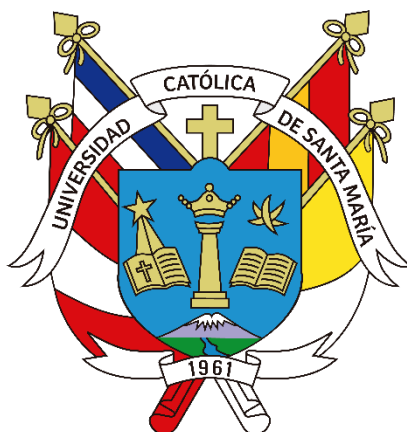


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL
HOSPITAL III DE YANAHUARA, AREQUIPA. 2023**

Tesis presentada por el Bachiller:
Villamar Mendoza, Mario Sergio

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor:
Dr. González Altamirano, Juan
Carlos

Arequipa - Perú
2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 09 de Mayo del 2023

Dictamen: 009639-C-EPMH-2023

Visto el borrador del expediente 009639, presentado por:

2015221361 - VILLAMAR MENDOZA MARIO SERGIO

Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA, AREQUIPA.
2023**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29307349 - FARFAN ASPILCUETA JULIO
DICTAMINADOR**



**29200483 - SALAZAR HUAJARDO ROBERTO
DICTAMINADOR**



**29525570 - PACHECO CHAVEZ GUILLERMO
DICTAMINADOR**



AGRADECIMIENTO

A mi familia, Mario, Mary, Santiago y Katy, que fungen como los pilares sobre los cuales puedo construir mi vida personal y profesional, mediante la estabilidad, el apoyo y la ayuda práctica que me han brindado inestimablemente a lo largo de mis años universitarios.

Gracias por prestar cuidadosa atención para hablar conmigo acerca de los asuntos más complicados, ayudándome a organizar mis pensamientos, mis palabras y mis acciones.

Gracias por acompañarme siempre en mi búsqueda personal por el valor potencial de todo lo que me rodea.

Agradezco a mis amigos, familia y doctores que, a lo largo de estos años, han enriquecido mi camino con felicidad y experiencias, haciéndome mejor día a día.



EPÍGRAFE

*“Quien conoce al prójimo es inteligente
quien se conoce a sí mismo, iluminado.*

*Quien vence al otro es fuerte
quien se vence a sí mismo, poderoso.*

Quién está satisfecho con lo que tiene es rico.

Quien se esfuerza tiene voluntad.

Quien permanece en su camino perdura.

*Quien muere mas no perece
empieza la vida eterna.”*

Lao-Tse, ob. cit.



RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica y es uno de los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia en el mundo, su importancia y gravedad radica en el incremento de eventos cardíacos, cerebrovascular, y enfermedades vasculares periféricas (1). La adherencia es particularmente difícil y el riesgo de interrupción del tratamiento es muy alto.

Objetivos: Determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara

Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y prospectivo. La población estuvo constituida por 140 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que reciben tratamiento farmacológico. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de recolección de datos y la escala de adherencia a la medicación de 8-Item Morinsky (MMAS-8). Para el análisis estadístico se utilizó frecuencias y porcentajes para variables categóricas y media y desviación estándar para variables numéricas. Para la relación de variables se utilizó la prueba de chi cuadrado.

Resultados: El nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial fue alto en 20%, medio 48.57% y bajo en 31.43%. Entre los factores propios del paciente del consumo de remedios naturista se relacionó a una menor adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Los factores sociodemográficos, las dudas respecto a la enfermedad, el consumo de mayor número de fármacos terapéuticos y los factores de la enfermedad no se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Conclusiones: Existe una mediana adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes que se atienden en la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.

Palabras Clave: Hipertensión, Adherencia al tratamiento, Tratamiento antihipertensivo.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension is a chronic disease and is one of the most prevalent modifiable risk factors in the world, its importance and seriousness lies in the increase in cardiac, cerebrovascular, and peripheral vascular disease events (1). Adherence is particularly difficult, and the risk of treatment interruption is very high.

Objectives: To determine the level of therapeutic adherence in patients with arterial hypertension in the Cardiology Unit of Hospital III de Yanahuara

Methods: An observational, cross-sectional, prospective study was carried out. The population consisted of 140 patients with a diagnosis of arterial hypertension receiving pharmacological treatment. The instruments used were a data collection form and the Morinsky 8-Item Medication Adherence Scale (MMAS-8). For statistical analysis, frequencies and percentages were used for categorical variables and mean and standard deviation for numerical variables. The chi-square test was used for the relationship between variables.

Results: The level of therapeutic adherence in patients with arterial hypertension was high in 20%, medium in 48.57% and low in 31.43%. Among the patient's own factors, the consumption of naturopathic remedies was related to lower therapeutic adherence in patients with arterial hypertension. Sociodemographic factors, doubts about the disease, consumption of a greater number of therapeutic drugs and factors linked to the disease were not related to the level of therapeutic adherence in patients with arterial hypertension.

Conclusions: There is a medium adherence to antihypertensive treatment in patients treated in the Cardiology Unit of Hospital III de Yanahuara.

Key Words: Hypertension, Adherence to treatment, Antihypertensive treatment.

ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO.....	i
AGRADECIMIENTOS	ii
EPÍGRAFE	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Determinación del problema	4
1.2. Enunciado del problema.....	5
1.3. Descripción del problema	5
1.3.1.Área del conocimiento.....	5
1.3.2.Análisis y operacionalización de variables.....	5
1.3.3.Interrogantes básicas	7
1.4. Justificación del problema.....	7
2. OBJETIVOS	9
2.1. Objetivo general.....	9
2.2. Objetivos específicos	9
3. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1. Hipertensión arterial.....	9
3.1.1.Definición	9
3.1.2.Epidemiología	12
3.1.3.Diagnóstico.....	14
3.1.4.Tratamiento	17
3.2. Adherencia	21
3.2.1.Definición	21
3.2.2.Métodos para medir la adherencia	21
3.2.3.Escala de adherencia a la medicación de 8-Item de Morisky (MMAS-8)	22
3.2.4.Factores asociados a la adherencia.....	23
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	26
4.1. A nivel internacional.....	26
4.2. A nivel nacional	29
4.3. A nivel local	32
5. HIPÓTESIS.....	35

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	36
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	37
1.1. Técnica	37
1.2. Instrumento	37
1.2.1. Ficha de recolección de datos.....	36
1.2.2. Escala de adherencia a la medicación de 8- ítem de Morisky (MMAS-8)	37
1.2.3. Materiales de verificación	38
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	38
2.1. Ámbito espacial	38
2.2. Unidades de estudio	38
2.2.1. Población	38
2.2.2. Muestra	38
2.3. Temporalidad	39
2.4. Tipo de investigación	39
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
3.1. Organización	40
3.2. Recursos.....	40
3.3. Validación de instrumentos.....	40
3.4. Criterios para manejo de resultados	40
3.4.1. Plan de procesamiento	40
CAPÍTULO III RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS.....	78
Anexo 1: consentimiento informado.....	79
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	80
Anexo 3: Escala de adherencia a la medicación de 8- ítem de Morisky (MMAS-8)	81

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N.º 1:	Características sociodemográficas de los pacientes con HTA	42
TABLA N.º 2:	Características del conocimiento sobre la enfermedad de los pacientes con HTA	44
TABLA N.º 3:	Características del esquema terapéutico antihipertensivo de los pacientes con HTA	46
TABLA N.º 4:	Características de la enfermedad en los pacientes con HTA	48
TABLA N.º 5:	Características propias del paciente con relación al tratamiento antihipertensivo	50
TABLA N.º 6:	Adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes evaluados	52
TABLA N.º 7:	Factores sociodemográficos asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo.....	54
TABLA N.º 8:	Factores del equipo de atención médica en el conocimiento de la enfermedad asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo.....	57
TABLA N.º 9:	Factores terapéuticos asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo.....	59
TABLA N.º 10:	Factores de la enfermedad asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo.....	61
TABLA N.º 11:	Factores del paciente asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N.º 1:	Características sociodemográficas de los pacientes con HTA.....	43
GRÁFICO N.º 2:	Características del conocimiento sobre la enfermedad de los pacientes con HTA	45
GRÁFICO N.º 3:	Características del esquema terapéutico antihipertensivo de los pacientes con HTA	47
GRÁFICO N.º 4:	Características de la enfermedad en los pacientes con HTA	49
GRÁFICO N.º 5:	Características propias del paciente con relación al tratamiento antihipertensivo	51
GRÁFICO N.º 6:	Adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes evaluados	53
GRÁFICO N.º 7:	Factores sociodemográficos asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo.....	55
GRÁFICO N.º 8:	Factores del equipo de atención médica en el conocimiento de la enfermedad asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo	58
GRÁFICO N.º 9:	Factores terapéuticos asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo	60
GRÁFICO N.º 10:	Factores de la enfermedad asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo	62
GRÁFICO N.º 11:	Factores del paciente asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo	65

INTRODUCCIÓN

La presión arterial elevada de forma sostenida, conocida como hipertensión arterial (HTA), es identificada tanto en Perú como en todo el mundo como la principal causa prevenible de enfermedades cardiovasculares (ECV) y de muerte por cualquier causa (2).

El incremento significativo en la cantidad de personas con hipertensión arterial en todo el mundo se debe en gran parte al aumento rápido de su prevalencia en países de ingresos bajos y medianos, donde la concientización, el tratamiento y el control de esta afección son considerablemente menores en comparación con los países de ingresos altos (3).

Se ha logrado avances significativos en el conocimiento de la epidemiología, fisiopatología y riesgo asociado con la hipertensión. Hay una gran cantidad de pruebas que respaldan la idea de que la reducción de los niveles de presión arterial (PA) tiene un impacto significativo en la disminución de la morbilidad prematura causada por eventos cardíacos y cerebrovasculares, el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica, la insuficiencia renal y la enfermedad vascular periférica, entre otras afecciones importantes (4). Se han implementado diversas estrategias terapéuticas y cambios en el estilo de vida que han logrado reducir los niveles de PA. No obstante, el control de la hipertensión arterial sigue siendo insuficiente en todo el mundo y se encuentra muy por debajo de los niveles satisfactorios en Perú (5).

El tratamiento adecuado y oportuno de la HTA tiene un impacto significativo en la calidad de vida y la supervivencia de la población. Para lograr esto, existen dos factores principales que contribuyen al control efectivo de la HTA: la prescripción de una cantidad y dosis adecuadas de medicamentos antihipertensivos y la adherencia al tratamiento.

En el caso de enfermedades crónicas en las que la medicación se utiliza principalmente como medida preventiva y no para aliviar los síntomas, mantener la adherencia a largo plazo resulta especialmente complicado y existe un alto riesgo de interrupción del tratamiento. Los fármacos antihipertensivos y reductores de lípidos son los que presentan las tasas más elevadas de no inicio. Además, en estas afecciones clínicas, solo alrededor del 50% de los pacientes continúan con la terapia después de 2 años (2).

La falta de adherencia por parte de los pacientes que reciben tratamiento es un factor importante que contribuye en gran medida a la elevada proporción de casos de hipertensión no controlada. Para abordar este problema, se destacan ciertas afirmaciones sabias y atemporales, que son las

siguientes: “Los medicamentos no funcionan en pacientes que no los toman” (6); y “los beneficios completos de los medicamentos no pueden obtenerse con los niveles de adherencia actualmente alcanzables” (7).

Actualmente, la información disponible sobre la prevalencia, diagnóstico previo y incidencia de hipertensión en Perú se basa en estudios realizados en sectores específicos y/o grupos poblacionales limitados, lo que puede no reflejar la situación real de la hipertensión arterial en el país. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en nuestra población, ya que esto es una variable crítica en el control de la presión arterial. De esta manera, se obtendrán estimaciones combinadas de estos indicadores epidemiológicos, lo que permitirá desarrollar políticas adecuadas para el control de la hipertensión arterial en nuestro contexto.





CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación Del Problema

Según los estudios realizados, menos de la mitad de los peruanos que padecen hipertensión arterial habían sido diagnosticados, solo el 20,6% recibía tratamiento y apenas el 5,3% tenía la presión arterial controlada adecuadamente. Además, se ha observado que las proporciones más bajas de diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial se dan en personas que residen en zonas rurales y con un nivel socioeconómico bajo (8).

A pesar de que se reconoce que la falta de adherencia es uno de los principales factores que contribuyen a la hipertensión no controlada, tanto en encuestas como en metaanálisis y guías clínicas; aún resulta un desafío importante para los médicos y los profesionales de atención médica el detectar la falta de adherencia en los pacientes. La falta de adherencia puede incluir la incapacidad de comenzar el tratamiento farmacológico, no tomar los medicamentos según lo prescrito y no continuar la terapia a largo plazo.

La literatura científica ha documentado las múltiples consecuencias negativas de la falta de adherencia en la salud del paciente. Entre estos efectos adversos se incluyen la hipertensión no controlada y las crisis hipertensivas. Además, se ha demostrado que la falta de adherencia se asocia con diversos cambios en los órganos diana, lo que aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares, como la rigidez vascular, la hipertrofia ventricular izquierda, la microalbuminuria y múltiples eventos cardiovasculares adversos, como los síndromes coronarios agudos, los accidentes cerebrovasculares, ataques isquémicos transitorios, la insuficiencia cardíaca crónica y, en última instancia, la mortalidad (2).

La múltiple cantidad de factores relacionados con los nivel de adherencia terapéutica en enfermedades crónicas, puede ser clasificada en dimensiones, las cuales incluyen categorías sociodemográficas, factores relacionados con la enfermedad a tratar, factores relacionados con la terapia, relacionados con el sistema y el equipo de atención médica, condiciones médico-conductuales, y factores del paciente representativos de las características culturales de su entorno. Comprender las categorías de factores que contribuyen al incumplimiento es útil para manejar esta

problemática, ya que la supervivencia de un paciente hipertenso tratado que no alcanza el objetivo es similar a la de un paciente hipertenso no tratado, lo que sugiere que se hacen muchos esfuerzos para obtener pocos beneficios, según cita un estudio. Por último, detectar aquellas características propias de una población que determinan el nivel de adherencia terapéutico, simboliza un paso importante para adaptar las habilidades de comunicación del equipo de asistencia médica, reforzar la capacidad para presentar los objetivos de la terapia y discutir, sin prejuicios, la importancia clínica de una mala adherencia terapéutica.

1.2. Enunciado Del Problema

Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara – Arequipa, 2023.

1.3. Descripción Del Problema

1.3.1. Área Del Conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Cardiología
- Línea: Hipertensión Arterial

1.3.2. Análisis Y Operacionalización De Variables

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
Factores sociodemográficos	Edad	Número de años.	De Razón
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino. • Femenino. 	Nominal
	Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto. • Primaria. • Secundaria. • Superior. 	Nominal
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado. • Desempleado. • Jubilado. 	Nominal
	Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> • Vive en compañía de pareja. • Vive en compañía de hijos o familiares. • No vive en compañía de nadie. 	Nominal

Factores del equipo de atención médica	Conocimiento sobre la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dudas con respecto a la enfermedad. • Presencia de dudas con respecto a la enfermedad. 	Nominal
Factores terapéuticos	Esquema terapéutico antihipertensivo	<ul style="list-style-type: none"> • 01 fármaco. • 02 fármacos. • 03 fármacos. • 03 o más fármacos. 	Nominal
Factores de la enfermedad	Tiempo de Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año. • 1 a 5 años. • Más de 5 años. 	Ordinal
	Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus. • Enfermedad Coronaria. • Enfermedades Renales. • Otros. 	Nominal
	Diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
Factores propios del paciente	Confianza en los fármacos antihipertensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Consumo de fármacos antihipertensivos no genéricos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Limitación neurocognitiva/psicomotriz	<ul style="list-style-type: none"> • Necesita asistencia para la ingesta de fármacos. • No necesita asistencia para la ingesta de fármacos. 	Nominal
	Medicina alternativa	<ul style="list-style-type: none"> • Consume remedios naturistas. • No consume remedios naturistas. 	Nominal
Variable Dependiente: Adherencia al Tratamiento	Escala de adherencia a la medicación de 8-Item de Morisky (MMAS-8)	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación, 0 - < 6: Nivel de adherencia bajo. • Puntuación, 6 - < 8: Nivel de adherencia medio. • Puntuación, 8: Nivel de adherencia alto. 	Nominal

1.3.3. Interrogantes Básicas

1.3.3.1. Interrogante Principal

- ¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara?

1.3.3.2. Interrogantes Secundarias

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara?
- ¿Cuáles son los factores del equipo de atención médica que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara?
- ¿Cuáles son los factores terapéuticos que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara?
- ¿Cuáles son los factores de la enfermedad que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara?
- ¿Cuáles son los factores propios del paciente que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara?

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1. Justificación Científica

El estilo de vida acelerado y la creciente dificultad de implementar hábitos saludables provocan un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Sabiendo que la hipertensión arterial es de las más frecuentes, se reconoce el esfuerzo puesto en campañas y programas de

prevención, así también como la innovación y el mayor alcance que ha conseguido el esquema terapéutico antihipertensivo, sin embargo, las limitaciones en la eficacia del tratamiento nos obligan a poner mayor atención en la adherencia a la medicación prescrita.

Los antecedentes de investigación en el tema muestran que al conocer los factores involucrados en la adherencia al tratamiento se permite establecer estrategias adaptadas a las características y dificultades propias de una población, lo cual eleva significativamente la eficacia del tratamiento prescrito.

