

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



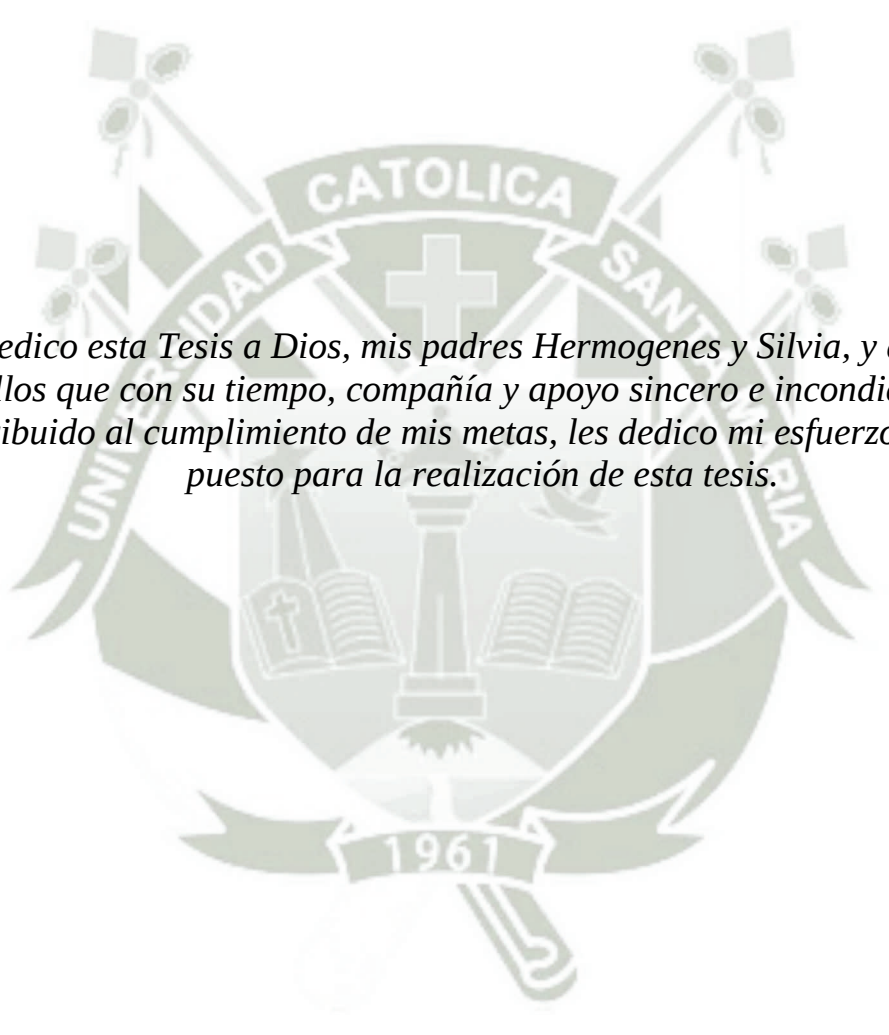
FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA POSTA MÉDICA PEDREGAL ESSALUD AREQUIPA. 2016

Tesis presentada por la bachiller:
KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA

Para Optar el Grado Académico de
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Arequipa - Perú

2017



Dedico esta Tesis a Dios, mis padres Hermogenes y Silvia, y a todos aquellos que con su tiempo, compañía y apoyo sincero e incondicional han contribuido al cumplimiento de mis metas, les dedico mi esfuerzo y trabajo puesto para la realización de esta tesis.



"El anhelo de curarnos constituye la mitad de nuestra salud."

Séneca

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS	1
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	32
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	40
PROPUESTA	43
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	52
ANEXO N° 1: PROYECTO DE TESIS	53
ANEXO N° 2: FICHA DE DATOS	99
ANEXO N° 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	103
ANEXO N° 5: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN	104
ANEXO N° 6: PERMISOS – CONSTANCIA DE EJECUCIÓN	106

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial es una condición muy común en la atención primaria y conduce a una serie de complicaciones, siendo la evaluación de la adherencia al tratamiento de gran importancia para determinar la magnitud de este problema que limita la eficiencia de los tratamientos indicados.

OBJETIVO: Identificar los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se estudió una muestra de 81 pacientes con hipertensión, aplicando una ficha de datos, la escala de Duke para valorar el apoyo social, y la escala de Morinsky-Green para valorar la adherencia al tratamiento. Se asocian resultados mediante prueba Chi cuadrado.

RESULTADOS: Se encontró una adherencia al tratamiento antihipertensivo de 53,09%. Entre los adherentes el 62,79% fueron varones, y el 52,63% de los no adherentes fueron mujeres ($p > 0,05$). En ambos grupos predominaron las edades de 60 a más años ($p > 0,05$). En los adherentes predominó la educación secundaria o superior (90,70%), mientras que en los no adherentes predominó la educación baja (52,63%; $p < 0,05$). No hubo diferencias en el estado civil ($p > 0,05$); hubo significativamente más jubilados entre los adherentes (51,16%), mientras que en los no adherentes predominaron aquellos con ocupación dependiente o independiente (63,16%; $p < 0,05$). No hubo diferencias en el apoyo social, ni con la disponibilidad del tratamiento ($p > 0,05$). Todos los pacientes adherentes al tratamiento refirieron no suspender el tratamiento si ya se sentían bien, lo que sí ocurrió en 15,79% de pacientes no adherentes ($p < 0,05$). Hubo más monoterapia entre los adherentes (53,49%), mientras que entre los no adherentes predominó la politerapia (65,79%; $p > 0,05$). El tipo de medicamento en monoterapia fueron los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (47,22%) y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (41,67%); en combinaciones fueron los antagonistas de los receptores de la angiotensina II y diuréticos tiazidas (33,33%). Hubo comorbilidades en 53,49% en el primer grupo y 65,79% en los no adherentes ($p > 0,05$), predominando en ambos la diabetes (25,58% y 34,21%).

CONCLUSIÓN: Se concluye que la adherencia al tratamiento antihipertensivo es buena y asociada a un buen grado de instrucción, el ser jubilado y el mantener el tratamiento a pesar de la mejoría de síntomas.

PALABRAS CLAVE: adherencia – hipertensión – factores asociados.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hypertension is a very common condition in primary care and leads to a series of complications, the assessment of adherence of major importance in determining the magnitude of this problem that limits the efficiency of the treatments listed.

OBJECTIVE: identify factors associated with adherence to antihypertensive drug therapy in patients Medical Posta Pedregal EsSalud.

MATERIALS AND METHODS: sample of 81 patients with hypertension was studied by applying a data sheet, and the Duke scale to assess social support, and scale-Green Morinsky to assess adherence to treatment. Results are associated with Chi square test.

RESULTS: Adherence to antihypertensive treatment of 53.09% was found. Among the adherents 62.79% were male and 52.63% of women were nonadherent ($p > 0.05$). Predominated in both groups ages 60 and older ($p > 0.05$). In adherents she predominated secondary or higher (90.70%) education, while in the non-adherent low education predominated (52.63%; $p < 0.05$). There were no differences in marital status ($p > 0.05$); There were significantly more retirees among adherents (51.16%), while the non-adherent occupation predominated those with dependent or independent (63.16%; $p < 0.05$). There were no differences in social support, and the availability of treatment ($p > 0.05$). All adherent patients referred to treatment not stop treatment if already felt good, what did happen in 15.79% of non-adherent patients ($p < 0.05$). There were more alone among the adherents (53.49%), while among the nonadherent prevailed combination therapy (65.79%, $p > 0.05$). The type of medication monotherapy were ACE inhibitors (47.22%) and receptor antagonists of angiotensin II (41.67%) blockers; in combinations were receptor antagonists of angiotensin II and thiazides diuretics (33.33%). There were 53.49% comorbidities in the first group and 65.79% in non-adherent ($p > 0.05$), predominating in both diabetes (25.58% and 34.21%).

