizar a los pacientes que tienen diabetes mellitus además de la hipertensión, debido a que se mostró menor adherencia en estos grupo de pacientes. Tal vez sugerir al paciente que al momento de ir al consultorio también pase por consultorio de endocrinología para que al mismo tiempo los médicos puedan brindar una terapia conjunta y que el paciente lleve mejor su tratamiento.
7. Se recomienda a los médicos que atienden los consultorios externos del servicio de Cardiología, que en cuanto al tratamiento brindado se deben dar dosis efectivas más pequeñas o la decisión que toma el médico al momento de seleccionar una terapéutica, hacer participar activamente al paciente; de esta forma habría más probabilidades de adherirse al tratamiento ya que sería una decisión en la que estaría de acuerdo tanto el paciente como su médico para tratar su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

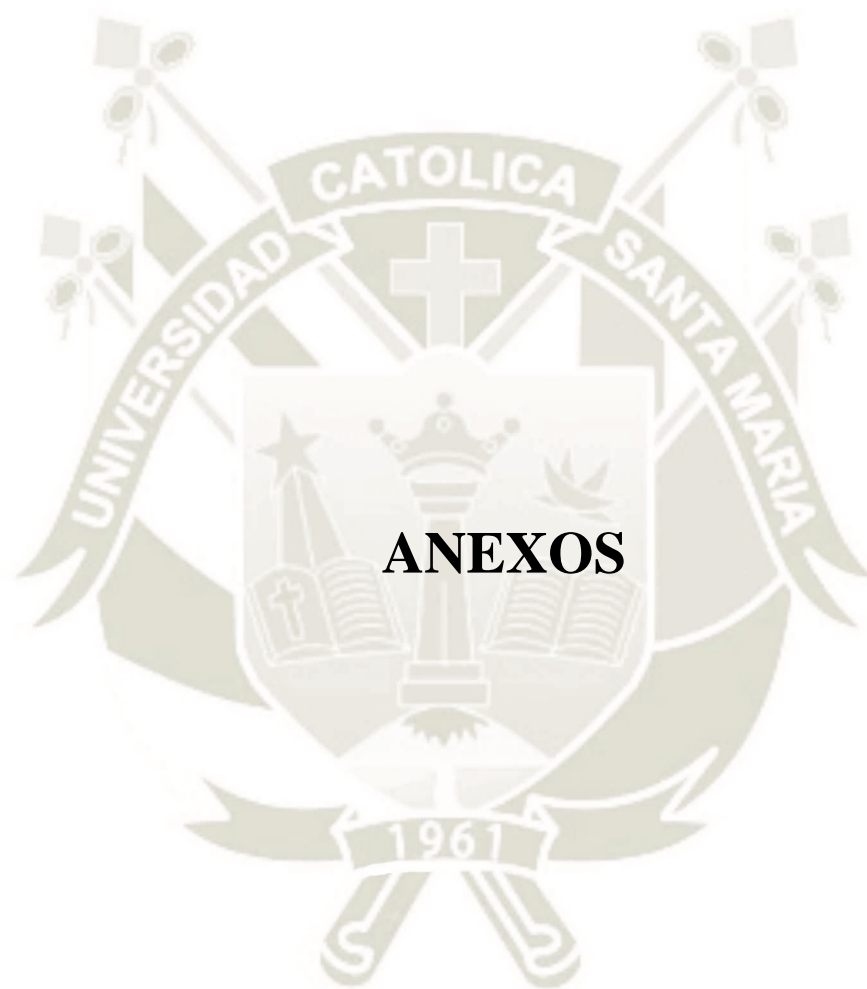
1. Kang G, Koh E, Tan N. Prevalencia y factores asociados con la adherencia a los antihipertensivos entre adultos con hipertensión en una comunidad asiática desarrollada: un estudio transversal. *Actas de Singapore Healthcare*. 2020; 29: (3) p. 167-175.
2. Asgedom S, Atey T, Desse T. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018 Jan 15; 11: (1)p. 27.
3. Rodriguez JC, Solís Visscher R, Rogic Valencia S, Román Y, Reyes Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2017 Mar; 65(1).
4. Mekonnen H, Gebrie M, Eyasu K, Gelagay A. Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2017; 1: (18) p. 27.
5. Benites Velasquez B, Portocarrero Correa S, Sánchez Espinoza RB. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. INEI; 2021.
6. S. Cifu A, M. Davis A. Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. American College of Cardiology (ACC) American Heart Association (AHA), *JAMA*; 2017.
7. Pages Puigdemont N, Valverde Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*. 2018 Octubre; 59: (4) p. 251-268.
8. World Health Organization. What is hypertension? ; 2021.
9. Villareal Zegarra D, M. Carrillo Larco R, Bernabe Ortiz A. Short-term trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of arterial hypertension in Peru. 2021; 35: (5) p. 462-471.
10. Unger T, Borgh C, Charchar F, Khan N, Poulter N, Prabhakaran D, et al. Global Hypertension Practice Guidelines. 2020; 75: (6) p. 1334-1357.