1.4.2. Justificación Social

La salud cardiovascular es determinante para garantizar un correcto desempeño físico y mental que permite que una persona pueda contribuir activamente en puestos laborales formando parte del avance de nuestra sociedad. Así mismo permite el disfrute de actividades cotidianas y recreativas propios de una persona saludable. Para garantizar estos objetivos y en pro de fomentar el cuidado de la salud cardiovascular, este estudio pretende conocer cuáles son los factores que se asocian a la adherencia terapéutica, para plantear e incorporar estrategias o políticas acordes a las características de nuestra población. Medidas de abordaje ajustadas a nuestra realidad permiten fortalecer un compromiso duradero para con los esquemas de control terapéutico. Afectando de forma directa la consciencia de la población con respecto a la salud cardiovascular, permitiendo sostener estilos de vida saludable y fortalecer el compromiso con tratamiento.

1.4.3. Justificación Personal

En la actualidad la especialidad de cardiología está ocupando mayor relevancia en la práctica diaria, los aportes brindados por este tipo de trabajos de investigación no solo fortalecen el conocimiento médico teórico acerca del tema, sino que nos permite entender elementos externos que afectan directamente en la parte final del abordaje de esta patología.

A nivel personal el conocimiento de dichos elementos enriquece la práctica médica, fomenta un mayor dominio en la especialidad de cardiología, y revela problemáticas que pueden ser usadas como línea de investigación en el futuro.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar los factores sociodemográficos que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.
- Determinar los factores del equipo de atención médica que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.
- Determinar los factores terapéuticos que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.
- Determinar los factores de la enfermedad que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.
- Determinar los factores propios del paciente que se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Hipertensión Arterial

3.1.1. Definición

La hipertensión arterial primaria o esencial es un trastorno de naturaleza muy diversa, en el cual distintos genes o combinaciones genéticas ejercen su influencia. Para la regulación de la presión arterial intervienen hasta 120 loci, pero aun al considerarlos en su conjunto, explican solamente una pequeña parte de la transmisión hereditaria de la hipertensión. Sobre la base poligénica

mencionada, se suman factores adquiridos o ambientales que pueden manifestarse como agentes deletéreos para el desarrollo de la enfermedad hipertensiva (9). La HTA es una afección sistémica y crónica en la que se observa una elevación sostenida de la presión arterial por encima de los límites normales. Fisiopatológicamente, se desencadena a partir de una disfunción endotelial donde se produce un desequilibrio entre los factores que producen vasoconstricción y vasodilatación (10).

La HTA primaria constituye la causa más común de hipertensión, presentándose en aproximadamente el 90-95% de los pacientes diagnosticados. En cambio, la HTA secundaria se detecta en un porcentaje menor de pacientes hipertensos, aproximadamente un 5-10%, aunque su prevalencia puede variar dependiendo de la edad y contexto clínico en el que se encuentra. Es importante señalar que la HTA secundaria, que se refiere a una hipertensión causada por una etiología reversible, se presenta con menor frecuencia en la práctica clínica debido a que el tratamiento de la causa subyacente no siempre conlleva a la normalización de la presión arterial, ya que en muchos casos subyace una hipertensión esencial o por lesión endotelial o vascular ya establecida (11).

Acerca de las causas de la HTA secundaria, éstas se dividen en dos grupos: las causas frecuentes y las infrecuentes. Dentro del primer grupo se incluyen la enfermedad renal parenquimatosa, hiperaldosteronismo primario, enfermedad renovascular, síndrome de apnea-hipopnea del sueño y la hipertensión inducida por fármacos y drogas como el alcohol. En cuanto a las causas infrecuentes de la HTA, se incluyen el síndrome de Cushing, feocromocitoma, hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, coartación de la aorta y diversos síndromes de disfunción suprarrenal diferentes a los mencionados anteriormente (12).

Dado que la presión arterial es una variable biológica que se mantiene de manera continua, no existe una definición clara y universalmente aceptada para establecer un punto de corte que delimite los valores normales de presión arterial (1). Se ha observado una asociación epidemiológica entre la presión arterial y el riesgo cardiovascular que incluyen valores bajos de presión

arterial que van desde una presión arterial sistólica (PAS) mayor a 115 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) mayor a 75 mmHg. No obstante, el término hipertensión se reserva para aquellos niveles de presión arterial en los que los beneficios del tratamiento, mediante cambios en el estilo de vida o uso de esquema farmacológico, son claramente superiores a los riesgos asociados, según lo determinado por estudios clínicos (11).

Diferentes instituciones y sociedades incluyendo al American College Cardiology y la American Heart Association (ACC/AHA 2017) (13), han propuesto las guías clínicas para la HTA donde se establece la siguiente clasificación:

- Normal (PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg)
- Elevada (PAS 120 - 129 mmHg y PAD < 80 mmHg)
- Hipertensión Etapa 1 (PAS 130 - 139 mmHg y PAD 80 - 89 mmHg)
- Hipertensión Etapa 2 (PAS \geq 140 mmHg y PAD \geq 90 mmHg) (13).

Por otra parte, las directrices ESC/ESH 2018 (11) en Europa han conservado el límite de definición según la categoría que se detalla a continuación:

- Óptima (PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg)
- Normal (PAS 120 - 129 mmHg y PAD 80 - 84 mmHg)
- Normal Alta (PAS 130 - 139 mmHg y PAD 85 - 89 mmHg)
- HTA Grado 1 (PAS 140 - 159 mmHg y PAD 90 - 99 mmHg)
- HTA Grado 2 (PAS 160 - 179 mmHg y PAD 100 - 109 mmHg)
- HTA Grado 3 (PAS > 180 mmHg y PAD < 110 mmHg) (11).

Es relevante tomar en cuenta otras definiciones, como aquellas mediciones que se realizan en el consultorio y fuera de éste (ambulatorio o domiciliario), desprendiéndose dos conceptos que se conocen como HTA de bata blanca y la HTA enmascarada respectivamente, cuyas diferencias se explican a continuación:

- **Hipertensión de bata blanca.**

Estos individuos presentan valores elevados de PA únicamente en el consultorio médico, mientras que su PA es normal cuando se mide fuera del consultorio (por ejemplo, en el hogar o mediante monitorización ambulatoria). Este grupo se encuentra en un nivel de riesgo cardiovascular intermedio entre los individuos normotensos y los hipertensos sostenidos. Para establecer el diagnóstico, se requieren mediciones repetidas de la PA tanto en el consultorio médico como fuera de él. En pacientes con riesgo cardiovascular bajo y sin daño orgánico por la hipertensión, no se inicia tratamiento farmacológico. No obstante, se deben mantener estilos de vida saludables ya que existe la posibilidad que desarrollen HTA sostenida que necesite un esquema farmacológico (14).

- **Hipertensión enmascarada.**

Son aquellos pacientes que tienen valores normales de PA en el consultorio, pero se encuentra elevada fuera de él, ya sea domiciliario o ambulatorio. El riesgo cardiovascular es similar al del grupo de pacientes con HTA sostenida. Se necesita realizar la toma de la PA en el consultorio y ambulatoriamente de forma repetida para poder confirmar el diagnóstico. En este caso, sí puede requerir iniciar un esquema farmacológico para normalizar los valores de PA (13).

Ambas situaciones se suelen presentar con mayor frecuencia en pacientes tratados por HTA y en personas que no reciben tratamiento. Aproximadamente un 10% a 30% de los pacientes que acuden por PA alta a consulta presenta HTA de bata blanca, mientras que un 10-15% presentan HTA enmascarada (13).

3.1.2. Epidemiología

La hipertensión, incluyendo la prehipertensión, ocasiona aproximadamente 8.5 millones de fallecimientos a nivel mundial debido a padecimientos como el accidente cerebrovascular, la cardiopatía isquémica, trastornos vasculares y problemas renales (15).

Se calcula que alrededor de 1280 millones de personas adultas de entre 30 y 79 años en todo el planeta padecen de hipertensión, y la mayoría de ellos (casi dos tercios) residen en países con bajos y medianos ingresos económicos (16). En el año 2019, más de mil millones de individuos con hipertensión (equivalentes al

82% del total de casos en el mundo) vivían en zonas con bajos y medianos ingresos económicos (15). Una explicación plausible de este fenómeno es que los países con ingresos más elevados destinan una mayor cantidad de recursos financieros a la atención de la salud, adoptando políticas y estrategias diseñadas para detectar y controlar las enfermedades crónicas (16).

De acuerdo con un estudio, la incidencia de esta afección ha aumentado significativamente. Entre 1990 y 2019, el número de personas entre 30 y 79 años con hipertensión se duplicó, pasando de 331 millones de mujeres (intervalo creíble del 95 % 306-359) y 317 millones de hombres (292-344) en 1990 a 626 millones de mujeres (584-668) y 652 millones de hombres (604-698) en 2019, a pesar de que la prevalencia mundial estandarizada por edad se ha mantenido estable (15).

De acuerdo con estimaciones, casi la mitad (46%) de los adultos que sufren de hipertensión no son conscientes de su padecimiento. La detección y tratamiento de la hipertensión abarca a menos de la mitad de los adultos afectados (sólo al 42%). Solamente una de cada cinco personas con hipertensión (21%) logra mantener bajo control esta condición (17).

La falta de adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas es considerada como un problema mundial de gran magnitud, según la OMS, existe una marcada diferencia entre el porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas siguen adecuadamente sus tratamientos. Estos porcentajes siempre tienden a ser superiores en países desarrollados, en comparación a aquellos que se encuentran en vías del desarrollo (18).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el Perú, aproximadamente el 22,1% de las personas mayores de 15 años presentan hipertensión arterial. Se observó que la prevalencia de hipertensión arterial en hombres es del 25,3%, mientras que en mujeres es del 19,2% (19).

Según un estudio realizado en Perú, la cantidad de personas que son conscientes de su condición hipertensiva ha disminuido del 53,4% en 2015 al 43,5% en 2018. (16). Si se examinan solo a las personas con HTA, se observa que solo el 20,6% recibe tratamiento y solamente el 5,3% tienen su condición controlada

adecuadamente. Además, se encontró que las tasas más bajas de diagnóstico, tratamiento y control de la HTA se observan en aquellos que residen en áreas rurales y que tienen bajos niveles socioeconómicos (20).

3.1.3. Diagnóstico

Gran parte del conocimiento existente sobre la hipertensión arterial se ha obtenido a través de investigaciones que utilizan mediciones de la presión arterial realizadas en la consulta médica. No obstante, se reconoce que esta técnica tiene limitaciones significativas debido a que solo proporciona información sobre un momento específico y está sujeta a varios tipos de prejuicios (21). Por ello, en las guías ACC/AHA 2017 (14), ESC/ESH 2018 (11) e ISH 2020 (9) se sugiere obtener información acerca de los valores de presión arterial fuera de la consulta médica para corroborar el diagnóstico de hipertensión arterial.

En nuestro contexto, se aconseja validar el diagnóstico de hipertensión arterial por medio de mediciones estandarizadas repetidas en la consulta, las cuales deben incluir al menos tres tomas separadas por uno o dos minutos en dos sesiones distintas, separadas por una o dos semanas. Otra alternativa es la medición de la presión arterial fuera de la consulta, a través del uso de dispositivos como el MAPA o la automedición domiciliaria de la presión arterial (AMPA) (9).

Al tomar la medición de la presión arterial, se debe comenzar midiendo en la parte superior de ambos brazos y asegurarse de que el manguito de presión se adapte adecuadamente al tamaño del brazo. Es importante también registrar la frecuencia cardíaca en el momento de la medición, ya que los valores de la frecuencia cardíaca en reposo pueden predecir de manera independiente la morbimortalidad cardiovascular (11). En el Cuadro N.º 1 se describen las pautas generales para realizar una medición protocolizada de la presión arterial en una consulta médica.

Cuadro N.º 1 Medidas Protocolizadas Para La Toma De Presión Arterial En Consulta.

Tabla 2 Medida protocolizada de la presión arterial en la consulta

Condiciones básicas para una adecuada medida de la PA en la consulta

La PA se medirá con un aparato oscilométrico validado de brazo; otros tipos de aparatos se utilizarán de forma excepcional. El paciente estará cómodamente sentado y en un ambiente relajado durante cinco minutos antes de iniciar la medida de la PA.

Se realizarán y registrarán tres medidas separadas 1-2 minutos; se realizará alguna medida adicional si entre alguna de las lecturas hay una diferencia en la PA sistólica > 10 mmHg; se considerará como resultado la media de las dos últimas lecturas.

En pacientes con arritmias, particularmente fibrilación auricular, se realizarán medidas adicionales y se considerará el uso de la técnica auscultatoria clásica en el caso de no disponer de un aparato oscilométrico validado al efecto.

El manguito estándar, útil para la mayoría de los pacientes, medirá 12-13 cm de ancho y 35 cm de largo; se dispondrá de manguitos de talla más grande para brazos con una circunferencia > 32 cm y de talla más pequeña para brazos de circunferencia < 26 cm.

El brazo donde se realiza la medida estará apoyado, relajado y el manguito a la altura del corazón.

Cuando se utilice la técnica auscultatoria se usarán las fases I y V de los ruidos de Korotkoff para identificar la PA sistólica y la PA diastólica, respectivamente.

La PA se medirá en ambos brazos en la primera visita para detectar posibles diferencias; se utilizará como referencia el brazo donde la PA sea más elevada.

Tras las medidas en sedestación se medirá la PA tras 1-3 minutos de bipedestación para detectar hipotensión ortostática (caída de 20 o 10 mmHg en la PA sistólica o PA diastólica, respectivamente); esta maniobra se realizará en la primera visita a todos los pacientes y en visitas sucesivas en pacientes con condiciones en las que la hipotensión ortostática es frecuente, como edad avanzada, diabetes o enfermedad de Parkinson.

Se registrará la frecuencia cardíaca y se palpará el pulso para descartar arritmias.

PA: presión arterial.

Fuente: Gorostidi M, Gijón-Conde T, De La Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertens Riesgo Vasc.* octubre de 2022;39(4):174-94.

Los pacientes que padecen hipertensión arterial generalmente no presentan síntomas, aunque existen signos específicos que podrían indicar la presencia de hipertensión secundaria o complicaciones relacionadas con la hipertensión, por lo que se requiere una evaluación adicional (13). Se sugiere realizar una evaluación exhaustiva de la historia clínica personal y familiar, la cual debe abarcar:

- **Presión arterial:** Hipertensión de nueva aparición, la duración de la misma, los niveles previos de presión arterial, el uso actual y previo de medicamentos antihipertensivos, otros medicamentos o suplementos que puedan afectar la presión arterial, antecedentes de intolerancia a los medicamentos antihipertensivos, adherencia al tratamiento, y la presencia previa de hipertensión relacionada con el uso de anticonceptivos orales o durante el embarazo (9).

- **Factores de riesgo:** Se debe evaluar la presencia de antecedentes personales de enfermedad cardiovascular (ECV), como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, ataques isquémicos transitorios, enfermedad renal crónica, diabetes, dislipidemia, consumo de alcohol, tabaquismo, dieta, actividad física y aspectos psicosociales. Asimismo, se debe indagar sobre los antecedentes familiares de hipertensión, enfermedad cardiovascular prematura, hipercolesterolemia familiar y diabetes mellitus (13).
- **Evaluación del riesgo cardiovascular global:** Siguiendo las pautas y recomendaciones nacionales e internacionales (9).
- **Síntomas/signos de hipertensión/enfermedades coexistentes:** dolor en el pecho, dificultad para respirar, palpitaciones, claudicación, edema en las extremidades, dolores de cabeza, visión borrosa, micción nocturna frecuente, presencia de sangre en la orina y mareos (22).
- **Síntomas sugestivos de hipertensión secundaria:** debilidad muscular, calambres, arritmias (relacionadas con la hipopotasemia o el aldosteronismo primario), edema pulmonar (causado por estenosis de la arteria renal), sudoración, palpitaciones, dolores de cabeza (que pueden sugerir la presencia de feocromocitoma), ronquidos, somnolencia diurna (en relación con la apnea obstructiva del sueño), y patología tiroidea, entre otros (13).

En 2011, las directrices del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido sugirieron realizar el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) para confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). El MAPA también puede mostrar situaciones en las que no hay acuerdo en la clasificación de los pacientes según la presión arterial clínica y la presión arterial ambulatoria, como la hipertensión de bata blanca y la hipertensión enmascarada (23).

La prevalencia de HTA de bata blanca y HTA enmascarada es alta y puede estar presente en aproximadamente uno de cada tres pacientes con presión arterial elevada o normal en la consulta, respectivamente. Es importante diagnosticar adecuadamente estos tipos de HTA, ya que el paciente con HTA de bata blanca puede ser sometido a pruebas complementarias innecesarias y a un tratamiento

que no es necesario y que puede tener riesgos, mientras que el paciente con HTA enmascarada puede estar en riesgo de recibir un tratamiento insuficiente (24).

El último documento de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) sobre la medición de la PA, enfatiza la recomendación de realizar control de la PA mediante MAPA y AMPA para confirmar el diagnóstico de HTA en la mayoría de los casos. Esto es especialmente importante cuando los niveles de PA clínica están en el rango de HTA grado 1 (140-159/90-99 mmHg), ya que existe una alta probabilidad de que se trate de HTA de bata blanca, o cuando los niveles de PA están en el rango de normal-alto (130-139/85-89 mmHg), ya que existe una alta probabilidad de que se trate de HTA enmascarada (9).

También se considera que la medición de la presión arterial en el hogar (AMPA) es una herramienta esencial para el seguimiento del tratamiento de la hipertensión arterial. La AMPA debe ser indicada de manera rutinaria en pacientes en tratamiento, ya que proporciona información importante sobre los niveles de presión arterial en situaciones cotidianas y puede mejorar el control a través de un mayor compromiso del paciente en el cuidado personal. Para que la AMPA sea una herramienta útil y segura para la toma de decisiones sobre el tratamiento, se debe realizar de manera protocolizada. Además, el paciente debe recibir información básica sobre el procedimiento, preferiblemente por escrito (9).