CONCLUSIONS: We concluded that adherence to antihypertensive treatment is associated with good and a good level of education, being retired and maintaining treatment despite the improvement in symptoms.

KEYWORDS: adherence - hypertension - associated factors.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad no transmisible más prevalente, que compromete entre un 20 a 30% de la población adulta y a pesar que se cuenta con una gama de opciones terapéuticas de eficacia demostrada, no se alcanzan los logros esperados en cuanto a su manejo. La falta de adherencia es la principal razón de los pobres resultados observados en el control de la HTA, la cual debe procurarse desde las fases tempranas, a fin de evitar complicaciones posteriores, es por eso que se considera un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que afecta especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

La Organización Mundial de Salud (OMS) señala muchos factores que contribuyen a la adherencia terapéutica, como la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad, otros determinantes potenciales como los factores demográficos, la comprensión y la percepción del paciente de la patología, relaciones entre los pacientes y los profesionales de la salud y los regímenes medicamentosos antihipertensores complejos, etc.

Considerando lo anteriormente expuesto y que aproximadamente el 20% de la población mundial padece HTA y sólo entre 3 y 34% de ella controla su presión con un tratamiento antihipertensivo¹, siendo el motivo la falta de adherencia al tratamiento; y que en el Perú, según el estudio TORNASOL, las cifras han mostrado un incremento significativo en la prevalencia de HTA, es que

¹JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE: The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med Pags. 2413-2446.

se reconoce necesario realizar un análisis sustantivo y minucioso de esta problemática. Es por ello que se realizará la presente investigación tomando en cuenta características propias y específicas de la población, para poder conocer los factores que podrían asociarse a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, ya que además, actualmente, la mayoría de los problemas relacionados con la adherencia al tratamiento no farmacológico son similares a los relacionados con la adherencia a la farmacoterapia y esta es un área que justifica una investigación adicional.

Se presenta en el capítulo uno: los resultados, discusión y conclusiones de la investigación.





CAPÍTULO ÚNICO:
RESULTADOS

TABLA N° 1

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE
LA POSTA MÉDICA PEDREGAL ESSALUD**

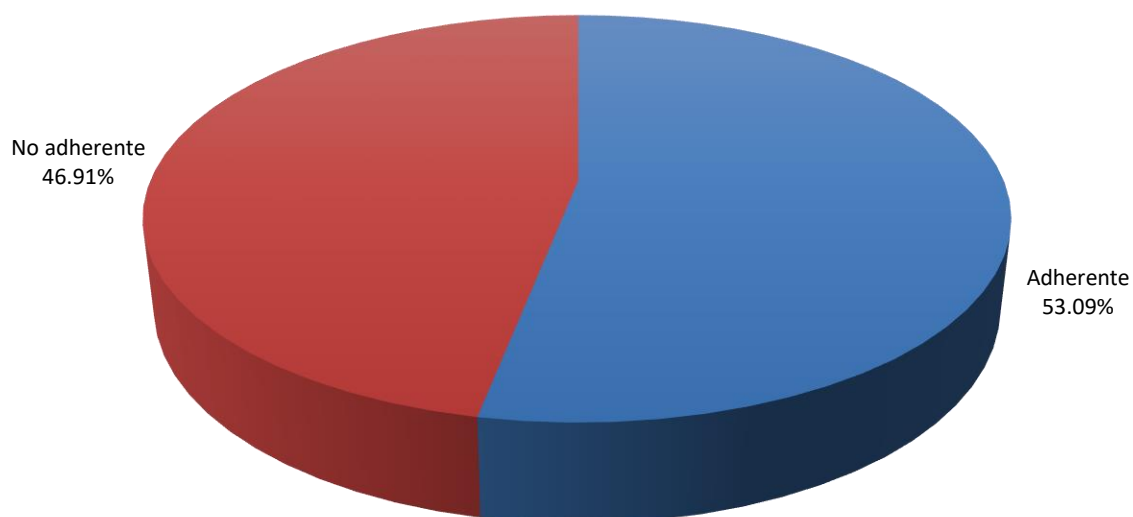
	N°	%
Adherente	43	53,09%
No adherente	38	46,91%
Total	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

En la **tabla y gráfico N° 1** se observa la adherencia al tratamiento antihipertensivo, en la muestra encuestada, se encontró una adherencia de 53.09%, según el Test de Morinsky-Green donde el paciente es considerado como adherente si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No, de las que consta el mencionado test.

GRÁFICO N° 1

FRECUENCIA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES EVALUADOS



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y SEXO

Género	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	27	62,79%	18	47,37%	45	55,56%
Femenino	16	37,21%	20	52,63%	36	44,44%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 1,94$

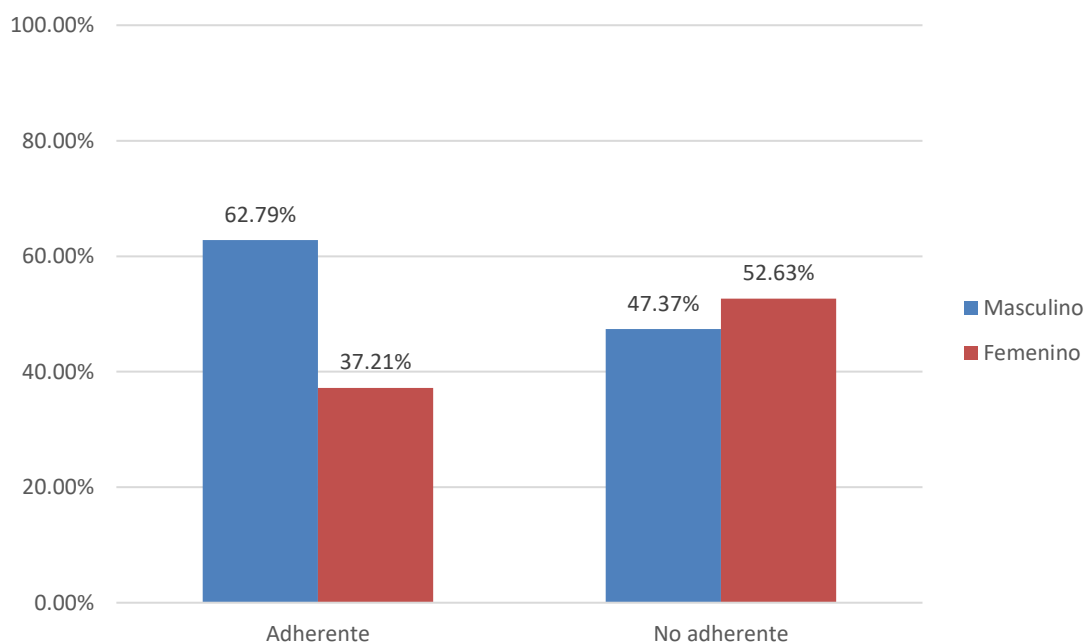
G. libertad = 1

 $p = 0,16$

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la relación de la adherencia al tratamiento con el sexo de los pacientes; entre los adherentes el 62,79% fueron varones, y el 52,63% de los no adherentes fueron mujeres, aunque la diferencia no resultó significativa ($p > 0,05$).