11. Brent ME, George L B, Kunin L, P. Forman J. La prevalencia y el control de la hipertensión en adultos. .
12. Ruiz Alejos A, Carrillo Larco R, Bernabé Ortiz A. Prevalence and incidence of arterial hypertension in Peru: a systematic review and meta-analysis. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2021 Oct; 38: (4) p. 521-529.
13. Basile J, Michael M, Bloch J, FACP , FASH , FSVM. Overview of hypertension in adults. UCSM.
14. Lawrence J, Appel M. Sobrepeso, obesidad y reducción de peso en hipertensión. .
15. Brent ME, Bakris William G, P. Forman J. Complicaciones hipertensivas en individuos negros. .
16. Weschenfelder M, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería global*. 2012; 11: (26) p. 344-353.
17. Staessen J, Wang J, Bianchi G, Birkenhager W. Essential hypertension. 2003; 361(9369).
18. Ramos MV. Hipertensión arterial: novedades de las guías. *Revista Uruguaya de Cardiología*. 2018; 34(1): p. 131-152.
19. Yusuf S, Hawken S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries: case-control study. *Lancet*. 2004;(364): p. 937-952.
20. O'Donnell M, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin S, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries: a case-control study. *The INTERSTROKE study*. 2010;(376): p. 112-123.
21. American College of Cardiology. Directriz para la prevención, detección, evaluación y manejo de la presión arterial alta en adultos. American Grupo de trabajo de la Heart Association sobre guías de práctica clínica; 2017.
22. Barone G, Hivert M, Jerome G, Kraus W, Rosenkranz S, Schorr E, et al. Physical Activity as a Critical Component of First-Line Treatment for Elevated Blood Pressure or Cholesterol: Who, What, and How? *Council on Cardiovascular and Stroke Nursing*. 2021 Aug; 78(2).

23. Nordestgaard BG. Triglyceride-Rich Lipoproteins and Atherosclerotic Cardiovascular Disease. *New Insights From Epidemiology, Genetics, and Biology. Circulation Research.* 2016; 118: p. 547-563.
24. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti RE, Azizi M, Burnier M, et al. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *ESC Scientific Document Group.* 2018 Sep; 40: (33) p. 3021-3104.
25. James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Denninson-Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee. *JAMA.* 2014 Feb; 311:(5) p. 507-520.
26. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2003 May 21; 289:(19) p. 2560-2572.
27. Puttnam R, Davis B, Pressel S, Whelton P, Cushman W, Louis G, et al. Association of 3 Different Antihypertensive Medications With Hip and Pelvic Fracture Risk in Older Adults: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) Collaborative Research Group.* 2017 Jan 1; 177(1): p. 67-76.
28. Dahlof B, Devereux R, Kjeldsen S, Julius S, Beevers G, De Faire U, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *LIFE Study Group.* 2002 Mar 23;; p. 995-1003.
29. Roush G, Ernst M, Kostis J, Tandon S, Sica D. Head-to-head comparisons of hydrochlorothiazide with indapamide and chlorthalidone: antihypertensive and metabolic effects. *Hypertension.* 2015 May; 65:(5) p. 1041-1046.
30. Brown M, McInnes G, Papst C, Zhang J, MacDonald T. Aliskiren and the calcium channel blocker amlodipine combination as an initial treatment strategy for hypertension control (ACCELERATE): a randomised, parallel-group trial. *Lancet.* 2011 Jan 22;; p. 312-20.

31. Andrade Méndez B, Céspedes Cuevas V. Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enfermería Universitaria*. 2017 Dic; 14:(4) p. 266-276.
32. Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Hoom S, Murray C. Principales factores de riesgo seleccionados y carga mundial y regional de morbilidad. *Lancet*. Lancet. 2002; 360: p. 1347-1360.
33. Osterberg L, Blaschke T. Drug therapy: adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353: p. 487-497.
34. Morisky D, Ang A, Krouset Wood M, Ward H. Predictive Validity Of A Medication Adherence Measure In An Outpatient Setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020 May 10;: p. 348-54.
35. Martín Alfonso L, Bayarre Veá HD, Grau Abalo J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008; 34(1).
36. Tsiantou V, Pantzou P, Pavi E. Factores que afectan la adherencia a la medicación antihipertensiva en Grecia: resultados de un estudio cualitativo. *Adherencia preferida por el paciente*. 2010; 7(4) p. 335–343.
37. Abbas H, Kurdi M, De Vries F, Van Onzenoort H, Driessen J, Watfa M, et al. Factors Associated with Antihypertensive Medication Non-Adherence: A Cross-Sectional Study Among Lebanese Hypertensive Adults. *Patient Prefer Adherence*. 2020 Abril 1; 14: p. 663-673.
38. Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. Deterioro cognitivo en adultos mayores: tamizaje. 2014.
39. Rosas Chavez G, Romero Visurraga C, Ramirez Guardia E, Málaga Germán. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019; 36:(2) p. 214-221.
40. Herrera Añazco P, Pacheco Mendoza J, Valenzuela Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2017 Julio; 34:(3) p. 497-504.