3.1.4. Tratamiento

Los pilares del abordaje terapéutico en la HTA son las modificaciones del estilo de vida, también conocido como tratamiento no farmacológico, y el tratamiento farmacológico (9). El análisis de un gran número de ensayos clínicos aleatorizados con cientos de miles de participantes ha demostrado que una disminución de la presión arterial sistólica de 10 mmHg o de la presión arterial diastólica de 5 mmHg puede conllevar una reducción de la mortalidad de hasta un 15%, un 20% en las principales complicaciones cardiovasculares, un 35% en ictus, un 40% en la insuficiencia cardíaca y en el caso de episodios coronarios en un 20% (25).

Se ha observado que estos beneficios son consistentes en pacientes con cualquier nivel de hipertensión arterial, cualquier nivel de riesgo cardiovascular y en diferentes grupos poblacionales con diferentes características sociodemográficas (5).

La cuestión principal en el tratamiento de la HTA es cuándo comenzar a tratarla. En pacientes con HTA de grado 1 y bajo riesgo cardiovascular, se recomienda iniciar únicamente el tratamiento no farmacológico. Si después de una reevaluación en 3-6 meses no se logra un control adecuado, se recomienda comenzar el tratamiento farmacológico. En todos los demás subtipos de pacientes con HTA, incluyendo aquellos con alto riesgo cardiovascular, pacientes con HTA de grado 2 o 3 y aquellos con lesión de órgano blanco, se recomienda tanto modificar el estilo de vida como el tratamiento farmacológico (11).

El objetivo principal del tratamiento es reducir la PA por debajo de 140/90 mmHg. Si el tratamiento es bien tolerado, se puede considerar un objetivo aún más estricto de reducir la PA por debajo de 130/80 mmHg (9). Sin embargo, es importante tener en cuenta las necesidades individuales y especiales de los pacientes mayores y aquellos con enfermedad renal crónica (12).

Los objetivos sugeridos por las guías ACC/AHA 2017 (14) y ESC/ESH 2018 (11) son parecidos. En el primer ejemplo, se presenta una visión más amplia y práctica del tema. En el segundo ejemplo, se adopta un enfoque más cauteloso con el objetivo de controlar posibles efectos secundarios debido a una reducción excesiva de la presión arterial, especialmente en pacientes mayores o con condiciones médicas específicas (9).

- **Tratamiento No Farmacológico**

Es posible que las personas con HTA de grado 1 y bajo riesgo cardiovascular puedan posponer o evitar el tratamiento con medicamentos mediante cambios en su estilo de vida (11). Es importante que se promuevan hábitos de vida saludable de manera constante a todos los pacientes con hipertensión y se fomente su adherencia durante las visitas de seguimiento (9).

Hacer cambios en el estilo de vida puede ayudar a regular la hipertensión, como disminuir el consumo de sal, mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente, seguir una dieta nutritiva, no fumar cigarrillos y limitar o evitar el consumo de alcohol. Estas alteraciones no sólo son útiles para controlar la hipertensión, sino que también sirven para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares en general (9).

- **Tratamiento Farmacológico**

En la mayoría de los casos, los pacientes con hipertensión arterial necesitan tratamiento farmacológico además de hacer cambios en el estilo de vida. Según las guías europeas ESC/ESH de 2018, se siguen recomendando cinco tipos de medicamentos como primera opción para el tratamiento de la hipertensión:

- ✓ Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA)
- ✓ Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II)
- ✓ Betabloqueadores (BB)
- ✓ Calcioantagonistas (CA)
- ✓ Diuréticos (11).

Los diuréticos tiazídicos y otros similares, como Clortalidona e Indapamida, son los medicamentos preferidos dentro de los fármacos diuréticos (11). Estos cinco tipos de medicamentos han demostrado claramente su eficacia para reducir la presión arterial y disminuir la morbimortalidad asociada con la HTA, en múltiples estudios clínicos y revisiones (4). En cuanto a qué fármaco debe ser la opción principal, ha perdido importancia debido a dos hechos evidentes: todos los medicamentos tienen el mismo objetivo de reducir los valores de la PA y muchos pacientes hipertensos necesitan tomar una combinación de medicamentos para lograr un control adecuado (9). La Figura N.º 1 muestra la estrategia básica para el tratamiento de la HTA.

Figura N.º 1 Estrategia básica para el tratamiento de la hipertensión arterial no complicada y para pacientes con lesión subclínica de órgano diana, diabetes, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica.

Programar hasta 4 escalones de tratamiento para alcanzar el control en un plazo máximo de 3 meses El período para decidir una escalada de tratamiento será de 15-30 días			
Estrategia	Comprimidos	Fármacos	Consideraciones
Tratamiento combinado doble	1*	IECA o ARA II + CA o diurético a dosis iniciales / bajas	Considerar monoterapia en HTA de riesgo bajo con PAS <150 mmHg, o en pacientes >80 años, o en pacientes frágiles
Tratamiento combinado doble	1*	IECA o ARA II + CA o diurético a dosis completas	Considerar BB en cualquier escalón cuando haya indicación específica como IC, CI, FA o embarazo actual o planeado
Tratamiento combinado triple	1*	IECA o ARA II + CA + diurético hasta completar dosis completas	Mantener preferencialmente la estrategia de un solo comprimido
Tratamiento combinado triple plus	2*	IECA o ARA II + CA + diurético + Espironolactona 25-50 mg/día	Las alternativas a Espironolactona como 4º fármaco son Doxazosina de liberación prolongada o BB

Figura 4 Estrategia básica para el tratamiento de la hipertensión arterial no complicada y para pacientes con lesión subclínica de órgano diana, diabetes, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica.^a En cada visita se evaluará y reforzará el cumplimiento del tratamiento no farmacológico y del tratamiento farmacológico.

Hay recomendaciones específicas para pacientes con cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular (Tablas S7 a S10).

Comp: comprimido; IECA: inhibidor del enzima de conversión de la angiotensina; ARA II: antagonista de los receptores de la angio-tensina II; CA: calcioantagonista; HTA: hipertensión arterial; PAS: presión arterial sistólica; BB: betabloqueante; IC: insuficiencia cardíaca; CI: cardiopatía isquémica; FA: fibrilación auricular.

Adaptada de: Williams B, et al.^{17,18}.

Fuente: Gorostidi M, Gijón-Conde T, De La Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc. octubre de 2022;39(4):174-94.

Es importante seleccionar los medicamentos adecuados y personalizados para cada paciente tomando en cuenta sus necesidades y considerando las indicaciones, precauciones y contraindicaciones de cada categoría de fármacos antihipertensivos. En muchos casos, se requiere la combinación de dos o más fármacos para lograr una reducción efectiva de la PA y alcanzar un objetivo óptimo, que generalmente se sitúa por debajo de 130/80 mmHg (9). Comenzar el tratamiento con una combinación de dos fármacos es más efectivo para

alcanzar un control óptimo de la presión arterial, incluso con dosis más bajas que las utilizadas en el tratamiento con un solo medicamento, ya que involucra diferentes mecanismos fisiopatológicos de acción. Además, se ha demostrado que el tratamiento combinado con dos fármacos desde el inicio es seguro y bien tolerado (9).

3.2. Adherencia

3.2.1. Definición

Según la Real Academia de la Lengua Española se define adherencia como la unión o vinculación física de las cosas, así como la cualidad de ser adherente. Por otro lado, con el autor Nogués et al. se plantea que la adherencia implica dos elementos, el cumplimiento para tomar la medicación prescrita, considerando la dosis y frecuencia, y la continuación en la toma de la medicación a lo largo del tiempo (26).

La definición provista por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que la adherencia terapéutica consiste en el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a las indicaciones y recomendaciones que el personal médico le da, que además incluye estilos de vida saludables (27).

La adherencia aun esquema de tratamiento ha recibido múltiples definiciones a lo largo de la historia, utilizando términos como: alianza, colaboración, cumplimiento, seguimiento, persistencia, concordancia, adhesión, dentro de los más usados. El concepto es complejo y existe una falta de consenso entre los autores en cuanto a su definición (26).

3.2.2. Métodos Para Medir La Adherencia

Medir el nivel de adherencia de los pacientes a la terapéutica prescrita es un proceso complejo independientemente de la definición que se use o el problema de salud que se esté enfrentando. Para ello se han creado distintos métodos que pueden ser directos o indirectos (28). Entre los métodos directos se encuentran la observación directa de la terapia, medir los niveles de un marcador biológico o la concentración del fármaco en la sangre (29). Una

medida biológica es considerada como un gold estándar en la medición directa, sin embargo su elevado costo la hace poco accesible (28).

En cuanto a los métodos indirectos, se incluyen distintas formas como la encuesta o cuestionario al paciente, los datos que se le solicitan al paciente para el formulario de farmacia, el conteo de pastillas, la evaluación de la respuesta clínica del paciente, y el monitoreo electrónico del esquema terapéutico (29).

Dentro de los métodos indirectos más destacables, se encuentra el recuento de pastillas es un método sencillo de control de la adherencia a la medicación, pero no asegura la cooperación del paciente, por ende, los resultados podrían no ser exactos (28). Otro de las opciones más destacables y populares están los cuestionarios, que son considerados una herramienta eficaz y de uso común para evaluar el cumplimiento de la medicación en un entorno clínico. La elaboración y ejecución no se considera como problemática, y los resultados obtenidos por este método tienen un nivel de concordancia de moderado a alto comparado con el dispositivo electrónico de control de medicación (29).

El ser un método práctico, sencillo de utilizar y ser relativamente económico es una de las mayores fortalezas de este método. No obstante, la principal desventaja consiste en sobreestimar la adherencia o no adherencia del paciente a la medicación (28).

3.2.3. Escala De Adherencia A La Medicación De 8-Item De Morisky (MMAS-8)

En 1986, el Dr. Morisky y su equipo introdujeron por primera vez la Escala de Adherencia a la Medicación de 4-Item de Morisky (MMAS-4) (30). Esta versión se compone de cuatro preguntas de respuesta dicotómica (SÍ/NO) que evalúan la dificultad para alcanzar un correcto nivel de adherencia (31). La MMAS-4 no demostró propiedades psicométricas según lo esperado, obteniendo una sensibilidad y especificidad del 81% y el 44%, respectivamente. Además, la medición del nivel de adherencia obtuvo una

fiabilidad inferior a 0.7, que es el valor aceptable (alfa de Cronbach=0.61). (32).

En 2008 Morisky et al crearon la Escala de Adherencia a la Medicación de 8-Item de Morisky (MMAS-8), que es una ampliación del MMAS-4. Aumenta la precisión al incluir cuatro elementos más, sin dejar de ofrecer resultados fiables y válidos. Estos elementos adicionales incluyen la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo (33).

MMAS-8 presenta las siguientes mejoras respecto a su predecesor MMAS-4:

- Los cuatro ítems adicionales dan detalles sobre actividades que ocurren sin pensamiento consciente, como el despiste, o las que se hacen deliberadamente por la dificultad de tolerar efectos adversos (34).
- Se ha comprobado que el MMAS-8 es fiable, con un alfa de Cronbach de 0,83 (34). También tiene una excelente validez concurrente y predictiva, así como altos niveles de sensibilidad y especificidad del 93% y el 53%, respectivamente (32).
- El MMAS-8 es una forma eficaz de detectar a los pacientes que pueden no estar siguiendo las instrucciones de medicación, aunque presenta limitaciones para indagar en la causa (32).
- Se ofrece en 33 idiomas diferentes y se ha comprobado su eficacia para numerosas afecciones médicas.

3.2.4. Factores Asociados A La Adherencia

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está dada por la influencia de cinco dimensiones. La idea que el paciente es el único responsable de tomar su medicación es errónea ya que numerosos factores influyen en el comportamiento y la capacidad de adherencia al tratamiento (35).

- **Factores Sociodemográficos**

Se han identificado diversos factores que influyen significativamente para la adherencia al tratamiento, como una mala situación socioeconómica, pobreza, grado de instrucción, analfabetismo,

desempleo, falta de apoyo social, inestabilidad en las condiciones de vida, poco acceso geográfico al establecimiento de salud, el alto costo tanto en el transporte, como en la medicación, condiciones medio ambientales, creencias populares sobre la enfermedad, y disfunción familiar (35).

También resalta la importancia del soporte que brinda la familia y el entorno social del paciente. Se ha observado que existe una mejor adherencia al tratamiento farmacológico en aquellos pacientes que cuentan con un adecuado apoyo emocional de las personas que lo rodean y que forman parte de una estructura familiar sólida (36).

Una baja adherencia al tratamiento farmacológico afecta a todos los grupos etarios, en especial a los pacientes adultos mayores quienes tienen mayor riesgo de una menor adherencia al tratamiento por las alteraciones cognitivas y funcionales propias de la edad. Otro de los factores que influyen negativamente en una baja adherencia son las múltiples enfermedades concomitantes y un complejo régimen médico (35).

- **Factores Del Equipo De Atención Médica/ Sistema De Atención Sanitaria**

Destaca la importancia de la relación profesional de la salud y el paciente dentro de esta categoría, ello se ve reflejado en la comunicación por ambas partes. Por otro lado, la falta de confianza del paciente en las indicaciones que le brinda el médico, o la insatisfacción por la atención que se le dio, influyen negativamente en el cumplimiento del tratamiento. Otros factores que influyen significativamente son el nivel de conocimiento del paciente respecto a su enfermedad, la limitación al acceso para recibir una atención sanitaria, un tiempo de espera muy prolongado con poca disponibilidad de horarios o la falta de privacidad durante la consulta médica (36).

- **Factores Terapéuticos**

Son aquellos que se encuentran asociados a la complejidad del esquema terapéutico, el tiempo de duración del tratamiento, el fracaso terapéutico de esquemas previos, las modificaciones que se le realizan al esquema farmacológico, los efectos beneficiosos y los adversos, así como el contar con el soporte del profesional médico, entre los más importantes (35).

Una de las principales causas por las que el paciente discontinúa la medicación se da al presentar efectos adversos o no deseados, hecho que puede ser la razón del abandono terapéutico o la consecuencia de no haber hecho seguimiento sobre las indicaciones médicas sobre las pautas de dosificación (37).

No obstante, si el paciente no evidencia un efecto beneficioso a corto plazo del tratamiento prescrito, también será motivo para el abandono de la terapéutica. Otro factor implicado en la adherencia es la complejidad del tratamiento prescrito ya que, a mayor complejidad, habrá mayor riesgo de equivocarse, lo que quiere decir que se obtendrán mejores resultados si el paciente tiene una buena adherencia al recibir un esquema simplificado (37).

- **Factores De La Enfermedad**

Las personas mayores con hipertensión suelen padecer varias enfermedades crónicas y tomar múltiples medicamentos, lo cual puede dificultar el cumplimiento de la terapia. Además, trastornos como la depresión, otras enfermedades mentales, el consumo de drogas o alcohol y la demencia, pueden afectar aún más la adherencia al tratamiento. Es interesante destacar que las personas mayores pueden experimentar cambios en su memoria que los lleven a tener problemas tanto para seguir correctamente el tratamiento médico (lo que se conoce como mala adherencia), como para tomar la medicación con una mayor dosis a la indicada (sobre adherencia), lo que puede provocar efectos tóxicos en el organismo (2).

No resulta inesperado que se haya observado que las discapacidades significativas y la baja calidad de vida tengan un impacto negativo en el

cumplimiento del tratamiento médico, en especial cuando los fármacos no logran aliviar la discapacidad/sintomatología o mejorar la calidad de vida del paciente. (2).

- **Factores Propios Del Paciente**

La edad, el contexto social y cultural en el que se encuentra el paciente, su nivel educativo y su personalidad pueden influir en el éxito del tratamiento. Existen pacientes que no siguen adecuadamente su tratamiento debido a su creencia de que este no ha sido administrado correctamente o de que el fármaco prescrito no es efectivo, o también porque les resulta difícil comprender las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento (37).

En otras ocasiones, la falta de adherencia se debe a motivos tan simples como olvidos o dificultades para obtener los medicamentos. La presencia de depresión o trastornos cognitivos como el Alzheimer son también factores importantes que contribuyen a un mal seguimiento del tratamiento. Además, cabe destacar la especial relevancia de este problema en dos grupos específicos: los ancianos y los niños, en los que cuestiones como la seguridad y la simplificación de los regímenes terapéuticos son fundamentales (37).

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

4.1. A Nivel Internacional

A. Título: Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension.

Autores: Anna Gavrilova, Dace Bandere, Ieva Rutkovska, Dins Šmits, Baiba Maurin, Elita Poplavska and Inga Urtane.

Resumen: El incumplimiento de la medicación prescrita es un problema importante en el campo de la cardiología, sobre todo entre pacientes hipertensos. Los estudios han demostrado que aproximadamente la mitad de los pacientes hipertensos no toman sus medicamentos tal como se los indica su profesional médico. Muchos de los pacientes no siguen los consejos del médico y no vigilan

de cerca su presión arterial por diversas razones. Existe la Escala de Medicación de Morisky que nos permite determinar el grado de adherencia al tratamiento del paciente y poder crear algunas alternativas que mejoren la baja adherencia.

Materiales y Métodos: Esta investigación fue de tipo observacional y de corte transversal. La información recogida incluyó a 12 farmacias en Letonia donde se incluyeron a 187 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

Resultados: Se encontró una prevalencia de no cumplimiento al tratamiento de 46.20% donde los adultos mayores fueron los más adheridos al tratamiento y la adherencia va creciendo directamente proporcional al puntaje obtenido en la Escala de Morisky, es decir, un puntaje de cero "0", indica que dicho paciente no sigue de forma correcta la prescripción médica y un puntaje de "10" indica que el paciente cumple con todas las indicaciones que le da el médico tratante. Además, se encontró que, a mayor tiempo de enfermedad, el paciente será más adherente.