GRÁFICO N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y SEXO**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y EDAD

Edad	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
30 a 59 años	7	16,28%	12	31,58%	19	23,46%
60 años a más	36	83,72%	26	68,42%	62	76,54%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 2,63$

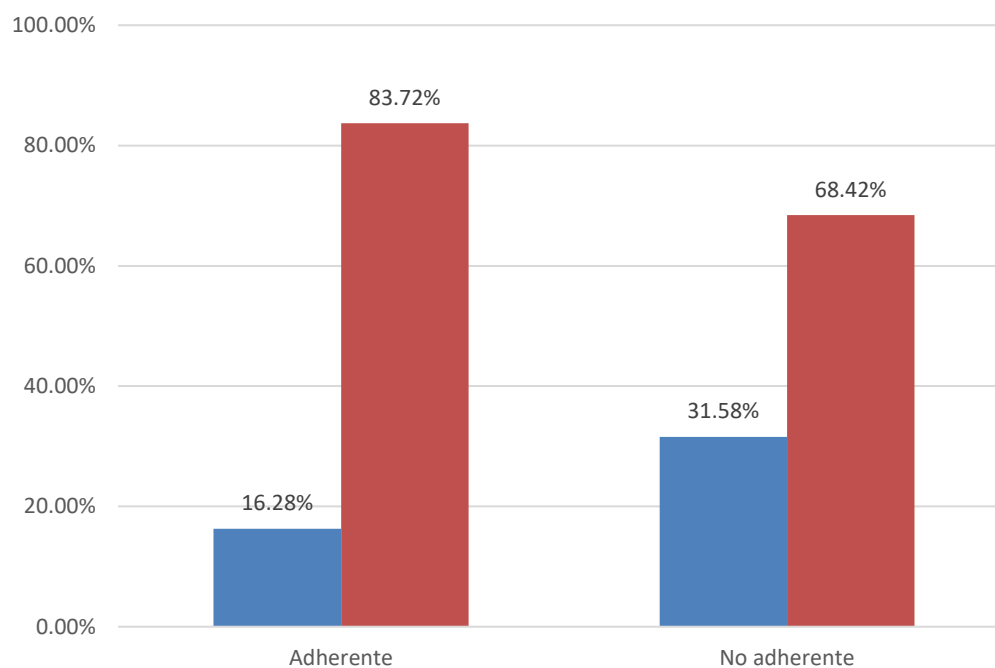
G. libertad = 1

 $p = 0,10$

La relación de la edad con la adherencia se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**, en los adherentes y no adherentes predominaron las edades de 60 a más años (83,72% y 68,42%, respectivamente), sin diferencias significativas entre ambos ($p > 0,05$).

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ADHERENCIA Y EDAD



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Instrucción	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeto	2	4,65%	4	10,53%	6	7,41%
Primaria	2	4,65%	16	42,11%	18	22,22%
Secundaria	11	25,58%	18	47,37%	29	35,80%
Técnico	11	25,58%	0	0,00%	11	13,58%
Superior	17	39,53%	0	0,00%	17	20,99%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

$$\text{Chi}^2 = 41,09$$

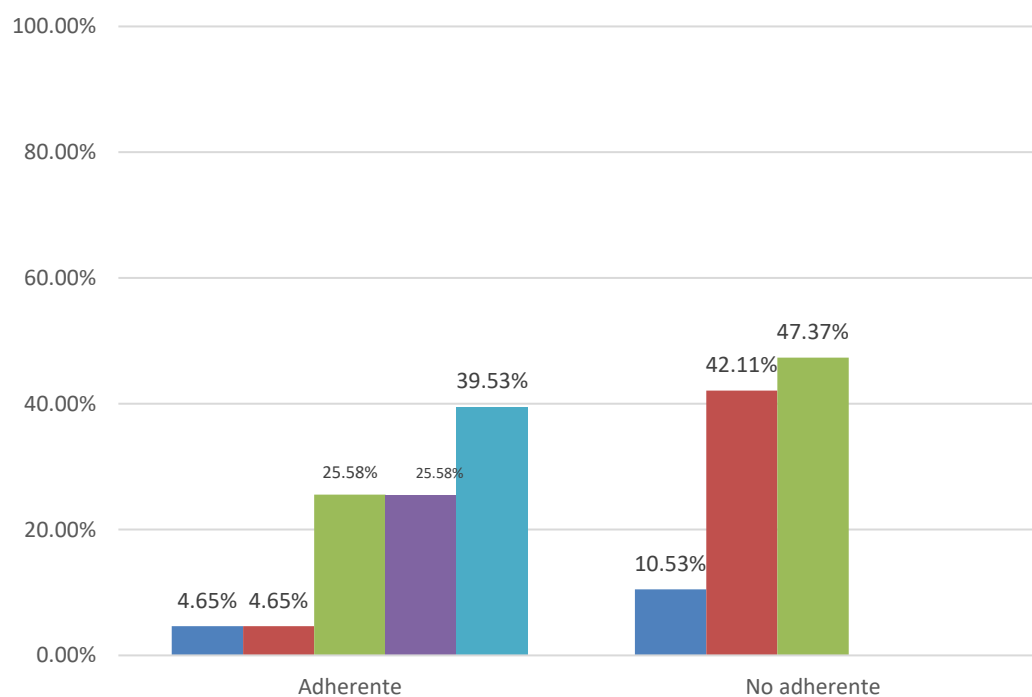
$$\text{G. libertad} = 4$$

$$p < 0,05$$

En cuanto a la influencia del nivel de instrucción en la adherencia, la **Tabla y Gráfico N° 4** muestran que entre los adherentes predominó la educación secundaria, técnica y superior con un 90,70% mientras que en los no adherentes predominó la educación baja (52,63% con primaria y analfabetos), siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$), por lo que se afirma que una mejor educación influye en una mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo.

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ADHERENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y ESTADO CIVIL

E. civil	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	3	6,98%	4	10,53%	7	8,64%
Casado	23	53,49%	23	60,53%	46	56,79%
Conviviente	4	9,30%	7	18,42%	11	13,58%
Divorciado	2	4,65%	2	5,26%	4	4,94%
Viudo	11	25,58%	2	5,26%	13	16,05%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 6,91$