41. Alvarez Arias P, Huanca Yufra F, Caira B, Zafra Tanaka J, Moreno Loaiza O. Prevalencia de hipertensión arterial en Perú según las nuevas recomendaciones de la guía AHA 2017: análisis secundario de Endes 2016. Salud Pública de México. 2019; 61: (2) p. 98-99.
42. Ocharan Corcuera J, Espinosa Furlong M. Hipertensión arterial. Definición, clínica y seguimiento. ; 113: (4) p. 162-170.
43. Mori T, Burke V, Puddey I, Shaw J, Beilin L. Effect of fish diets and weight loss on serum leptin concentration in overweight, treated-hypertensive subjects. J Hypertens. 2004 Oct; 22(10).
44. Vargas Lucana, A. H. Factores Relacionados a la no Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en Pacientes que Acuden al Consultorio Externo de Cardiología en el Hospital Goyeneche, Arequipa – 2017. 2018



ANEXOS

ANEXO 1 CUESTIONARIO DE FACTORES

Factores demográficos:

Edad: () < o = 45 años () 46 – 56 años () 57- 67 años () > o = 68 años

Sexo () Masculino () Femenino

Residencia: () Urbano () Urbano-marginal () Rural

Factores socioeconómicos:

Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior incompleta () Superior
completa

Ocupación: () Empleado () Obrero () Independiente () Comerciante () Jubilado () Ama
de casa () Desempleado

Estado civil: () Soltero () Casado () Conviviente () Viudo () Separado

Ingresos económicos por mes: () Menor a un sueldo mínimo vital () Igual a un sueldo
mínimo vital () Mayor a un sueldo mínimo vital

Factores culturales:

Usa tratamientos naturistas para bajar la presión arterial: () Si () No

Ha recibido información sobre la hipertensión arterial: () Si () No

Factores clínicos:

Comorbilidades: () Diabetes mellitus () Enfermedad coronaria () Dislipidemia ()
Enfermedades renales () Otras enfermedades.....

Tiempo de enfermedad: () 1-3 años () 4 - 7 años () 8 - 11 años () 12 a más años

Del tratamiento:

Numero de medicamentos antihipertensivos que recibe:número

Uso de diuréticos: () Si () No

Considera que seguir el tratamiento es dificultoso: () Si () No

Tiene dinero suficiente para comprar los medicamentos: () Si () No

El tratamiento le genera efectos indeseables: () Si () No

Encuesta citada en Vargas Lucana, A. H. Factores Relacionados a la no Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en Pacientes que Acuden al Consultorio Externo de Cardiología en el Hospital Goyeneche, Arequipa – 2017. 2018 (44)

ANEXO 2

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA MARTÍN-BAYARRE-GRAU**

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el 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

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una x, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
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, deciden 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, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente se le invita a usted a participar en el siguiente cuestionario, con el fin de estudiar y dar a conocer cuáles son los factores tanto demográficos, socioeconómicos, culturales, clínicos y del tratamiento que se relacionan con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Para este estudio, se requiere de su participación voluntaria; en otras palabras es usted el único que decide dar su consentimiento de participar en él o no.

Al responder el siguiente cuestionario no existe riesgo alguno para su persona y usted no asumirá ningún costo económico, ya que este será asumido por las investigadoras.

En caso de tener dudas o preguntas que le dificulten responder las interrogantes puede consultar con las investigadoras de manera libre.

Firma del encuestado

ANEXO 4

CARTA DE PRESENTACION PARA AUTORIZACION DE ENCUESTAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



Universidad Católica
de Santa María

"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 02 de mayo del 2022

Of. N° 242-FMH-2022

Señora Doctora
RAQUEL PERFECTA HERRERA VILLANUEVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ
Ciudad

Asunto: Autorización Trabajo de Investigación
Ref.: Expediente N° E-008088

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, solicitando su autorización a efecto de que las estudiantes **URSULA ROSARIO MARTÍNEZ QUISPE**, con DNI 72396775 y código universitario 2015202392 y **CLAUDIA ALEJANDRA APAZA VILCA**, con DNI 70482508 y código universitario 2015203682, puedan llevar a cabo su Trabajo de Investigación titulado "**FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ- AREQUIPA 2022**"; consistente en la aplicación de instrumento y, en el horario que designe su representada. Se adjunta la solicitud de requerimiento de las interesadas.

Dicho trabajo ha sido aprobado por el Jurado Dictaminador respectivo, para lo cual, se adjunta el dictamen aprobatorio.

Finalmente, mucho le agradeceré, concederle las facilidades del caso, a nuestras estudiantes, únicamente con fines académicos.

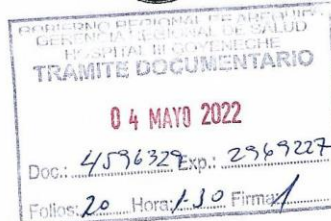
Agradeciendo anticipadamente por la atención dispensada al presente, quedo de usted.

Atentamente,



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Dr. Miguel Fernando Farfán Delgado
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



MFFD/Decano
Bif

ANEXO 5

FOTOS