Conclusiones: Se encontró un nivel de adherencia baja al tratamiento antihipertensivo en pacientes en Letonia. Es necesario realizar mayores estudios para conocer los factores que determinan la baja adherencia y poder realizar las intervenciones necesarias para mejorar dicha adherencia (38).

B. Título: Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Autores: Bartosz Uchmanowicz, Ewa A. Jankowska, Izabella Uchmanowicz and Donald E. Morisky.

Resumen: El objetivo de esta revisión sistemática y metaanálisis fue estimar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años y conocer aquellos factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

Métodos: Para ello se realizó una búsqueda sistemática en las bases de PubMed, Google Scholar y Scopus, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2000 y el 30 de junio del 2018. Se considera que el paciente es adherente si obtuvo una puntuación mayor o igual a 6 en la Escala de adherencia a la

medicación de Morisky (MMAS-8) o si tenía un puntaje mayor o igual a 3 en la escala de adherencia Morisky Green Levine (MGL). Dichos datos se registraron con un intervalo de confianza del 95% para los factores que determinan la adherencia al tratamiento.

Resultados: Se incluyeron a 5247 pacientes para el metaanálisis de los trece estudios que se revisaron. Se obtuvo un porcentaje combinado de adherencia de 68,86 % con un intervalo de confianza del 95% (57.80- 79.92%). Sin embargo, no se encontró una diferencia significativa entre la medición con la escala MMAS-8 y MGL. Se evidenció una mayor adherencia por parte de los pacientes que se encontraron en países occidentales de 83,87% vs. 54,30% frente a otros países. Se identificaron que los factores que tenían una mayor influencia sobre la adherencia fueron la edad, la jubilación y/o desempleo, un tiempo de enfermedad mayor a 10 años y el recibir menos medicamentos.

Conclusión: El estudio encontró una mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años a comparación de grupos etarios más jóvenes; asimismo se relacionó con el nivel socioeconómico y los factores asociados al tratamiento (39).

C. Título: Adherencia Terapéutica Antihipertensiva Y Factores Asociados Al Incumplimiento En El Primer Nivel De Atención En Cienfuegos, 2019.

Autor: Ramírez PAR, Ramírez PJF, Borrell ZJC.

Resumen: La hipertensión arterial es considerada como una enfermedad silenciosa ya que muchas veces no se manifiesta clínicamente, lo que favorece que el paciente no cumpla con el esquema terapéutico indicado por lo que esta enfermedad no se controla adecuadamente, tendencia que se encuentra en aumento.

Objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores que se encuentran relacionados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019.

Métodos: El presente es un estudio descriptivo y transversal, que incluye a 289 pacientes hipertensos comprendidos entre los 15 y 89 años de edad de los

consultorios 9 y 10 del establecimiento de salud de primer nivel de Cienfuegos durante el primer trimestre del año 2019. Se escogieron a 80 pacientes mediante muestreo aleatorio quienes participaron voluntariamente del estudio mediante una entrevista semiestructurada y la prueba de Morisky-Green-Levine. Para el estudio se investigaron las variables de edad, sexo, grado de instrucción, comorbilidades, esquema farmacológico, fármacos antihipertensivos, polifarmacia y factores asociados al incumplimiento.

Resultados: Se encontró que el 73.75% de pacientes mostraron adherencia al tratamiento antihipertensivo, siendo el género femenino quienes presentaron mayor adherencia y los pacientes con edades comprendidas entre 40 y 59 años. Por otro lado, no se encontró relación entre el incumplimiento y la polifarmacia y con otras comorbilidades asociadas. El esquema antihipertensivo prescrito más frecuente fue la combinación de enalapril e hidroclorotiazida en casos no complicados.

Conclusiones: Los resultados obtenidos no tienen correspondencia con los estudios nacionales e internacionales. Se encontró que las causas para no continuar el tratamiento antihipertensivo son multifactoriales, tales como polifarmacia y combinación de fármacos para otras comorbilidades, por lo que se consideran como causas modificables que pueden adaptarse al paciente para lograr una mejor adherencia terapéutica (40).

4.2. A Nivel Nacional

A. Título: Factores Asociados A La Adherencia Al Tratamiento Antihipertensivo En Pacientes Diabéticos No Insulinodependientes – Huancayo, 2018.

Autores: Neil Arón Paz-Campos, Nhytzeel Lienm Quillatupa Nuñez.

Resumen: El objetivo de este estudio es determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diabetes mellitus no insulinodependiente que son atendidos en el servicio de Cardiología del Hospital Regional “Daniel Alcides Carrión” durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2018.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio observacional, correlacional, analítico y de corte transversal. Se realizó una encuesta a pacientes diabéticos e hipertensos que reciben un esquema terapéutico antihipertensivo. Para ello se realizó una regresión con modelos lineales de la familia Poisson y ajuste del error estándar; con intervalo de confianza

al 95% y una p menor de 0,05 significativa.

Resultados: De los 123 pacientes incluidos en el estudio, se evidenció una adherencia al tratamiento hipertensivo de 13,01% así como una asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado entre la adherencia al esquema antihipertensivo y el encontrarse afiliado a un seguro de salud, un esquema que incluía dos o más fármacos y el tipo de tratamiento médico. Asimismo, entre la adherencia a la medicación y el tipo de tratamiento médico, no se evidenció asociación en el modelo multivariado.

Conclusión: La adherencia al tratamiento antihipertensivo es mayor si el paciente se encuentra afiliado a un seguro de salud y si recibe una terapia combinada doble de fármacos antihipertensivos, por otro lado, una terapia que incluye tres o más fármacos disminuye la adherencia (41).

B. Título: Evaluación De Conocimiento De Hipertensión En Pacientes Hipertensos Y Su Asociación Con Adherencia Al Tratamiento

Autores: Jose Carlos Rodríguez Abt, Sime Joso Rogic Valencia, Rodrigo José Solís Visscher.

Resumen: Un mayor conocimiento sobre una de las enfermedades con mayor prevalencia como la hipertensión arterial puede aumentar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, y a su vez permite tener un mayor control sobre la presión arterial.

Objetivo: Determinar si existe asociación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Métodos: Se trata de un estudio analítico de corte transversal donde se incluyeron 340 pacientes elegidos por muestreo de conveniencia en los consultorios de Cardiología durante los meses de mayo a agosto del 2015. La variable principal fue el grado de conocimiento sobre hipertensión arterial que fue evaluada mediante el Cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión y el grado de adherencia al tratamiento (variable respuesta) fue medida con el cuestionario Martin-Bayarre-Grau. Para ello, se hizo una Regresión de Poisson con intervalo de confianza del 95% y una p menor de 0,05 para establecer significancia estadística.

Resultados: Se evidenció asociación entre una adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo y el bajo conocimiento sobre hipertensión arterial. Otros factores que mostraron asociación fueron un tiempo de enfermedad mayor a 10 años, falta de información respecto a la enfermedad y una duración de la consulta de más de 15 minutos.

Conclusión: Los pacientes que mostraron un grado menor de conocimiento sobre la hipertensión arterial tienen mayor probabilidad de adherirse parcialmente al esquema antihipertensivo (42).

C. Título: Factores Asociados A La No-Adherencia Al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo En Pacientes De Un Hospital Del Seguro Social

Autores: Lucy Pochuanca-Ancco, Juan Villacorta, Yamilée Hurtado-Roca.

Resumen: El incumplimiento del tratamiento antihipertensivo puede aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad de las personas hipertensas. Se observó que una de las causas de hipertensión arterial no controlada es la poca adherencia al tratamiento antihipertensivo. El presente trabajo evaluó los distintos factores involucrados al incumplimiento del esquema antihipertensivo en el Servicio de cardiología de un hospital de EsSalud en Lima en el periodo del año 2017.

Material y Métodos: Se trata de un estudio analítico y de corte transversal que incluyó pacientes en tratamiento para hipertensión arterial esencial que acudieron a sus controles por consulta externa y los pacientes excluidos fueron aquellos que presentaron hipertensión secundaria. El instrumento utilizado fue

el Test de Morisky-Green Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) que determinó si existe adherencia al tratamiento indicado.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 270 pacientes donde el 69% fueron adultos mayores de 65 años y el 46% fueron de género masculino, además el 76% tenía una pareja estable. Dentro de los antecedentes personales se encontró que el 60% tenía el diagnóstico de hipertensión arterial, el 30% presentaba diabetes tipo II y el 27% no tenía adherencia al tratamiento. Dentro de los factores relacionados a la poca adherencia al tratamiento fueron el sexo masculino, IMC más de 30 y trabajar de forma independiente.

Conclusiones: Existen factores modificables o no en pacientes con hipertensión arterial que se relacionan con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Para poder identificar oportunamente a los pacientes hipertensos y realizar intervenciones que ayuden a mejorar la adherencia, se debe realizar un estudio de mayor alcance sobre los factores asociados al no cumplimiento del tratamiento (43).

4.3. A Nivel Local

A. **Título:** 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

Autores: Apaza Vilca Claudia Alejandra, Martinez Quispe Ursula Rosario.

Resumen: El objetivo del presente estudio es identificar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en consulta externa del servicio de Cardiología del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y transversal que incluyó una muestra de 84 pacientes seleccionados de forma probabilística quienes cumplieron los criterios de inclusión de tiempo mínimo de enfermedad y ser mayor de 18 años.

Se realizó un cuestionario para investigar los factores que se relacionan al incumplimiento y conocer la frecuencia con la que los individuos no siguen el

tratamiento prescrito. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para el análisis de la data.

Resultados: De los pacientes encuestados se encontró que el 89.3% mostró adherencia baja y parcial adherencia a los fármacos antihipertensivos que se les prescribió y los pacientes considerados adheridos al tratamiento fue de 10.7%. Los factores asociados a la no adherencia estadísticamente significativos fueron ser adulto mayor en 44%, haber enviudado o estar separado de la pareja con 33.3%, el uso de métodos o remedios naturistas para tratar la hipertensión en 66.7%, el presentar otras patologías concomitantes se relacionó en 33.3% a la no adherencia, así como la dificultad para continuar con el esquema farmacológico en un 66.7%.

Conclusiones: Los factores que se asociaron a la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo fueron una edad avanzada, ser viudo o separado, menor confianza al tratamiento antihipertensivo prescrito, presentar otras patologías concomitantes y dificultad para seguir con el tratamiento farmacológico ya que los pacientes no percibían mejora clínica con dicho esquema (44).

B. Título: Factores Relacionados A La Adherencia Al Tratamiento Farmacológico En Pacientes Con Hipertensión Arterial Que Acuden A La Microred Ampliación Paucarpata Arequipa 2022.

Autores: Adatao Chacon Roxana Guadalupe.

Resumen: La valoración de la adherencia al tratamiento antihipertensivo es de gran relevancia, debido a que con frecuencia constituye el principal motivo de fracaso terapéutico en pacientes que padecen hipertensión arterial, dando lugar a una modificación innecesaria del esquema prescrito.

Objetivos: Establecer la relación que existe entre diversos factores, tales como edad, género, nivel de educación, el tratamiento médico antihipertensivo y el estado civil, con relación al grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes afectados por hipertensión arterial que acuden a la Microred Ampliación Paucarpata.

Materiales y métodos: Se trata de un análisis de tipo observacional, con un diseño prospectivo y transversal, en el que se comparan casos y controles. Para el presente estudio realizado en el mes de abril del 2022, se llevó a cabo la entrevista a los pacientes hipertensos que se presentaron en la Microrred Ampliación Paucarpata, utilizando la encuesta Morisky-Green. Para examinar la relación entre las variables, se emplearon técnicas estadísticas descriptivas, análisis de Chi cuadrado y regresión logística multivariada.

Resultados: Del total de pacientes evaluados, el 62,6% correspondió al género femenino, el mismo porcentaje se situó en el rango de edad entre 60 y 70 años. Asimismo, el 40% de los pacientes mostró haber concluido estudios de educación primaria. Finalmente, el 62,6% de los pacientes presentaron una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Conclusión: Se pudo constatar que los pacientes que presentan educación primaria, estado civil soltero, esquema farmacológico combinado y alguna patología concomitante, mostraron un nivel reducido de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Estas correlaciones demostraron ser estadísticamente significativas (45).

C. Título: Factores Relacionados A La No Adherencia Al Tratamiento Antihipertensivo En Pacientes Que Acuden Al Consultorio Externo De Cardiología En El Hospital Goyeneche, Arequipa – 2017.

Autores: Vargas Lucana, Anabel Hilda.

Resumen: La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovasculares más frecuentes y modificables a nivel mundial. Su trascendencia deriva del aumento en la probabilidad de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y enfermedades vasculares periféricas.

Objetivos: El propósito del estudio es identificar los factores asociados a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo en el Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa, durante el año 2017.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis observacional de tipo analítico, prospectivo y transversal. La población de estudio se compuso de 85 pacientes

diagnosticados con hipertensión arterial que se encontraban recibiendo tratamiento antihipertensivo. La técnica utilizada para recopilar la información se basó en la aplicación de encuestas y en la observación documental. Se emplearon dos herramientas para la evaluación de los datos: el Cuestionario de Factores y la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky-Green (MMAS-8). Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central, además de la aplicación de la Prueba de Ji cuadrado y la Prueba Exacta de Fisher.

Resultados: Entre los factores que se han identificado como relacionados con la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo se incluyen la edad y el género, el bajo nivel de educación, así como el estado civil de soltero, viudo o separado, y el ingreso económico que percibe cada paciente mensualmente. La falta de información sobre la hipertensión arterial, así como la presencia de patologías concomitantes, se han relacionado con la poca de adherencia al tratamiento. Además, se observó que la edad promedio fue de 60,62 años en los pacientes que tienen una baja adherencia al tratamiento, mientras que la de los adherentes fue de 64,85 años siendo la mayor parte conformada por pacientes de sexo femenino.

Conclusiones: De los pacientes que asisten al consultorio externo de cardiología del Hospital Goyeneche, se encontró una alta prevalencia de no adherencia al tratamiento antihipertensivo (46).

5. HIPÓTESIS

Existe un nivel de adherencia terapéutico bajo en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

La investigación será realizada mediante la aplicación de encuestas tipo cuestionario, de forma presencial, a aquellos pacientes hipertensos que acuden a la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.

1.2. Instrumento

1.2.1. Ficha De Recolección De Datos

Instrumento elaborado por el investigador, agrupa la información del paciente en factores sociodemográficos, factores del equipo de atención médica, factores terapéuticos, factores de la enfermedad y factores propios del paciente. Dentro de cada uno se precisarán elementos tales como, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, apoyo social, conocimiento sobre la enfermedad, esquema terapéutico antihipertensivo, tiempo de enfermedad, comorbilidades, diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico, confianza en los fármacos antihipertensivos, consumo de fármacos antihipertensivos no genéricos, limitación neurocognitiva/psicomotriz, y medicina alternativa. (ANEXO 2).

1.2.2. Escala De Adherencia A La Medicación De 8-Item De Morisky (MMAS-8)

El MMAS-8 consta de 8 preguntas (ANEXO 3). Las preguntas 1 a 7 tienen respuesta dicotómica (SÍ/NO). La octava pregunta es de tipo Likert (34).

Para la pregunta 8, el código numérico (que va de 0 a 4) se estandariza dividiendo el resultado por 4 para obtener una puntuación global. Los códigos "0, 1, 2, 3, 4" se clasifican respectivamente como "1, 0.75, 0.50, 0.25, 0".

A cada respuesta de "NO" se le da una puntuación de "1" y a cada "SÍ" se le da una puntuación de "0", excluyendo la pregunta 5, en la que la respuesta de "SÍ" obtiene una puntuación de "1", mientras que la respuesta de "NO" obtiene una puntuación de "0". Para la pregunta 8, el código numérico (que va de 0 a 4) se estandariza dividiendo el resultado por 4 para obtener una

puntuación global. Los códigos “0, 1, 2, 3, 4” se clasifican respectivamente como “1, 0.75, 0.50, 0.25, 0” (34).

Las preguntas se formularon para evitar un sesgo de “decir sí”, es decir, se invierte la redacción del ítem 5 para evitar la tendencia a responder de manera específica a una serie de preguntas independientemente de su contenido (34).

El puntaje total en el MMAS-8 puede variar de 0 a 8, haciendo que los pacientes pueden clasificarse y dividirse en tres grupos según los resultados obtenidos:

- Puntuación, 0 – < 6: Nivel de adherencia bajo.
- Puntuación, 6 – < 8: Nivel de adherencia medio.
- Puntuación, 8: Nivel de adherencia alto (34).

1.2.3. Materiales De Verificación

- Material de escritorio
- Ordenador de escritorio
- Paquete estadístico
- Recursos humanos

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito Espacial

El presente estudio se realizará en las instalaciones del Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara, cuya dirección es Avenida Av. Zamacola Y Av. Enmel S/N, Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.2. Unidades De Estudio

2.2.1. Población

La población está conformada por pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, y que son atendidos en la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara. Aproximadamente suman 100 pacientes por mes.

2.2.2. Muestra

Se utilizó el programa EPIDAT v4.2 para el cálculo de tamaño de muestra. Según Vargas-Lucano A. (32) reportó una prevalencia del 10% de adherencia, la cual será utilizada para el cálculo de tamaño de muestra con un nivel de

confianza del 95% y precisión del 5%. Se obtuvo 139 pacientes que serán seleccionados de forma consecutiva en los consultorios de la unidad de cardiología del Hospital III Yanahuara.

Calculo de tamaño de muestra	
Datos:	
Tamaño de la población:	∞
Proporción esperada:	10,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0
Resultados:	
Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	139

Fuente de elaboración propia.