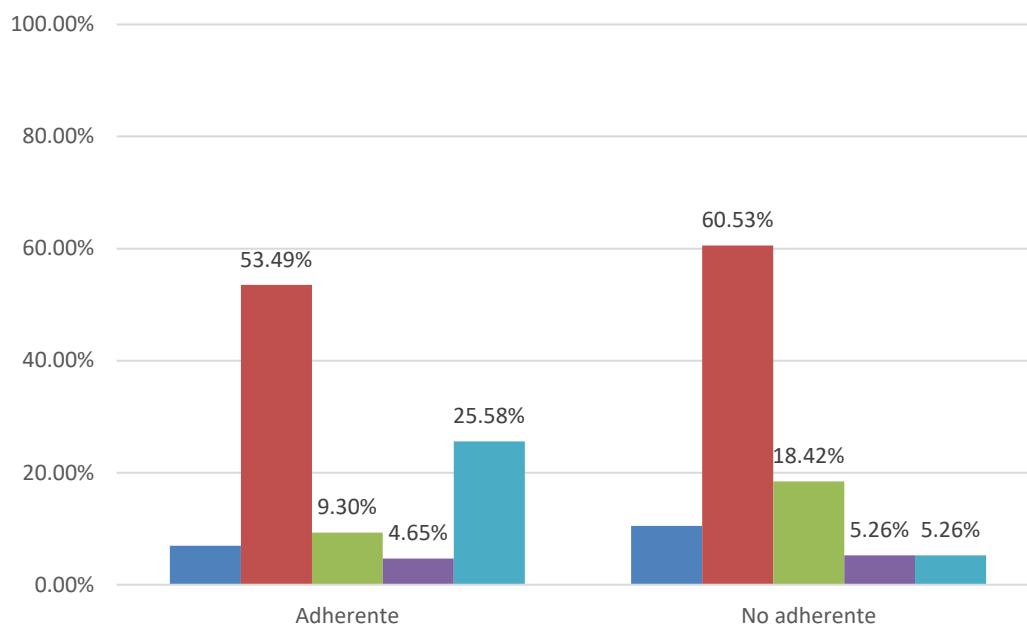
G. libertad = 4

 $p = 0,14$

En la **Tabla y Gráfico N° 5** se observa la influencia del estado civil de los pacientes sobre su adherencia al tratamiento antihipertensivo; no hubo diferencias entre los dos grupos ($p > 0,05$), con 56,79% del total de pacientes casados y 13,58% convivientes, 16,05% viudos, 8,64% de solteros y 4,94% de divorciados en el grupo total.

GRÁFICO N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y ESTADO CIVIL**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y SITUACIÓN LABORAL

Sit. Laboral	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Independiente	9	20,93%	13	34,21%	22	27,16%
Dependiente	3	6,98%	11	28,95%	14	17,28%
Jubilado	22	51,16%	9	23,68%	31	38,27%
Desempleado	9	20,93%	5	13,16%	14	17,28%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 11,63$

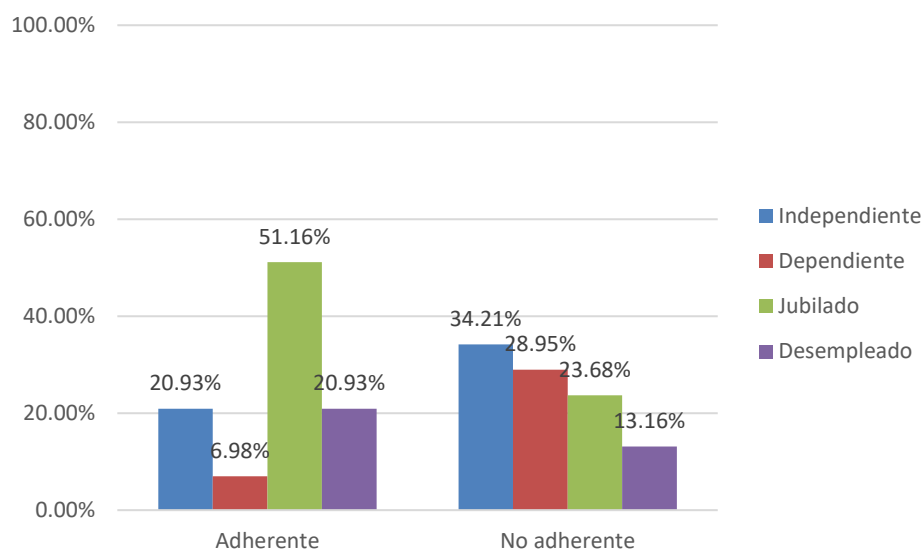
G. libertad = 3

 $p < 0,05$

La influencia de la situación laboral en la adherencia (**Tabla y Gráfico 6**) muestra que hubo significativamente más jubilados entre los adherentes (51,16%), mientras que en los no adherentes predominaron aquellos con ocupación dependiente o independiente (63,16%), siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$), por lo que se puede afirmar que el contar con alguna ocupación influye en la falta de adherencia al tratamiento.

GRÁFICO N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y SITUACIÓN LABORAL**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y APOYO SOCIAL SEGÚN ESCALA DE DUKE

Apoyo social	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	31	72,09%	30	78,95%	61	75,31%
Bajo	12	27,91%	8	21,05%	20	24,69%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 0,51$

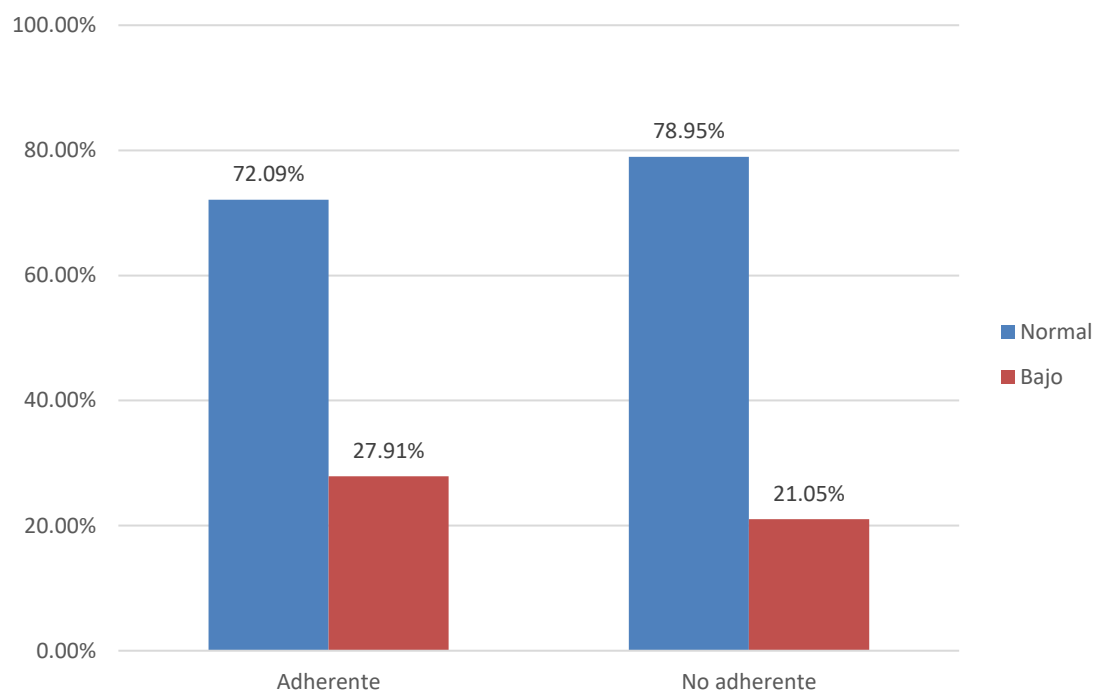
G. libertad = 1

 $p = 0,48$

La **Tabla y Gráfico 7** muestran la presencia de apoyo social entre los pacientes con hipertensión; entre los adherentes el 27,91% tenían un bajo apoyo social, semejante al 21,05% en los no adherentes, sin diferencias significativas entre ambos ($p > 0,05$).

GRÁFICO N° 7

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y APOYO SOCIAL SEGÚN ESCALA DE DUKE**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 8

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y RELACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD**

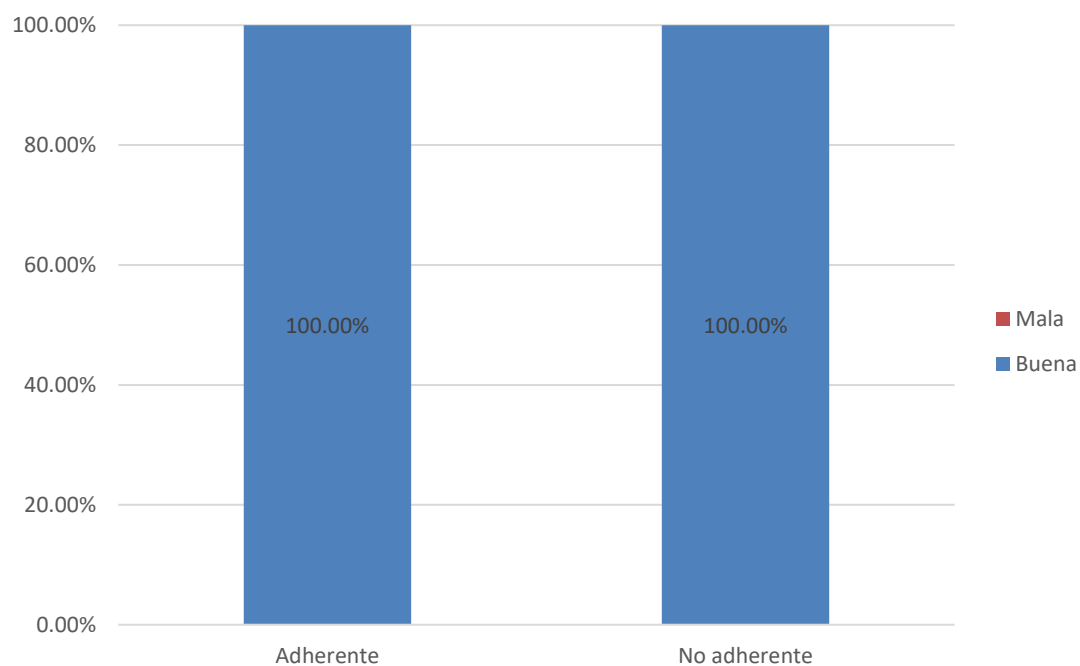
Relación	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Buena	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%
Mala	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla y Gráfico 8** se observa que en el caso de los pacientes adherentes y no adherentes, la relación que ellos perciben con el personal de salud es en general buena (100%), lo que nos muestra un factor positivo a favor del sistema de salud.

GRÁFICO N° 8

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y RELACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 9

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS**

Disponibilidad	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Disponible	38	88,37%	36	94,74%	74	91,36%
No disponible	5	11,63%	2	5,26%	7	8,64%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 1,04$

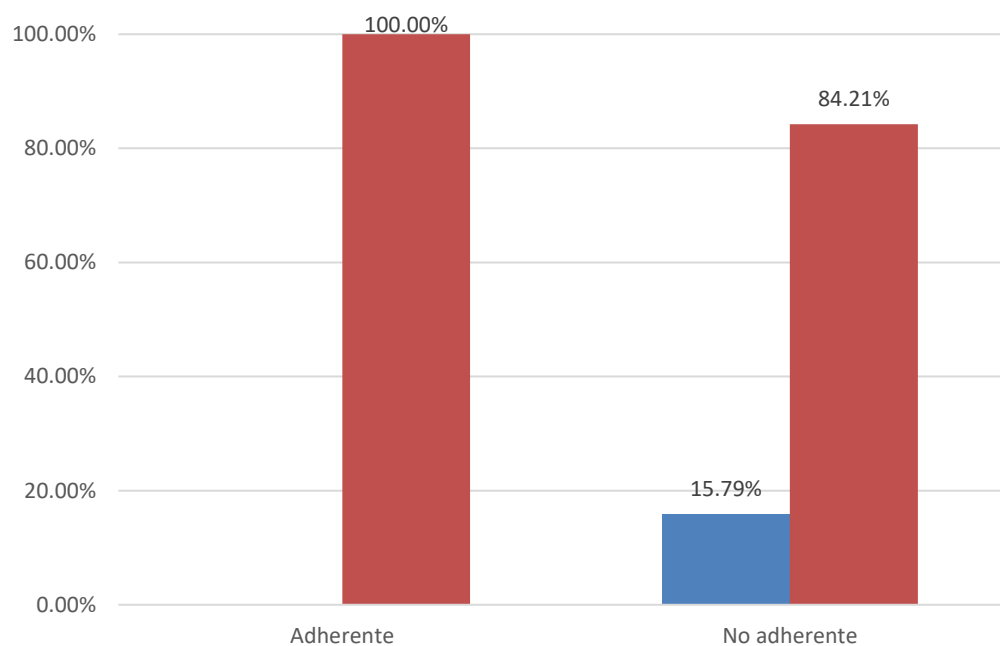
G. libertad = 1

 $p = 0,31$

En cuanto a la disponibilidad de los medicamentos antihipertensivo, el 11,63% de los adherentes refirió no tener acceso al tratamiento, lo que ocurrió en 5,26% de pacientes no adherentes, diferencia no significativa ($p > 0,05$), por lo que la disponibilidad de tratamiento no influyó en la adherencia al mismo

GRÁFICO N° 9

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTOS AL SENTIRSE BIEN

Suspensión	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	0	0,00%	6	15,79%	6	7,41%
No	43	100,00%	32	84,21%	75	92,59%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 7,33$

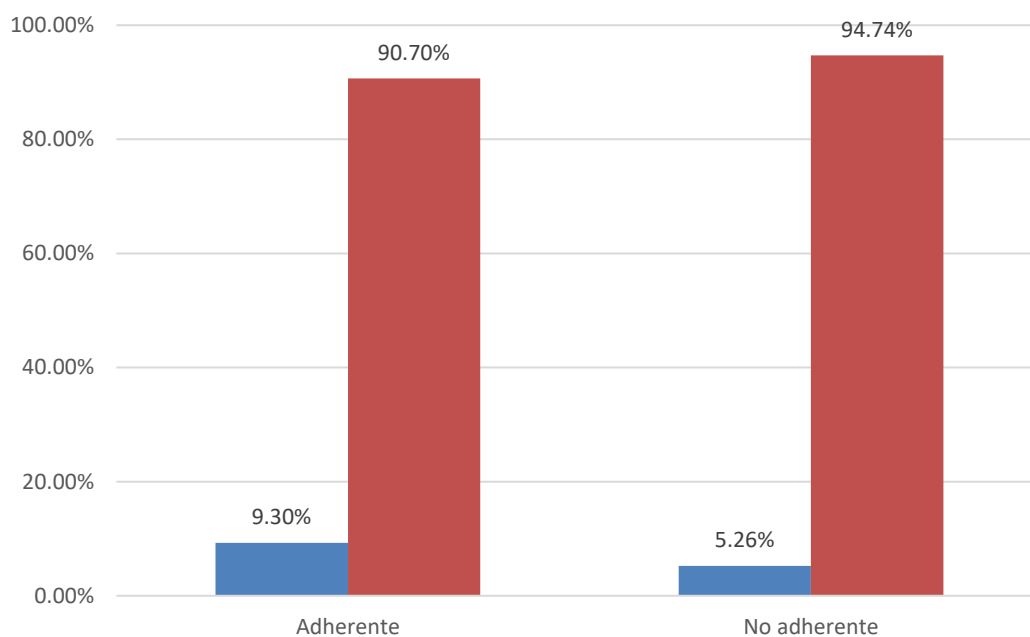
G. libertad = 1

 $p < 0,05$

Todos los pacientes adherentes al tratamiento refirieron no suspender el tratamiento si ya se sentían bien, lo que sí ocurrió en 15,79% de pacientes no adherentes ($p < 0,05$), como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 10**.