A. Criterios De Inclusión

- Pacientes con mayoría de edad, 18 años o más, del masculino y femenino.
- Pacientes que previamente hayan sido diagnosticados con hipertensión arterial, documentado en historia clínica por un médico general o especialista.
- Pacientes que reciben terapia farmacológica antihipertensiva.
- Pacientes que acepten voluntariamente participar del estudio.

B. Criterios De Exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con deterioro cognitivo, que dificulte el llenado de la encuesta.
- Cuestionarios incompletos o mal llenados.

2.3. Temporalidad

Estudio de actualidad que comprende el periodo de Marzo – Mayo del año 2023.

2.4. Tipo De Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal y prospectivo.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Aprobado el proyecto de tesis, se solicita el dictamen del Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santa María. Posteriormente se solicita la autorización de la Oficina de Capacitación y Docencia de la Red Asistencial Arequipa, EsSalud, para la realización de encuestas en sus instalaciones. Más adelante, se acude a la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara para el reconocimiento de aquellos pacientes que cumplen con los criterios de inclusión. Se informa de las características y el propósito del estudio, y después se solicita el consentimiento de los pacientes para participar en el mismo. Las encuestas aplicadas se recolectan en una base de datos, la cual se somete a un análisis estadístico. Finalmente se redacta un informe final con los resultados obtenidos.

3.2. Recursos

- Investigador.
- Asesor.

3.3. Validación Del Instrumento

La ficha de recolección de datos (ANEXO 2) fue elaborada en compañía del asesor de tesis. La escala de adherencia a la medicación de 8-Item de Morisky (MMAS-8) (ANEXO 3) no requiere de validación.

3.4. Criterios Para Manejo De Resultados

3.4.1. Plan De Procesamiento

El análisis de la información encontrada será sometido a estadística descriptiva. Para las variables categóricas se utilizarán frecuencia y porcentajes y para las variables numéricas se utilizarán medidas de resumen como media y desviaciones estándar. Para la relación de las variables independientes y dependientes se utilizará chi cuadrado o el test exacto de Fisher según corresponda. Para la sistematización de datos será utilizado Excel 2019 (17.0) y el paquete estadístico STATA v17. Los resultados obtenidos serán presentados mediante tablas y gráficos.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 1
Características sociodemográficas de los pacientes con HTA

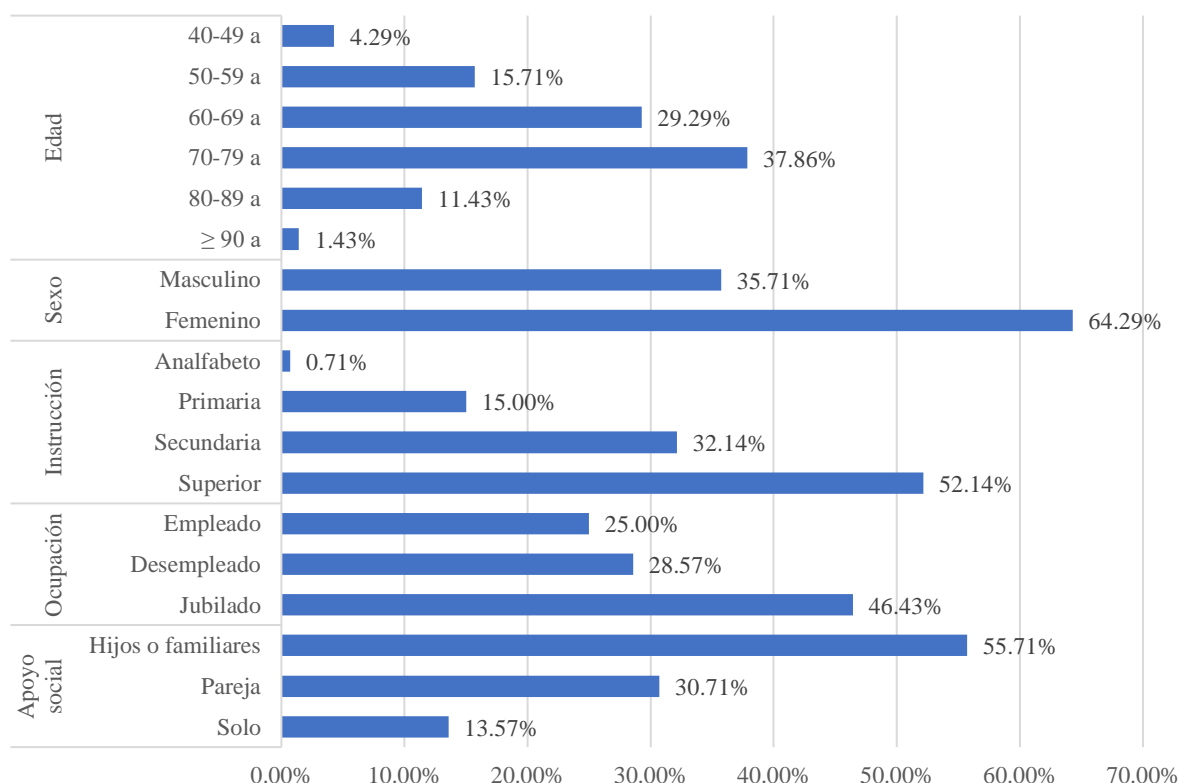
Característica	Ítem	Nº	%
Edad	40-49 a	6	4.29%
	50-59 a	22	15.71%
	60-69 a	41	29.29%
	70-79 a	53	37.86%
	80-89 a	16	11.43%
	≥ 90 a	2	1.43%
Sexo	Masculino	50	35.71%
	Femenino	90	64.29%
Instrucción	Analfabeto	1	0.71%
	Primaria	21	15.00%
	Secundaria	45	32.14%
	Superior	73	52.14%
Ocupación	Empleado	35	25.00%
	Desempleado	40	28.57%
	Jubilado	65	46.43%
Apoyo social	Hijos o familiares	78	55.71%
	Pareja	43	30.71%
	Solo	19	13.57%
Total		140	100.00%

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 1

Características sociodemográficas de los pacientes con HTA



Edad promedio \pm D. est (mín – máx): 68.19 ± 10.62 años (40 – 93 años)

Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 1, el 80% de pacientes con hipertensión tuvo de 60 a más años, con una edad promedio de 68.19 ± 10.62 años. El 64.29% fueron mujeres y 35.71% varones. La educación predominante fue superior (52.14%) y secundaria (32.14%). El 25% trabajaban como empleados, 28.57% eran desempleados y 46.43% jubilados. El 55.71% de pacientes con HTA vive con su familia o hijos, 30.71% solo con su pareja y 13.57% vive solo.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 2

Características del conocimiento sobre la enfermedad de los pacientes con HTA

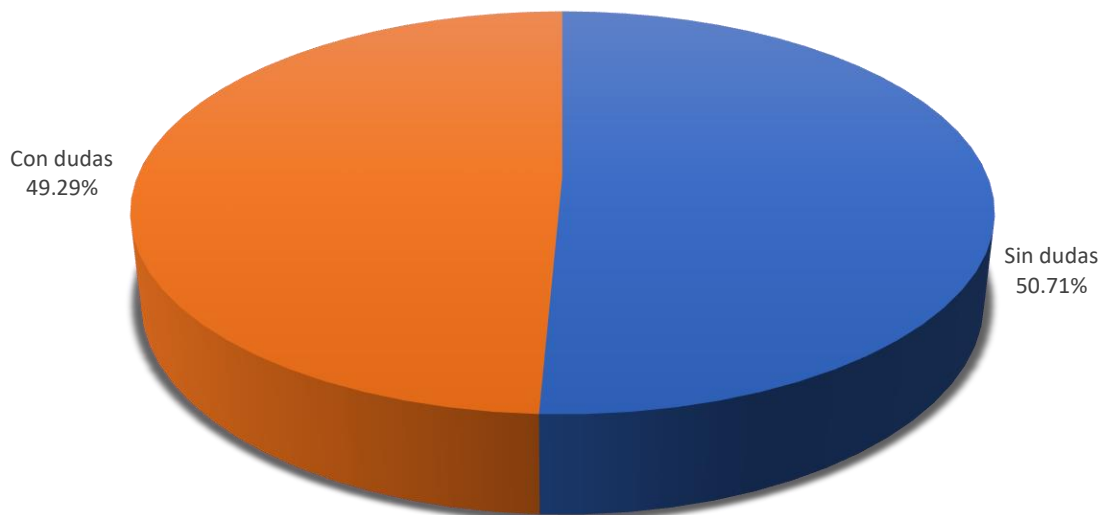
Conocimiento	Nº	%
Sin dudas	71	50.71%
Con dudas	69	49.29%
Total	140	100.00%

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 2

Características del conocimiento sobre la enfermedad de los pacientes con HTA



Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 2, el 50.71% de pacientes con HTA tiene dudas con respecto a la enfermedad que no fueron resueltas por el equipo de salud, por otro lado, el 49.29% de pacientes no tiene dudas con respecto a la enfermedad.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 3

Características del esquema terapéutico antihipertensivo de los pacientes con HTA

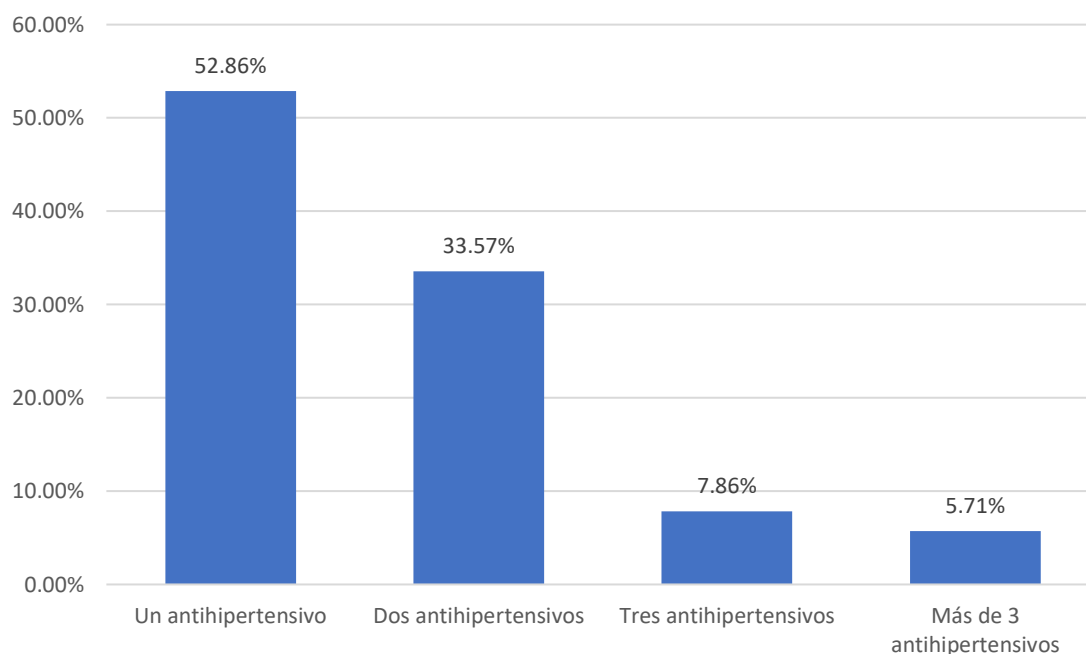
Tratamiento	Nº	%
Un antihipertensivo	74	52.86%
Dos antihipertensivos	47	33.57%
Tres antihipertensivos	11	7.86%
Más de 3 antihipertensivos	8	5.71%
Total	140	100.00%

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 3

Características del esquema terapéutico antihipertensivo de los pacientes con HTA



Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 3, el 52.86% de los pacientes con HTA recibe un solo medicamento antihipertensivo, 33.57% recibe dos, 7.86% tres y 5.71% recibe más de tres fármacos antihipertensivos.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 4
Características de la enfermedad en los pacientes con HTA

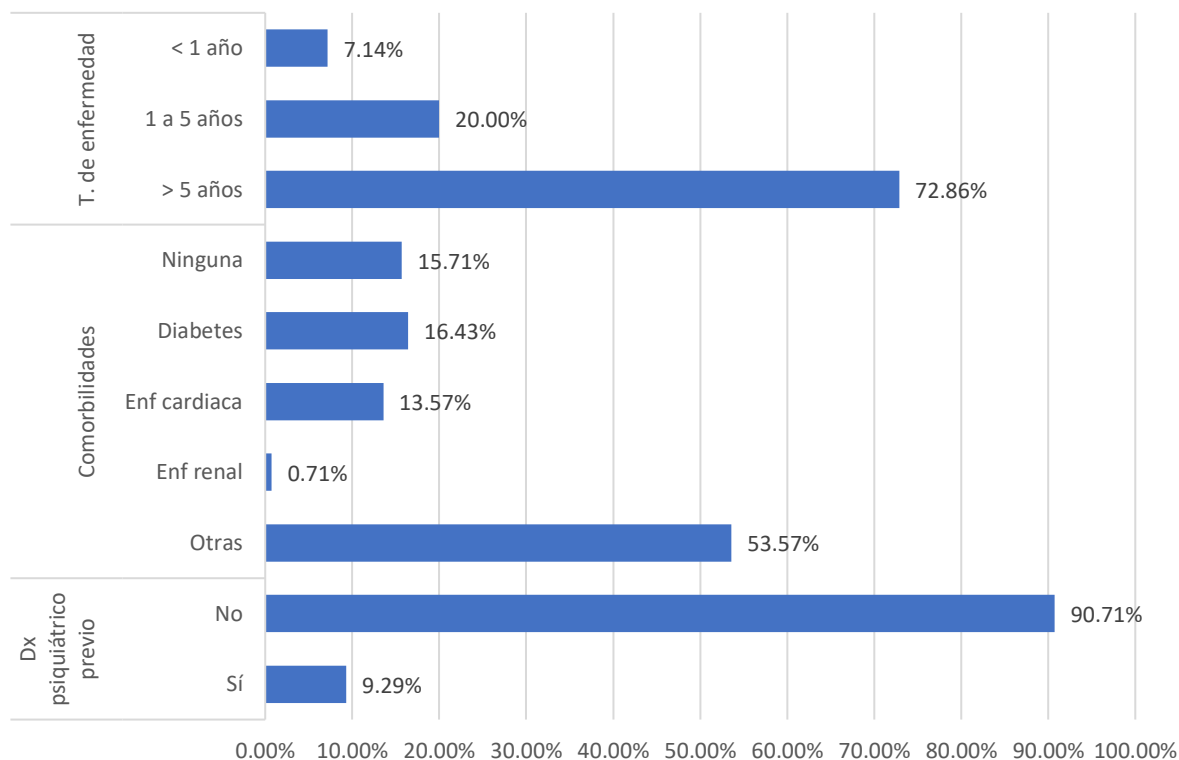
Característica	Ítem	Nº	%
T. de enfermedad	< 1 año	10	7.14%
	1 a 5 años	28	20.00%
	> 5 años	102	72.86%
Comorbilidades	Ninguna	22	15.71%
	Diabetes	23	16.43%
	Enf cardíaca	19	13.57%
	Enf renal	1	0.71%
	Otras	75	53.57%
Dx psiquiátrico previo	No	127	90.71%
	Sí	13	9.29%
Total		140	100.00%

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 4

Características de la enfermedad en los pacientes con HTA



Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 4, el 7.14% de pacientes con HTA tuvo un tiempo de enfermedad menor a 1 año, 20% tenía de 1 a 5 años y el 72.86% de casos tenía más de 5 años de diagnóstico. Se encontraron comorbilidades en 84.29% de casos, con diabetes en 16.43%. enfermedad cardiaca en 13.57% entre otras diversas. El 9.29% de pacientes tuvo un diagnóstico psiquiátrico previo.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 5**Características propias del paciente con relación al tratamiento antihipertensivo**

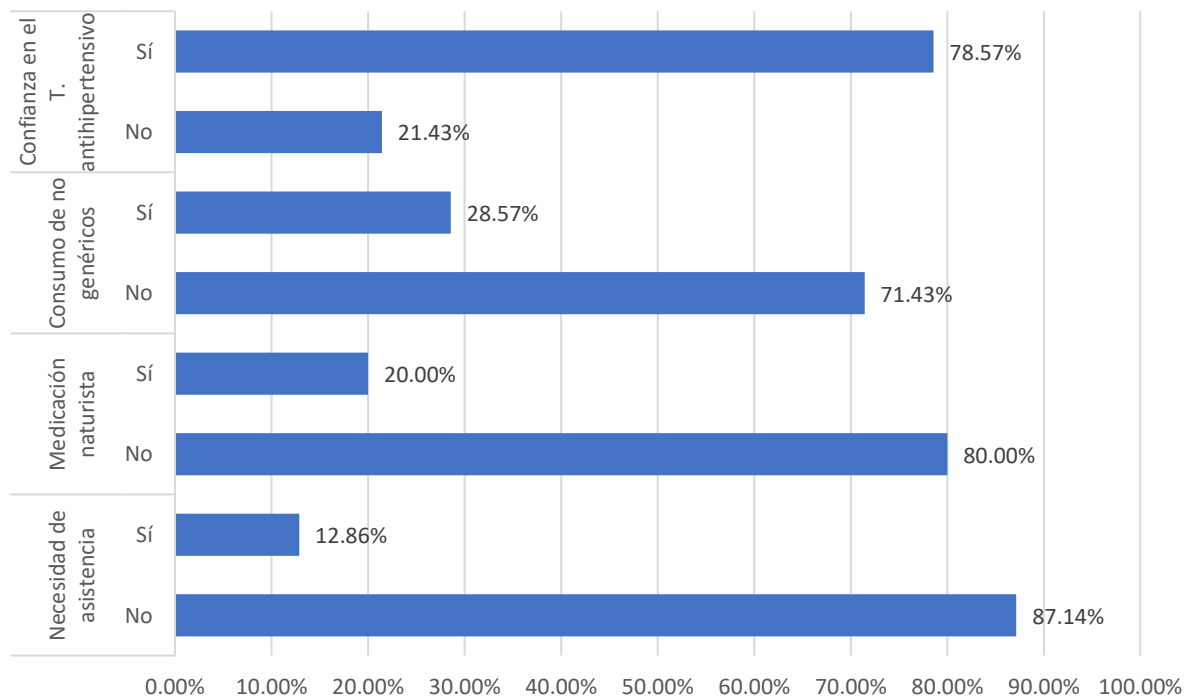
Característica	Ítem	Nº	%
Confianza en el T. antihipertensivo	Sí	110	78.57%
	No	30	21.43%
Consumo de no genéricos	Sí	40	28.57%
	No	100	71.43%
Medicación naturista	Sí	28	20.00%
	No	112	80.00%
Necesidad de asistencia	Sí	18	12.86%
	No	122	87.14%
Total		140	100.00%