GRÁFICO N° 10

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTOS AL SENTIRSE BIEN**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 11

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTOS POR FALTA DE
EFECTO**

Suspensión	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	4	9,30%	2	5,26%	6	7,41%
No	39	90,70%	36	94,74%	75	92,59%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 0,48$

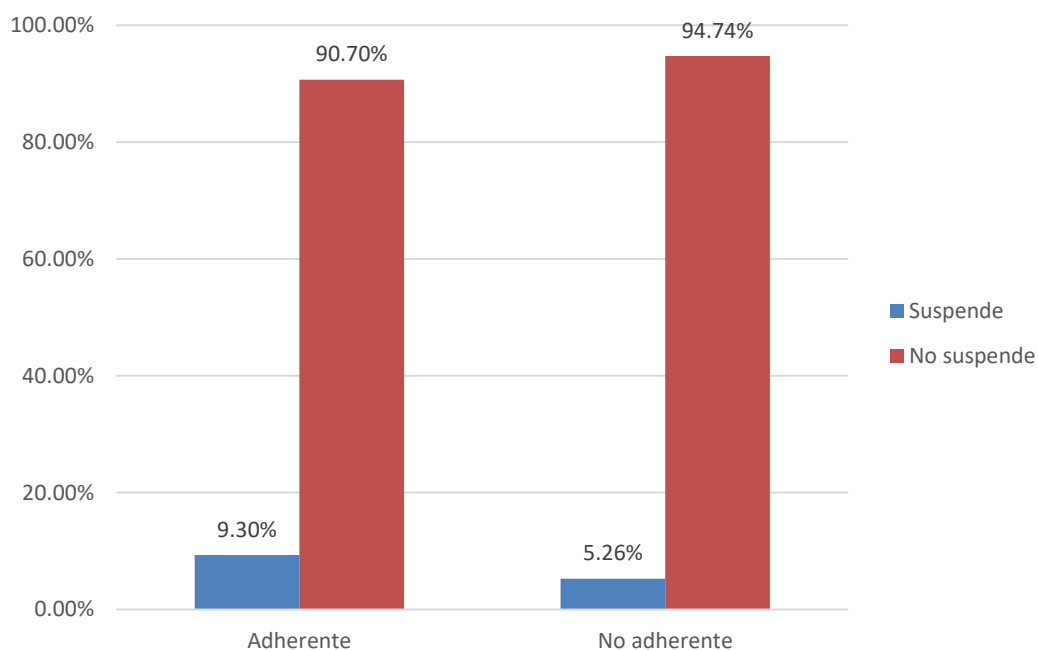
G. libertad = 1

$p = 0,49$

El 9,30% de adherentes y 5,26% de no adherentes suspendieron el tratamiento por percepción de falta de efecto, aunque la diferencia no resultó significativa ($p > 0,05$; **Tabla y Gráfico 11**).

GRÁFICO N° 11

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTOS POR FALTA DE
EFECTO**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y ESQUEMA TERAPÉUTICO

Esquema	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Monoterapia	23	53,49%	13	34,21%	36	44,44%
Politerapia	20	46,51%	25	65,79%	45	55,56%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 3,04$

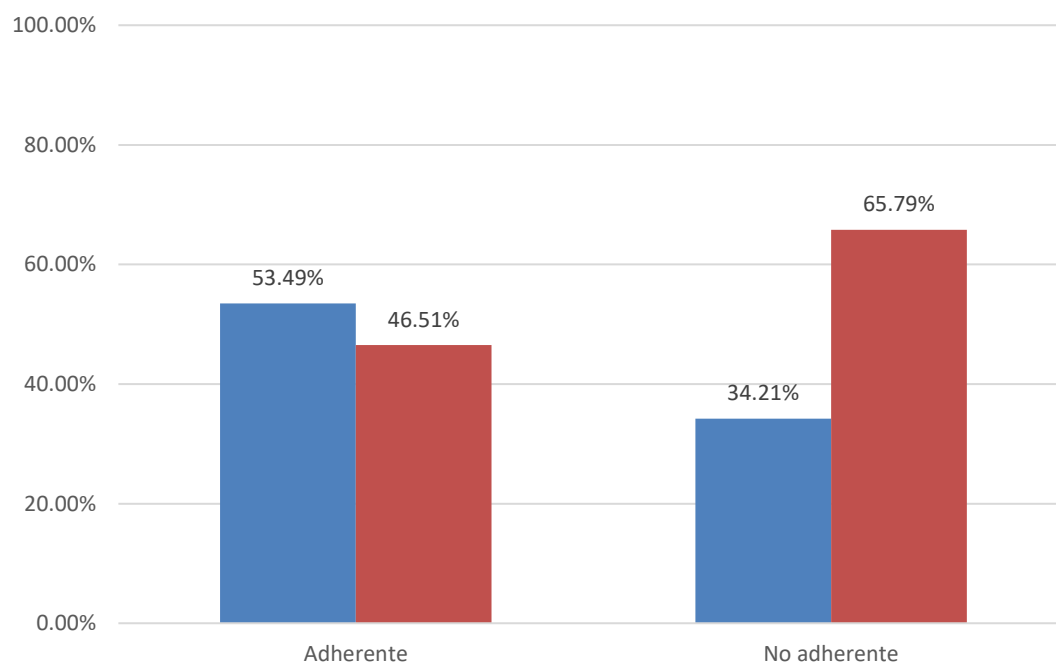
G. libertad = 1

 $p = 0,08$

En la **Tabla y Gráfico N°12** se observa el esquema de tratamiento y su relación con la adherencia: hubo mayor proporción de monoterapia entre los adherentes (53,49%), mientras que entre los no adherentes predominó la politerapia (65,79%), ambas diferencias resultaron marginalmente significativas ($0,10 > p > 0,05$).

GRÁFICO N° 12

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y ESQUEMA TERAPÉUTICO**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 13

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y TIPO DE TRATAMIENTO EN MONOTERAPIA**

Tratamiento	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ECA	11	47,83%	6	46,15%	17	47,22%
ARA II	9	39,13%	6	46,15%	15	41,67%
BBs	2	8,70%	0	0,00%	2	5,56%
BCC	1	4,35%	1	7,69%	2	5,56%
Total	23	100,00%	13	100,00%	36	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Chi² = 1,40

G. libertad = 3

p = 0,71

IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

ARA II: antagonistas de receptor de angiotensina II

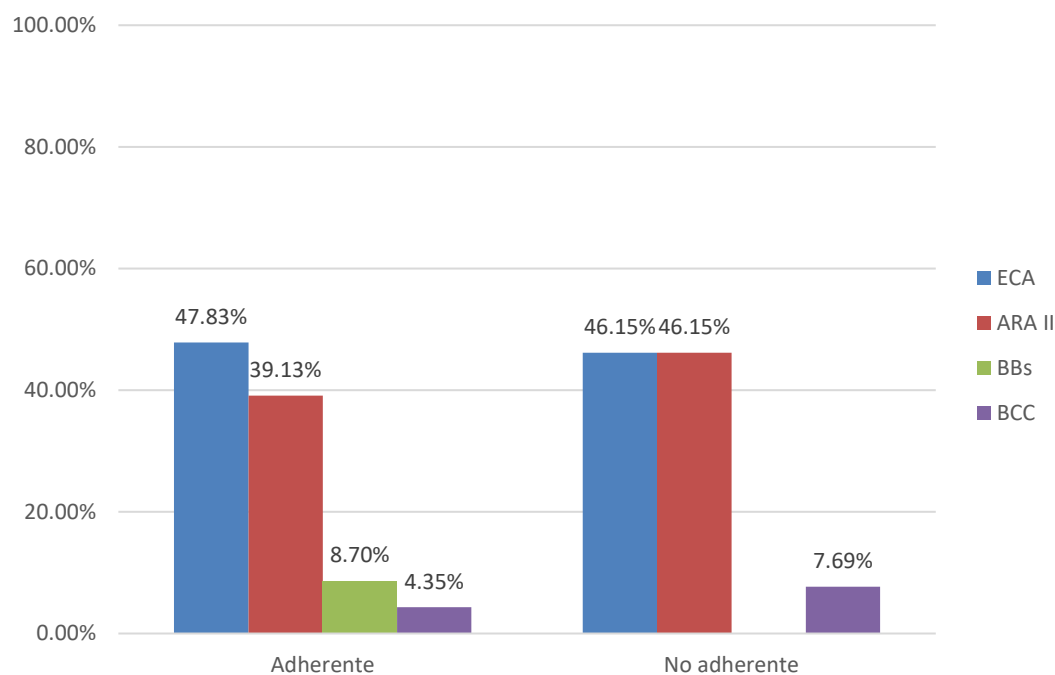
BB: beta-bloqueador

BCC: bloqueador de canales de calcio

El tipo de medicamento en monoterapia entre adherentes y no adherentes se muestra en la **Tabla y Gráfico 13**; no hubieron diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$), siendo las drogas más empleadas los IECA (47,22%) y los bloqueadores ARA II (41,67%), y los menos utilizados fueron los beta-bloqueadores y bloqueadores de canales de Ca (5,56% cada uno).

GRÁFICO N° 13

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y TIPO DE TRATAMIENTO EN MONOTERAPIA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 14

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y TIPO DE TRATAMIENTO EN POLITERAPIA**

Tratamiento	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ARA II + Tiazida	7	35,00%	8	32,00%	15	33,33%
ARA II + BCC	6	30,00%	7	28,00%	13	28,89%
IECA + Tiazida	3	15,00%	4	16,00%	7	15,56%
ARA II + Tiazida + BCC	1	5,00%	6	24,00%	7	15,56%
IECA + BCC	2	10,00%	0	0,00%	2	4,44%
BBs + Tiazida	1	5,00%	0	0,00%	1	2,22%
Total	20	100,00%	25	100,00%	45	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 6,38$

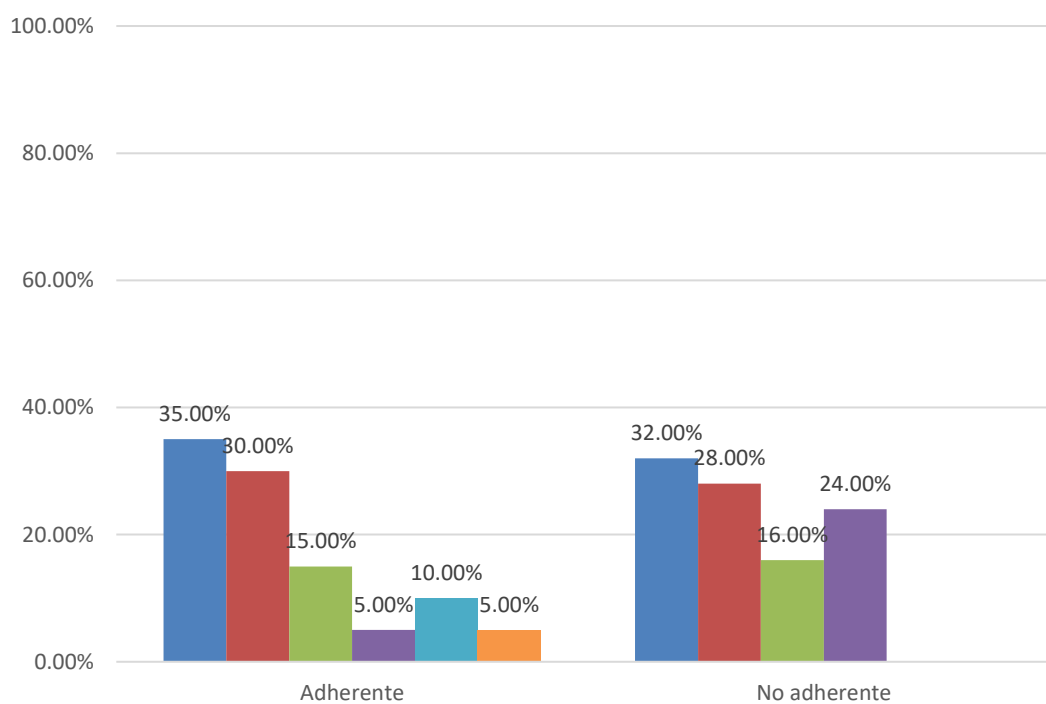
G. libertad = 1

 $p = 0,27$

En politerapia (**Tabla y Gráfico 14**), las combinaciones más empleadas fueron bloqueadores ARA II y diuréticos tiazidas (33,33% de usuarios de politerapia), los bloqueadores ARA II con bloqueadores de canales de Ca (28,89%), y los IECA con tiazidas y ARA II con tiazidas y bloqueadores de canales de Ca (15,56% en cada caso), en menor proporción otras combinaciones; no hubieron diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$).

GRÁFICO N° 14

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y TIPO DE TRATAMIENTO EN POLITERAPIA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 15

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y PRESENCIA DE COMORBILIDADES**

Comorbilidad	Adherente		No adherente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	20	46,51%	13	34,21%	33	40,74%
Diabetes	11	25,58%	13	34,21%	24	29,63%
Dislipidemia	8	18,60%	2	5,26%	10	12,35%
Enf cardiov.	2	4,65%	2	5,26%	4	4,94%
Enf. renal	0	0,00%	2	5,26%	2	2,47%
Otras	2	4,65%	6	15,79%	8	9,88%
Total	43	100,00%	38	100,00%	81	100,00%

Fuente: Elaboración propia

 $\chi^2 = 8,98$

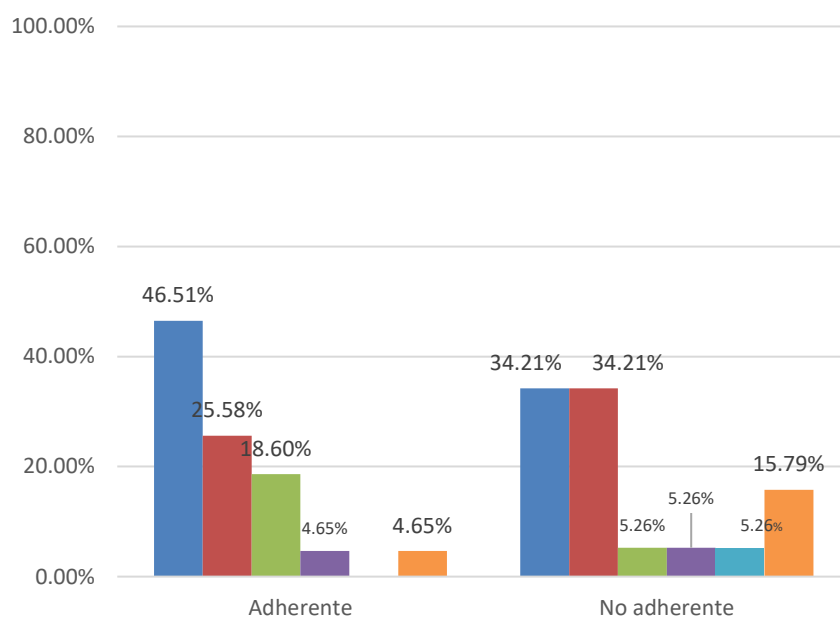
G. libertad = 5

 $p = 0,11$

Finalmente, en la **Tabla y Gráfico 15** se muestra la presencia de comorbilidades y su relación con la adherencia al tratamiento antihipertensivo; la presencia de comorbilidades fue similar en ambos grupos (53,49% en el primer grupo, 65,79% en los no adherentes), predominando en ambos la diabetes (25,58% y 34,21% respectivamente), aunque con 18,60% de dislipidemia en adherentes (5,26% en no adherentes), y otras comorbilidades en 15,79% de no adherentes y 4,65% en los adherentes; las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$).