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 5

Características propias del paciente con relación al tratamiento antihipertensivo



Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 5, en relación con las características del paciente acerca del tratamiento, 78.57% confía en el tratamiento antihipertensivo, el 28.57% consume medicamentos no genéricos que no le proporciona el seguro, 20% consume además medicación naturista, y 12.86% de casos necesitan asistencia para cumplir con su tratamiento antihipertensivo.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 6

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes evaluados

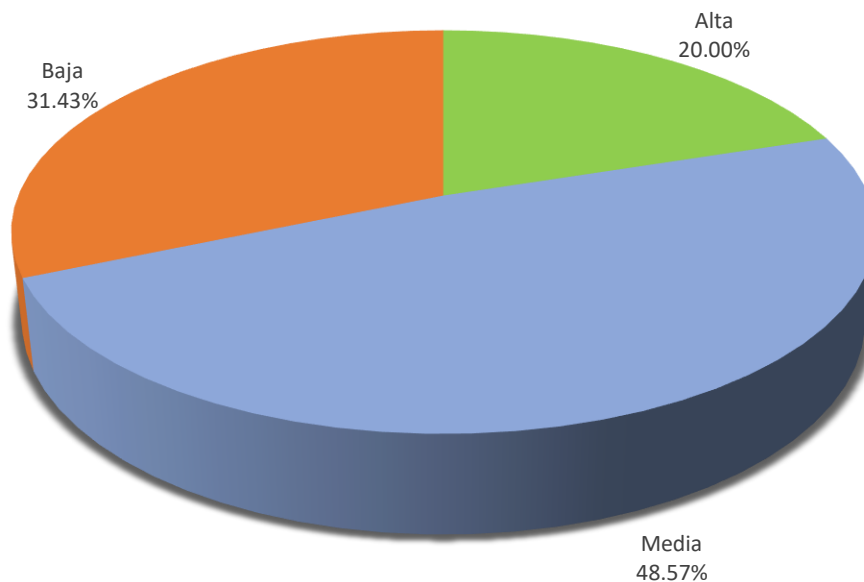
Adherencia	Nº	%
Alta	28	20.00%
Media	68	48.57%
Baja	44	31.43%
Total	140	100.00%

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 6

Nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes evaluados



Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 6, con la aplicación de MMAS-8, se encontró que el 20% de pacientes tenía una alta adherencia al tratamiento antihipertensivo, 48.57% tenía un nivel de adherencia medio, y 31.43% un bajo nivel de adherencia.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 7
**Factores sociodemográficos asociados al nivel de adherencia al tratamiento
antihipertensivo**

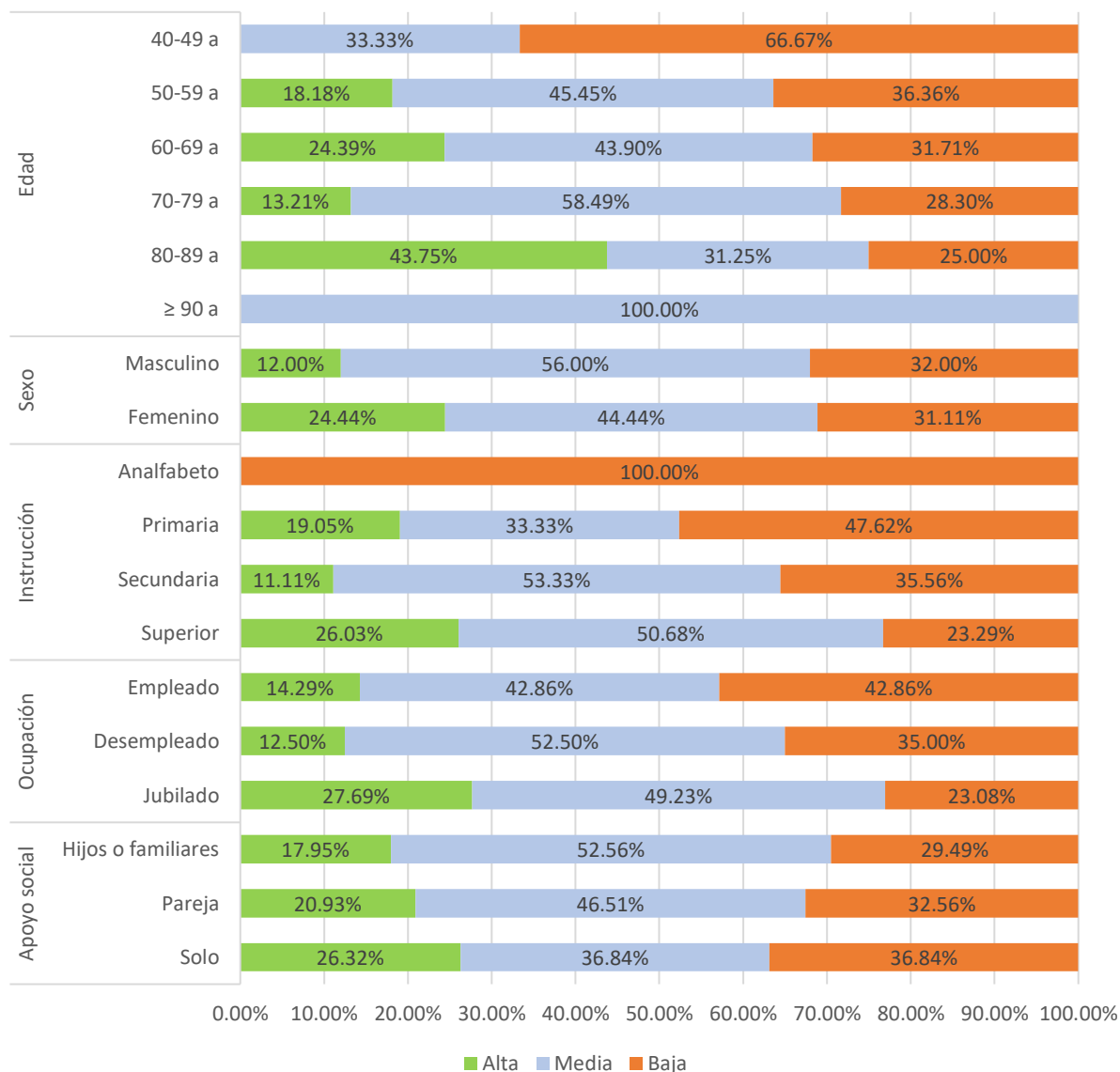
Caract.	Ítem	Total	Alta		Media		Baja		Chi ² (p)
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad	40-49 a	6	0	0.00%	2	33.33%	4	66.67%	14.98 (0.13)
	50-59 a	22	4	18.18%	10	45.45%	8	36.36%	
	60-69 a	41	10	24.39%	18	43.90%	13	31.71%	
	70-79 a	53	7	13.21%	31	58.49%	15	28.30%	
	80-89 a	16	7	43.75%	5	31.25%	4	25.00%	
	≥ 90 a	2	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	
Sexo	Masculino	50	6	12.00%	28	56.00%	16	32.00%	3.38 (0.18)
	Femenino	90	22	24.44%	40	44.44%	28	31.11%	
Instrucc.	Analfabeto	1	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	10.11 (0.12)
	Primaria	21	4	19.05%	7	33.33%	10	47.62%	
	Secundaria	45	5	11.11%	24	53.33%	16	35.56%	
	Superior	73	19	26.03%	37	50.68%	17	23.29%	
Ocupación	Empleado	35	5	14.29%	15	42.86%	15	42.86%	7.05 (0.13)
	Desempleado	40	5	12.50%	21	52.50%	14	35.00%	
	Jubilado	65	18	27.69%	32	49.23%	15	23.08%	
Apoyo social	Hijos o famil.	78	14	17.95%	41	52.56%	23	29.49%	1.68 (0.79)
	Pareja	43	9	20.93%	20	46.51%	14	32.56%	
	Solo	19	5	26.32%	7	36.84%	7	36.84%	
Total		140	28	20.00%	68	48.57%	44	31.43%	-

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 7

**Factores sociodemográficos asociados al nivel de adherencia al tratamiento
antihipertensivo**



Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 7, aunque se aprecia una tendencia a niveles bajos de adherencia en mayor proporción a edades jóvenes (66.67% en pacientes de 40 a 49 años, 36.36% de casos entre 50 a 59 años, 31.71% entre los que tenían 60 a 69 años, 28.30% entre los 70 y 79 años, 25% entre pacientes con 80 a 89 años), las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p > 0.05$).

La adherencia fue un poco mejor entre las mujeres (24.44% con adherencia alta comparada con 12% entre varones), pero las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

Aunque la adherencia baja fue mayor con una menor instrucción (100% de baja adherencia en el paciente analfabeto, 47.62% en casos con educación primaria, 35.56% en pacientes con educación secundaria y 23.29% con educación superior), las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p > 0.05$).

Tampoco hubo diferencias en la adherencia según la ocupación, aunque fue mejor entre jubilados (27.69% con alta adherencia comparados con 14.29% entre los trabajadores y 12.50% en los desempleados; $p > 0.05$).

La adherencia terapéutica fue similar también en los pacientes según el apoyo social, pues fue baja en 29.49% de los que vivían con hijos o familiares, en 32.56% de pacientes que vivían con su pareja, y 36.84% entre los que viven solos, sin diferencias significativas ($p > 0.05$).

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 8

**Factores del equipo de atención médica en el conocimiento de la enfermedad asociados
al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo**

Adherencia	Con dudas		Sin dudas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	9	13.04%	19	26.76%	28	20.00%
Media	38	55.07%	30	42.25%	68	48.57%
Baja	22	31.88%	22	30.99%	44	31.43%
Total	69	100.00%	71	100.00%	140	100.00%

Chi² = 4.48

G. Libertad = 2

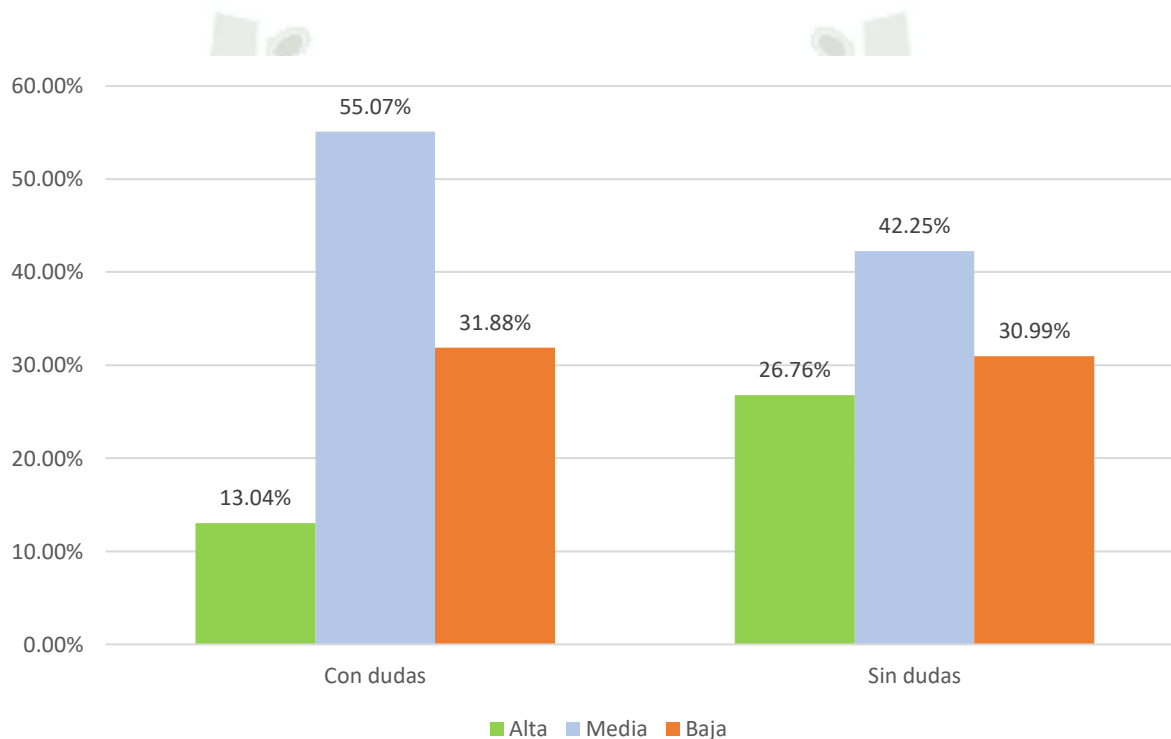
p = 0.11

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 8

**Factores del equipo de atención médica en el conocimiento de la enfermedad asociados
al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo**



Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 8, el nivel de adherencia fue bajo en el 31.88% de pacientes que tienen dudas acerca de la enfermedad, y 30.99% en el caso de pacientes que no tenían dudas, sin diferencias significativas ($p > 0.05$).

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 9

Factores terapéuticos asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo

Adherencia	Un antihip.		Dos antihip.		Tres antihip.		Más de 3 antihip.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	12	16.22%	12	25.53%	3	27.27%	1	12.50%	28	20.00%
Media	37	50.00%	20	42.55%	6	54.55%	5	62.50%	68	48.57%
Baja	25	33.78%	15	31.91%	2	18.18%	2	25.00%	44	31.43%
Total	74	100.00%	47	100.00%	11	100.00%	8	100.00%	140	100.00%

$\chi^2 = 3.40$

G. libertad = 6

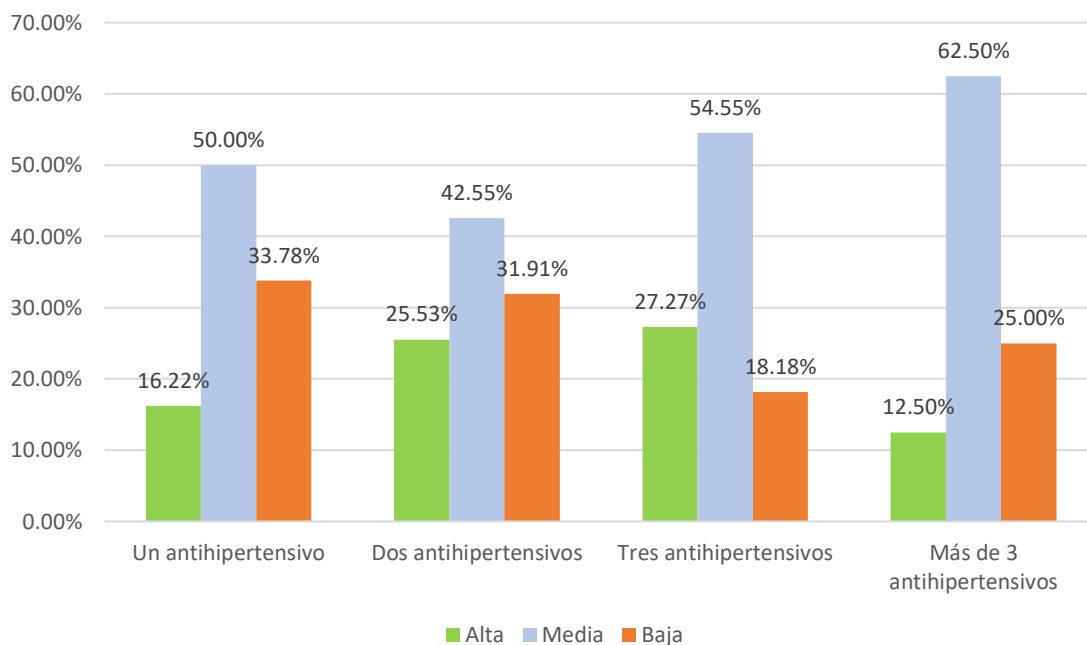
$p = 0.76$

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 9

Factores terapéuticos asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo



Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 9, en pacientes con un antihipertensivo, la adherencia fue baja en 33.78%, con dos fue de 31.91%, y tiende a disminuir a 18.18% con tres medicamentos y llega a 25% en casos con más de tres medicamentos, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 10
**Factores de la enfermedad asociados al nivel de adherencia al tratamiento
antihipertensivo**

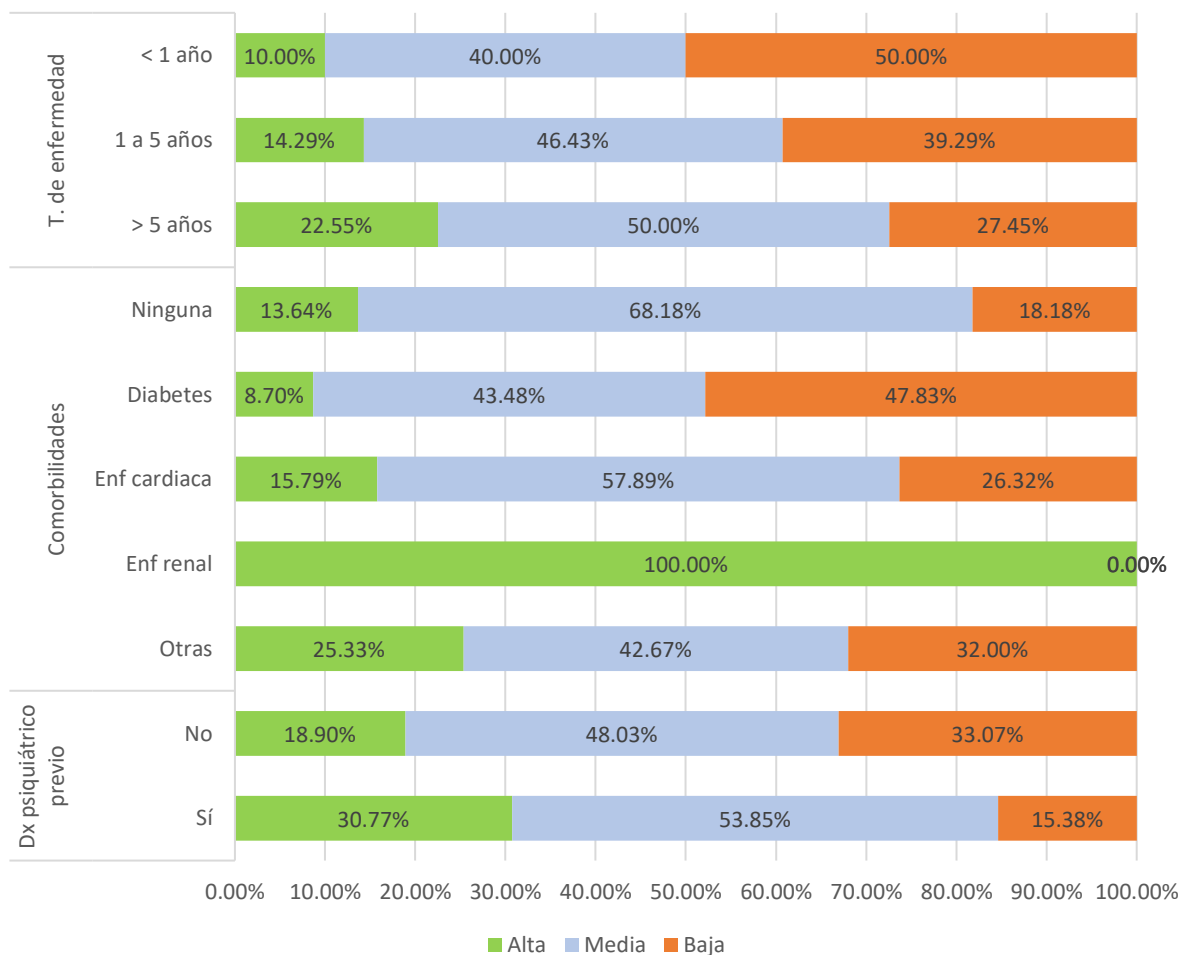
Caract.	Ítem	Total	Alta		Media		Baja		Chi ² (p)
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	
T. de enf	< 1 año	10	1	10.00%	4	40.00%	5	50.00%	3.67 (0.45)
	1 a 5 años	28	4	14.29%	13	46.43%	11	39.29%	
	> 5 años	102	23	22.55%	51	50.00%	28	27.45%	
Comorbilid.	Ninguna	22	3	13.64%	15	68.18%	4	18.18%	13.26 (0.10)
	Diabetes	23	2	8.70%	10	43.48%	11	47.83%	
	Enf cardiaca	19	3	15.79%	11	57.89%	5	26.32%	
	Enf renal	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
	Otras	75	19	25.33%	32	42.67%	24	32.00%	
Dx psiq. previo	No	127	24	18.90%	61	48.03%	42	33.07%	2.09 (0.35)
	Sí	13	4	30.77%	7	53.85%	2	15.38%	
Total		140	28	20.00%	68	48.57%	44	31.43%	-

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 10

**Factores de la enfermedad asociados al nivel de adherencia al tratamiento
antihipertensivo**



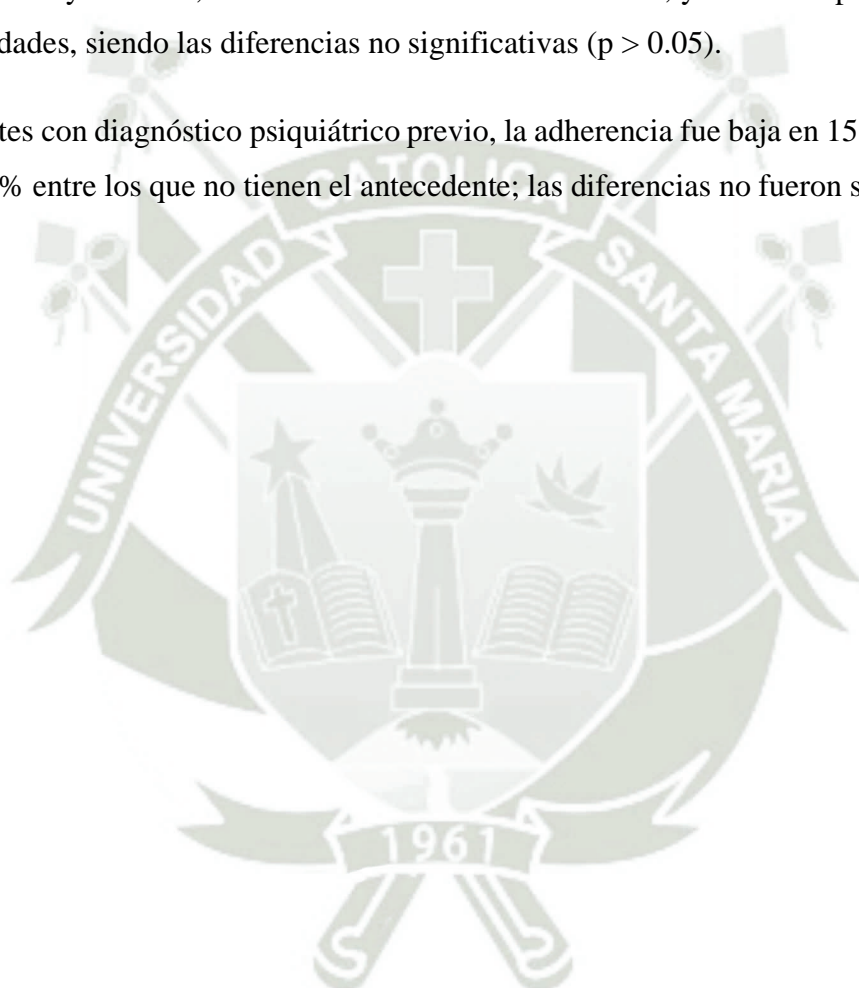
Fuente: Matriz de sistematización

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 10, entre pacientes con un año de enfermedad, la adherencia fue alta solo en 10%, sube a 14.29% entre pacientes con 1 a 5 años de enfermedad, y llega a 22.55% en pacientes con más tiempo de enfermedad, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

La adherencia fue baja en 18.18% de casos sin comorbilidades, y llega a 47.83% de adherencia baja cuando hay diabetes, a 26.32% con enfermedad cardíaca, y a 32% en pacientes con otras comorbilidades, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

En pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo, la adherencia fue baja en 15.38%, comparada con 33.07% entre los que no tienen el antecedente; las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).



FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

TABLA N.º 11

Factores del paciente asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo

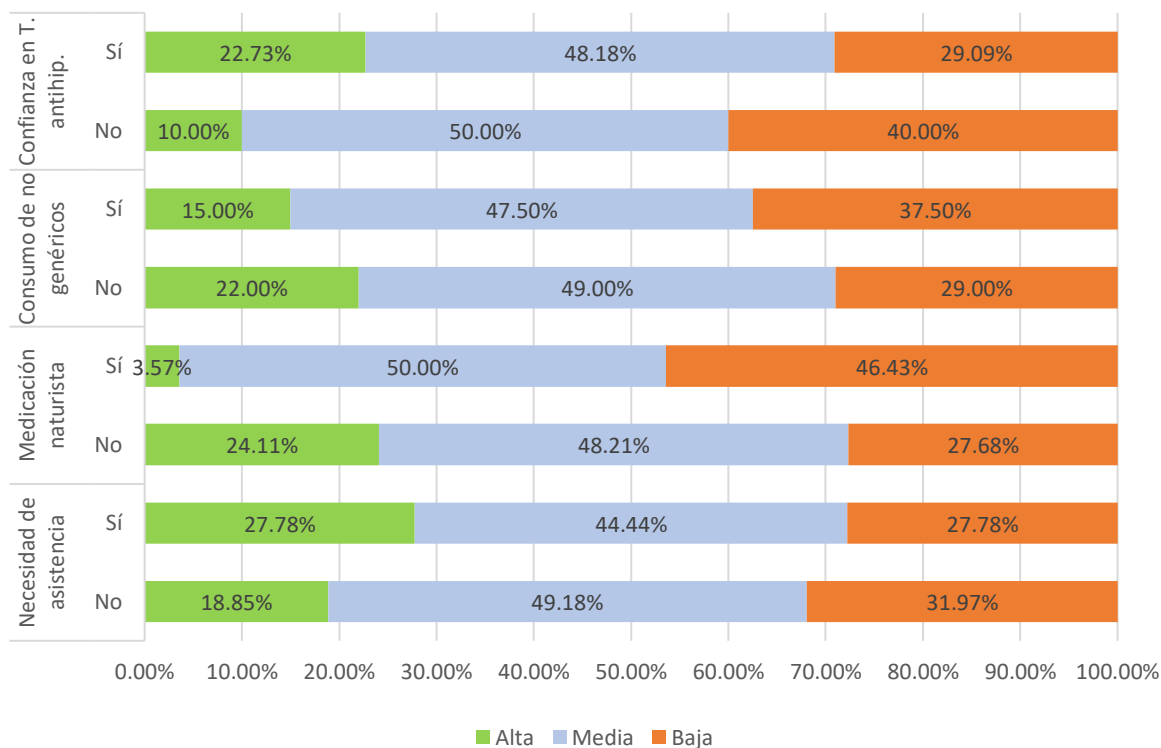
Caract.	Ítem	Total	Alta		Media		Baja		Chi ² (p)
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Confianza en T. antihip.	Sí	110	25	22.73%	53	48.18%	32	29.09%	2.82
	No	30	3	10.00%	15	50.00%	12	40.00%	(0.24)
Consumo de no genéricos	Sí	40	6	15.00%	19	47.50%	15	37.50%	1.37
	No	100	22	22.00%	49	49.00%	29	29.00%	(0.50)
Medicación naturista	Sí	28	1	3.57%	14	50.00%	13	46.43%	7.24
	No	112	27	24.11%	54	48.21%	31	27.68%	(0.03)
Necesidad de asistencia	Sí	18	5	27.78%	8	44.44%	5	27.78%	0.78
	No	122	23	18.85%	60	49.18%	39	31.97%	(0.68)
Total		140	28	20.00%	68	48.57%	44	31.43%	-

Fuente: Matriz de sistematización

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA – AREQUIPA
2023

GRÁFICO N.º 11

Factores del paciente asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo



Fuente: Matriz de sistematización

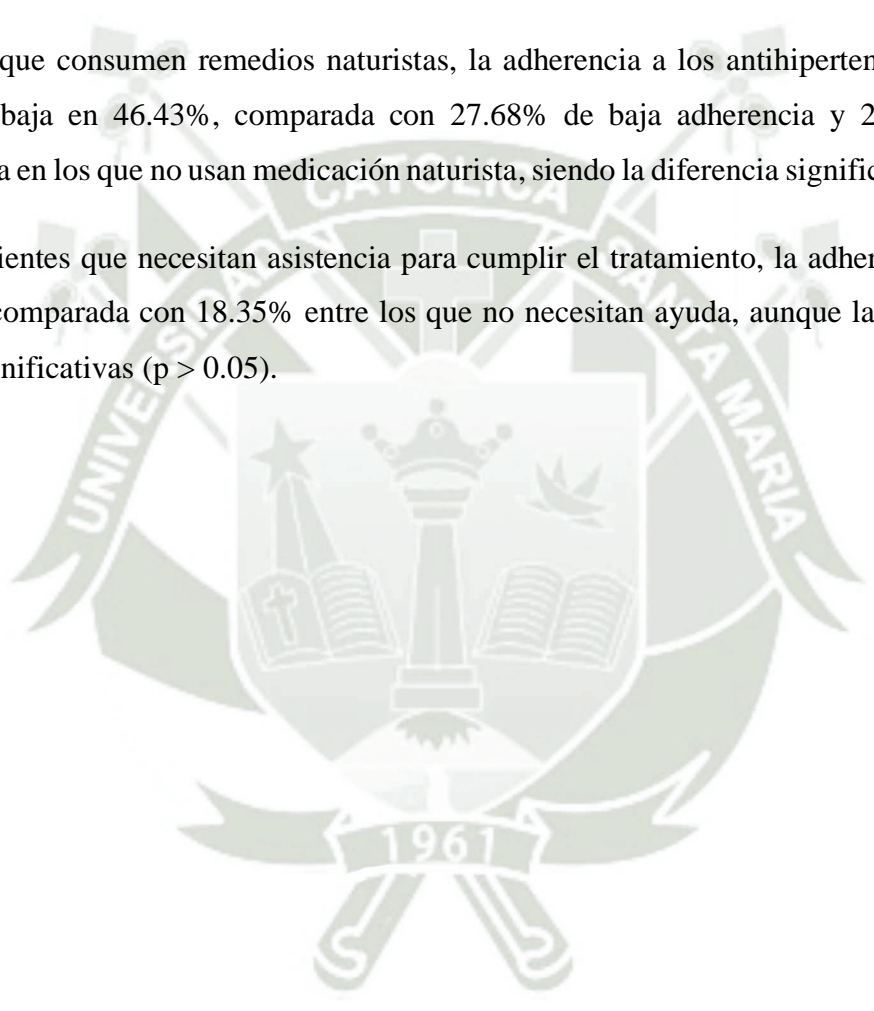
Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N.º 11, la adherencia es alta en el 22.73% de casos que confían en la medicación, comparada con 10% entre los que no confían, donde la baja adherencia se ve en 40% de casos, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

Los pacientes que consumen medicamentos no genéricos tienen una baja adherencia en 37%, comparada con el 29% de pacientes que no lo consumen ($p > 0.05$).

En casos que consumen remedios naturistas, la adherencia a los antihipertensivos es alta en 3.57% y baja en 46.43%, comparada con 27.68% de baja adherencia y 24.11% con alta adherencia en los que no usan medicación naturista, siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$).

Entre pacientes que necesitan asistencia para cumplir el tratamiento, la adherencia es alta en 27.78%, comparada con 18.35% entre los que no necesitan ayuda, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).



DISCUSIÓN

Estudios han demostrado que la edad puede ser un factor determinante en el cumplimiento del tratamiento. La edad promedio de los participantes fue de 68 años. Un estudio llevado a cabo en Taiwan con 1256 pacientes hipertensos mayores de 65 años encontró que la edad avanzada se asoció a un peor cumplimiento del tratamiento farmacológico. Estos resultados sugieren que podría deberse a una mayor presencia de polifarmacia en esta población, lo que dificulta el seguimiento riguroso del tratamiento (47).

De manera similar, un metaanálisis que incluyó estudios observacionales y ensayos clínicos encontró que los pacientes mayores de 60 años tenían una menor adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial en comparación con los pacientes más jóvenes (48). El grado de instrucción es un factor que se ha relacionado al cumplimiento de la terapia antihipertensiva, un estudio realizado en Arabia Saudita con 300 pacientes hipertensos mostró que aquellos con menor nivel educativo presentaban una menor adherencia al tratamiento y una menor percepción de control de la enfermedad en comparación con aquellos con un nivel educativo más alto (49).

El empleo es un factor que se ha relacionado a un menor grado de adherencia al tratamiento, una revisión muestra que en pacientes hipertensos encontró que aquellos que trabajaban presentaban una menor adherencia al tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que no trabajaban. Estos hallazgos sugieren que podrían deberse a las demandas laborales y la falta de tiempo para realizar actividades relacionadas con el cuidado de la salud (17).

El vivir acompañado con algún familiar se ha relacionado de forma positiva al cumplimiento del tratamiento, un estudio llevado a cabo en Iran con 401 pacientes hipertensos mostró que aquellos que vivían solos presentaban una menor adherencia al tratamiento en comparación con aquellos que vivían con otras personas. Además, se encontró que la calidad de la relación con otras personas y el apoyo social también eran factores importantes para el cumplimiento del tratamiento (50).

Reportamos que aproximadamente la mitad de los participantes tenían dudas sobre su enfermedad que no fue resuelta por el personal de salud. Un estudio realizado en Malasia con 354 pacientes hipertensos mostró que aquellos que tenían una mayor confianza en el personal de salud presentaban una mayor adherencia al tratamiento farmacológico. Además, se encontró

que la confianza en el personal de salud también se asociaba con una mayor percepción de control de la enfermedad y una mayor satisfacción con la atención médica recibida (51).

Las comorbilidades son comunes en pacientes hipertensos y pueden influir en el cumplimiento del tratamiento para la hipertensión arterial. Un estudio realizado encontró que aquellos con comorbilidades presentaban una menor adherencia al tratamiento farmacológico en comparación con aquellos sin comorbilidades. Además, se encontró que la presencia de comorbilidades se asociaba con una mayor probabilidad de interrupción del tratamiento y una peor percepción del control de la enfermedad (52).

El tiempo de enfermedad es un factor que puede influir en el cumplimiento del tratamiento para la hipertensión arterial. Una revisión muestra que en pacientes hipertensos encontró que aquellos con una duración de la enfermedad mayor a 5 años presentaban una menor adherencia al tratamiento en comparación con aquellos con una duración menor a 5 años. Además, describe que la duración de la enfermedad era un predictor significativo de la no adherencia al tratamiento en esta población (53).

Se ha reportado que el 28.57% consume medicamentos no genéricos y 20% consume además medicación naturista. Un estudio llevado a cabo en Panama con 671 pacientes hipertensos no encontró relación entre aquellos que utilizaban medicina alternativa presentaban relación con el nivel adherencia al tratamiento en comparación con aquellos que utilizaban medicamentos convencionales (54).

La escala de Morisky-Green es una herramienta utilizada para medir la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. En Perú, diversos estudios han utilizado esta escala para evaluar la prevalencia de adherencia al tratamiento en esta población. El presente estudio reportó que el 20% de pacientes tenía una alta adherencia al tratamiento antihipertensivo. Un estudio realizado en Lima con 103 pacientes hipertensos encontró que la prevalencia de adherencia al tratamiento según la escala de Morisky-Green fue del 37,9% (55).

De manera similar, un estudio llevado a cabo en Lima en el Hospital Cayetano en pacientes hipertensos encontró que la prevalencia de baja adherencia al tratamiento según la escala de Morisky-Green fue del 57.4% (56). Otro estudio realizado en Lima en pacientes hipertensos encontró que la prevalencia de adherencia alta al tratamiento según la escala de Morisky-Green fue del 26.7% (57). Un estudio realizado en Chiclayo en hipertensos encontró que la prevalencia

de adherencia al tratamiento según la escala de Morisky-Green fue del 11% (58). Los hallazgos obtenidos son variables respecto a cada región del Perú.

El uso de medicación naturista resulto asociado al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Un estudio realizado en Perú con 340 pacientes hipertensos encontró que el uso de medicina alternativa muestra que no existe asociación con una mayor adherencia al tratamiento. Esta diferencia se puede explicar debido a que los pacientes que utilizan medicina alternativa tienen una mayor conciencia sobre su salud y están más comprometidos con el cuidado de su enfermedad (59).



CONCLUSIONES

- Primera:** El nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara fue alto en 20%, medio en 48.57% y bajo en 31.43%.
- Segunda:** Los factores sociodemográficos de edad, sexo, grado de instrucción, ocupación o apoyo social no se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.
- Tercera:** La presencia o no de dudas, con respecto a la enfermedad, resueltas por el equipo de atención médica no se relaciona con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.
- Cuarta:** El consumo de mayor número de fármacos terapéuticos no se relaciona con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.
- Quinta:** Los factores de la enfermedad como el tiempo de enfermedad, presencia de comorbilidades o diagnóstico psiquiátrico previo no se relacionan con el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.
- Sexta:** Entre los factores propios del paciente, el consumo de remedios naturistas se relacionó a una menor adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Cardiología del Hospital III de Yanahuara.

RECOMENDACIONES

- Primera:** Se recomienda al director del Hospital III de Yanahuara, promover la creación de programas educativos enfocados en motivar al paciente a tomar una actitud favorable hacia la medicación, mediante el incremento de su conocimiento acerca de su condición, el tratamiento y la relevancia de seguirlo de manera adecuada y constante.
- Segunda:** Se recomienda al especialista, hacer más sencillo el plan de prescripción disminuyendo la cantidad de veces al día que se debe tomar la medicación, mediante el uso de presentaciones de liberación gradual o disminuyendo la cantidad de medicamentos diferentes al recurrir, por ejemplo, a la combinación de fármacos con dosis fijas.
- Tercera:** Se recomienda al especialista, la utilización de la técnica de entrevista clínica motivacional que emplea un enfoque de comunicación de doble vía que posibilita la evaluación del grado de compromiso del paciente con su tratamiento, la identificación de posibles barreras personales que puedan estar obstaculizando la correcta administración del medicamento y la mejora de la relación entre el médico y el paciente.
- Cuarta:** Se recomienda al especialista, aconsejar la aplicación de acciones técnicas que se centran en el uso de sistemas de recordatorios. Entre estas acciones, resaltan el uso de recipientes de pastillas, la elaboración de sistemas de dosificación adaptados individualmente por un farmacéutico y el uso de dispositivos electrónicos incorporados en el envase del medicamento (EMD).
- Quinta:** Se recomienda al especialista, promover entre los pacientes la automedición de la presión arterial. Si un paciente recibe información, entrenamiento y orientación sobre cómo hacerlo, puede llevar un registro de su presión arterial. Esto permitiría al paciente controlar de manera más efectiva su estado de salud y comprometerse más con su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

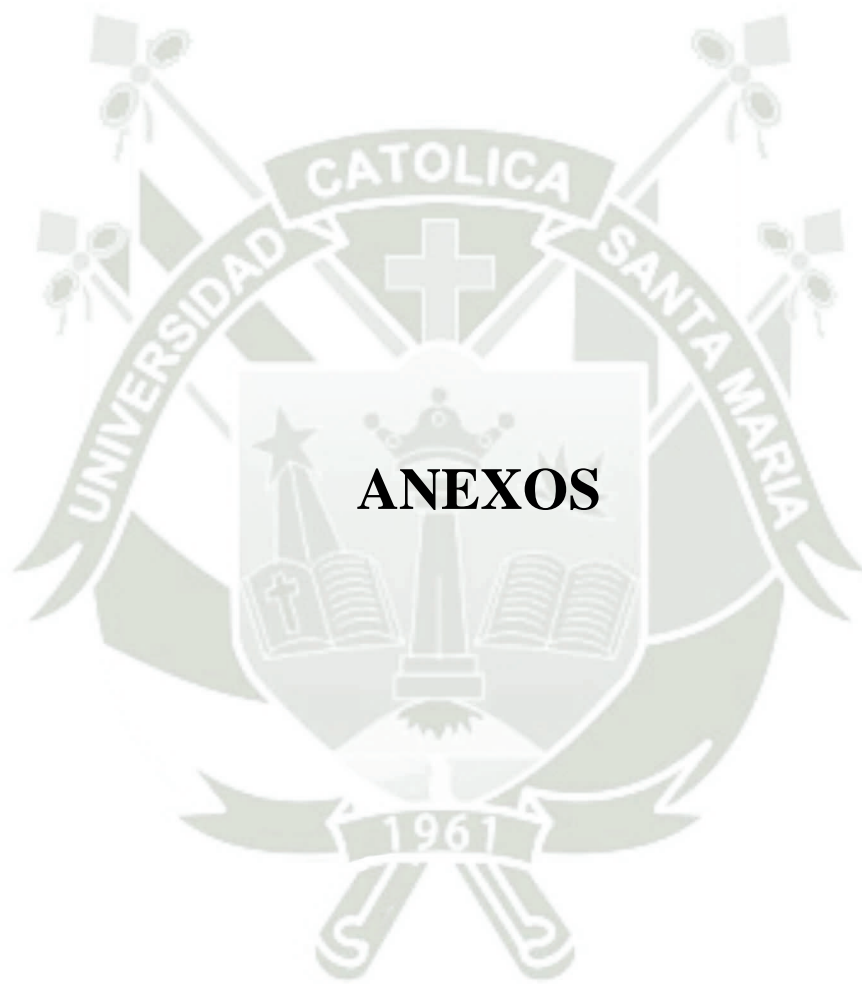
1. Tagle R. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Rev Médica Clínica Las Condes. enero de 2018;29(1):12-20.
2. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension: A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management. Circ Res. 29 de marzo de 2019;124(7):1124-40.
3. Mills et al. - 2020 - The global epidemiology of hypertension.pdf [Internet]. [citado 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7998524&blobtype=pdf>
4. Flack JM, Nolasco C, Levy P. The Case for Low Blood Pressure Targets. Am J Hypertens. enero de 2017;30(1):3-7.
5. Etehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. marzo de 2016;387(10022):957-67.
6. Lindenfeld J, Jessup M. 'Drugs don't work in patients who don't take them' (C. Everett Koop, MD, US Surgeon General, 1985). Eur J Heart Fail. 2017;19(11):1412-3.
7. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions: Scientific Review. JAMA. 11 de diciembre de 2002;288(22):2868.
8. Villarreal-Zegarra et al. - 2021 - Short-term trends in the prevalence, awareness, tr.pdf.
9. Gorostidi M, Gijón-Conde T, De La Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc. octubre de 2022;39(4):174-94.
10. Wagner-Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial. An Fac Med. 9 de mayo de 2011;71(4):225.
11. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Rev Esp Cardiol. febrero de 2019;72(2):160.e1-160.e78.
12. Olomo RS, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria.
13. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines.
14. Flack JM, Adekola B. Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. Trends Cardiovasc Med. abril de 2020;30(3):160-4.
15. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. The Lancet. septiembre de 2021;398(10304):957-80.

16. Villarreal-Zegarra D, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. Short-term trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of arterial hypertension in Peru. *J Hum Hypertens*. mayo de 2021;35(5):462-71.
17. Cerda JJO, Herrera DS, Miranda ÓAR, Legaspi JMO. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. 2018;(3).
18. Cerda JJO, Herrera DS, Miranda ÓAR, Legaspi JMO. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. 2018;(3).
19. ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf
20. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 23 de diciembre de 2021;38(4):521-9.
21. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol*. mayo de 2018;71(19):e127-248.
22. Ocampo DA, Gómez MP. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial.
23. McCormack T, Krause T, O'Flynn N. Management of hypertension in adults in primary care: NICE guideline. *Br J Gen Pract*. marzo de 2012;62(596):163-4.
24. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Banegas JR, De La Sierra A, Segura J, Vinyoles E, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 2019. *Hipertens Riesgo Vasc*. octubre de 2019;36(4):199-212.
25. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673621005900?token=535E994ADBD267A1070D1445B7F181B9CD96437766ED329BDB474FB76FF0ECDBD102CF856A0F0AD619F0E5A504B39130&originRegion=us-east-1&originCreation=20230502165133>
26. Universidad Industrial de Santander, López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Universidad Industrial de Santander, Parra DI, Universidad Industrial de Santander, et al. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN. *Hacia Promoc Salud*. 5 de junio de 2016;0121-7577(2462-8425):117-37.
27. Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. 2016;

28. Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin JC, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*. abril de 2015;569.
29. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Innov Pharm* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 16 de abril de 2023];5(3). Disponible en: <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/innovations/article/view/347>
30. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Med Care*. enero de 1986;24(1):67.
31. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet*. 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72.
32. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Innov Pharm* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 17 de abril de 2023];5(3). Disponible en: <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/innovations/article/view/347>
33. Pérez-Escamilla et al. - 2015 - Identification of validated questionnaires to meas.pdf [Internet]. [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=24611>
34. Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez-Pérez A, Batanero-Hernán C, Pérez-Merino EM. REVISIÓN DE TEST VALIDADOS PARA LA VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. *Pharm Care Esp*. 14 de junio de 2020;22(3):148-72.
35. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
36. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm Internet*. 20 de diciembre de 2018;59(4):251-8.
37. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. junio de 2009;41(6):342-8.
38. Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska I, Šmits D, Mauriņa B, Poplavska E, et al. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. *Medicina (Mex)*. 28 de octubre de 2019;55(11):715.
39. Uchmanowicz B, Jankowska EA, Uchmanowicz I, Morisky DE. Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 1 de marzo de 2019;10:168.

40. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019.
41. Paz-Campos NA, Núñez NLQ. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes diabéticos no insulino dependientes - Huancayo, 2018.
42. Rodríguez Abt JC. Evaluación de conocimiento de hipertensión en pacientes hipertensos y su asociación con adherencia al tratamiento [Internet] [Licenciatura]. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2017 [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10757/621102>
43. Pochuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 14 de diciembre de 2021;14(3):316-21.
44. Alejandra AVC, Rosario MQU, Edgar DMC, Gaspar C. 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.
45. Aduato Chacon RG. Factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a la microred ampliación Paucarpata Arequipa 2022. 2022 [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14309>
46. Vargas Lucana AH. Factores Relacionados a la no Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en Pacientes que Acuden al Consultorio Externo de Cardiología en el Hospital Goyeneche, Arequipa – 2017. Univ Católica St María - UCSM [Internet]. 20 de marzo de 2018 [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/7502>
47. Chou CP, Chen CY, Huang KS, Lin SC, Huang CF, Koo M. Factors associated with nonadherence to antihypertensive medication among middle-aged adults with hypertension: findings from the Taiwan National Health Interview Survey. J Int Med Res. agosto de 2020;48(8):???
48. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). enero de 2017;96(4):e5641.
49. Khayyat SM, Mohamed MMA, Khayyat SMS, Hyat Alhazmi RS, Korani MF, Allugmani EB, et al. Association between medication adherence and quality of life of patients with diabetes and hypertension attending primary care clinics: a cross-sectional survey. Qual Life Res. abril de 2019;28(4):1053-61.
50. Ahmadi Z, Shahnazi H, Hassanzadeh A. Evaluation of medication adherence and its relevant factors among hypertensive patients: A cross-sectional study in Shahrekord health-care system. J Educ Health Promot. 2022;11(1):223.

51. Abel WM, Efird JT. The Association between Trust in Health Care Providers and Medication Adherence among Black Women with Hypertension. *Front Public Health* [Internet]. 2013 [citado 7 de mayo de 2023];1. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2013.00066/abstract>
52. Gutierrez MM, Sakulbumrungsil R. Factors associated with medication adherence of hypertensive patients in the Philippines: a systematic review. *Clin Hypertens*. diciembre de 2021;27(1):19.
53. Lewis LM. Factors Associated With Medication Adherence in Hypertensive Blacks: A Review of the Literature. *J Cardiovasc Nurs*. mayo de 2012;27(3):208-19.
54. Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M, et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Rev OFIL*. diciembre de 2020;30(4):313-23.
55. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Medica Hered* [Internet]. 15 de abril de 2011 [citado 7 de mayo de 2023];21(4). Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/1114>
56. Fernandez-Arias M, Acuna-Villaorduna A, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Malaga G. Adherence to Pharmacotherapy and Medication-Related Beliefs in Patients with Hypertension in Lima, Peru. *Fuchs FD*, editor. *PLoS ONE*. 3 de diciembre de 2014;9(12):e112875.
57. Fabián EA, Arias-Guisado M, Sarmiento-Almidón G, Danjoy-Leon D. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional.
58. Rivas Torres GM, Pino Delgado ME, Osada Liy JE. Programas de hipertensión arterial: gran asistencia y baja adherencia. *Rev Colomb Cardiol*. noviembre de 2016;23(6):578-9.
59. Rodríguez-Abt JC, Solís-Visscher RJ, Rogic-Valencia SJ, 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. *Rev Fac Med*. 1 de enero de 2017;65(1):55-60.
60. Molina Escribano F, Castaño Moreno E, Massó Orozco J. Experiencia Educativa con un Paciente Experto. *Rev Clínica Med Fam* [Internet]. junio de 2008 [citado 9 de mayo de 2023];2(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en



ANEXO N.º 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTIMADO PARTICIPANTE:

Mediante el presente consentimiento se le invita a participar **voluntariamente** en el trabajo de investigación que tiene por objetivo determinar cuáles son los factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

PROCEDIMIENTOS

Por favor, responda las preguntas que se plantean en el siguiente cuestionario.

COSTOS

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio. El costo de las encuestas será asumido por el investigador.

CONFIDENCIALIDAD

La información obtenida será administrada de forma estrictamente confidencial, y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

CONTACTO

Nombre del Investigador: Mario Sergio Villamar Mendoza. **Nro. Celular:** 984 538 683

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, el investigador estará dispuesto a responder preguntas adicionales.

Yo, (Nombre y Apellido) _____ con DNI N° _____ estando plenamente informado(a) de lo expuesto anteriormente, entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma _____

Fecha: ____/____/ del 2023

ANEXO N.º 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES:

Estimado participante, por favor, lea detenidamente las preguntas que se plantean a continuación. Luego marque con una (X) en el espacio que usted crea conveniente. Responda con objetividad y sinceridad.

<u>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>			
1	¿Cuántos años tiene? (.....) Años	2	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
3	¿Cuál es su grado de instrucción? <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		
4	¿Cuál es su ocupación? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado		
5	En casa usted se encuentra... <input type="checkbox"/> Acompañado de la pareja <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Acompañado de hijos o familiares		
6	¿Tiene otra enfermedad además de la Hipertensión Arterial? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Otros:		
7	¿Cuántos tipos de pastillas toma para la Hipertensión Arterial? <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> Más de 03		
8	¿Hace cuanto fue diagnosticado con Hipertensión Arterial? <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> Más de 5 años		
9	¿Tiene dudas acerca de la Hipertensión Arterial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
10	Además de la medicación para la Hipertensión Arterial ¿Utiliza algún método naturista? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
11	¿Tiene usted confianza en las pastillas antihipertensivas que brinda el hospital? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
12	¿Usted toma pastillas antihipertensivas que NO hayan sido brindadas por el hospital? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
13	¿Anteriormente fue diagnosticado con alguna enfermedad psiquiátrica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
14	¿Necesita usted del apoyo de alguna persona para tomar su medicación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**ANEXO N.º 3: ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE 8-ITEM DE
MORISKY (MMAS-8)**

INSTRUCCIONES:

Estimado participante, por favor, lea detenidamente las preguntas que se plantean a continuación. Luego marque con una (X) en el espacio que usted crea conveniente. Responda con objetividad y sinceridad.

		SI	NO
1	¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?		
2	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?		
3	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?		
4	Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?		
5	¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?		
6	Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?		
7	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?		
8	<p>¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?</p> <p>() Nunca/Casi nunca</p> <p>() Rara vez</p> <p>() Algunas veces</p> <p>() Habitualmente</p> <p>() Siempre</p>		