GRÁFICO N° 15

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ADHERENCIA Y PRESENCIA DE COMORBILIDADES**



Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó el presente estudio con el objeto de identificar los factores que se asocian con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud Arequipa 2016. Se realizó esta investigación debido a la necesidad de conocer aquellos factores que podrían influir en la adherencia al tratamiento, siendo esta fundamental para un manejo adecuado de la HTA.

Para realizar el estudio se encuestó una muestra de 81 pacientes con hipertensión aplicando una ficha de datos, la escala de Morinsky-Green para valorar la adherencia al tratamiento, y la escala de Duke para valorar el apoyo social. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian resultados mediante prueba Chi cuadrado.

En la Tabla y Gráfico 1 se muestra la frecuencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo en la muestra encuestada; encontrándose una adherencia de 53,09%, cifra que difiere de los resultados obtenidos por G. Apaza² en la Red EsSalud – Tacna (Perú) donde la adherencia fue del 32%, cercano al resultado de R. Carhuallanqui³ con un 37.9%, en un Hospital Público en Lima (Perú). Sin embargo a nivel de Latinoamérica, se acerca más a las tasas presentadas por M. Díaz Molina y colaboradores⁴ donde la adherencia fue del

² Apaza G., “Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de EsSalud - Red Tacna - Febrero 2013”. (2013)

³ Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang - Herrera J., Md. Málaga Germán, “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General”. Revista Médica Herediana 21 (2010).

⁴ Díaz M., Herrera Y., Matéu L., “Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón”, Revista Cubana de Farmacia. 48 (2014).

46.9%; mientras que K. Noach, G. Cornejo, K. Noack, y J. Castillo⁵ (Cuba) indican 45.9%, estos nos muestra que en comparación con estudios locales la adherencia ha sido un tanto mejor, pero similar en el medio internacional, aun así se tiene poco menos de la mitad que aun incumplen el tratamiento, lo que no representa una cifra óptima para un mejor control de la enfermedad.

En la Tabla y Gráfico 2, se obtuvo que el 55.56% eran varones y el 44.44% mujeres, entre los adherentes el 62,79% fueron varones, y el 52,63% de los no adherentes fueron mujeres, aunque la diferencia no resultó significativa ($p > 0,05$), cifras que coinciden con el gran estudio epidemiológico TORNASOL de Segura⁶, (Perú) donde predomina el sexo masculino. Para F. Cáceres y A. Cuno⁷ (Perú) esta variable, en relación con la adherencia si demostró ser significativa, influyendo el sexo femenino en el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo ($p = 0.039$), con un 81.5% de población no cumplidora, sin embargo G. Apaza halló asociación significativa entre el sexo femenino y el control de la hipertensión arterial ($p=0.019$), donde el 61.3% del total de la población con HTA controlada era de sexo femenino, en el resto de estudios a nivel local o/y nacional no se demostró significancia. La relación de la edad con la adherencia se muestra en la Tabla y Gráfico 3, en los adherentes y no adherentes predominaron las edades de 60 a más años (83,72% y 68,42%, respectivamente), ya que a partir de esta edad se produce un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, sin

⁵Noack de la F. K, Cornejo G, Noack K, Castillo L. J, “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012.”, Revista ANACEM. Vol.VII N°2 (2013)

⁶ Segura L.; Régulo C.; Ruiz E. e investigadores de TORNASOL II. La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. Revista Peruana de Cardiología Vol. XXXVII N° 1 (2011)

⁷Cáceres Flor, Cuno A, “Algunos factores relacionados con el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores”. Arequipa 2008 – 2009.

embargo no hubo diferencias significativas entre ambos ($p > 0,05$) dato que coincide con diversos estudios como el de M. Molina Y. Herrera y L. Matéu donde no existió una relación entre la variable edad y adherencia y el grupo etéreo predominante fue el de los adultos mayores, en los cuales tampoco se observa relación.

En cuanto a la influencia del nivel de instrucción en la adherencia, la Tabla y Gráfico 4 muestran que entre los adherentes predominó la educación secundaria o superior (técnica o universitaria), con un 90,70%, mientras que en los no adherentes predominó la educación baja (52,63% con primaria o analfabetos), siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$), en este aspecto K. Noack, G. Cornejo, K. Noack, J. Castillo (Chile), observaron que la relación entre el nivel de escolaridad: pacientes con menor escolaridad (educación básica incompleta) constituyeron el grupo con mayor porcentaje de descompensación en sus niveles de presión arterial, en comparación con el número de pacientes con educación media completa (del total de pacientes descompensados el 33.8% correspondía al grupo de aquellos con educación básica incompleta y analfabetos), mientras que en los pacientes con educación superior se encontró una adherencia del 53.1%, así mismo la OMS señala el bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo y el desempleo como factores de riesgo importantes de adherencia deficiente, por lo que se reconoce, el nivel educativo como un factor decisivo en la adherencia y posterior control de la HTA, probablemente por la mejor comprensión de las indicaciones del personal de salud. Este factor si bien es intrínseco de la persona, debe ser relevante para el equipo de salud al momento de educar y empoderar a los pacientes

Un aspecto que no se toma en cuenta en el presente trabajo es el conocimiento acerca de la enfermedad, pero que estudios como el de I. Llerena si toma en cuenta⁸ y señala su relación con el cumplimiento de las metas del tratamiento de la HTA; este aspecto guardaría una relación con el aspecto del nivel educativo, pues a menos nivel educativo menor va ser la probabilidad de adquirir o entender toda la información necesaria para el manejo de la patología.

En la Tabla y Gráfico 5 se observa la influencia del estado civil de los pacientes sobre su adherencia al tratamiento antihipertensivo; no hubo diferencias entre los dos grupos ($p > 0,05$), con 56,79% del total de pacientes casados y 13,58% convivientes, 16,05% viudos, y 8,64% de solteros y 4,94% de divorciados en el grupo total, por otro lado R. Carhuallanqui, G. Diestra, J. Tang y G. Málaga, sí encontraron una asociación entre el estado civil (viudo) y los pacientes adherentes ($p < 0,05$), pero ellos mismos lo atribuyen a probables cuestiones de azar.

La influencia de la situación laboral en la adherencia (Tabla y Gráfico 6) muestra que hubo significativamente más jubilados entre los adherentes (51,16%), mientras que en los no adherentes predominaron aquellos con ocupación dependiente o independiente (63,16%), siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$), al respecto otros hallazgos como los de L. Veliz, S. Mendoza, O. Barriga⁹ señala que la realización de un trabajo remunerado

⁸Llerena Luis, “Factores que influyen en el cumplimiento de metas del tratamiento de HTA en pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Docente Ambato en el período de noviembre del 2010 a enero del 2011” (2011)

⁹Veliz L., Mendoza S. Barriga O. “Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile”. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 32 (2015)

($p=0.025$) tuvo asociación con la adherencia terapéutica, Quintana y Fernández¹⁰ (Cuba) por su parte afirman que, el no tener vínculo laboral se asocia desfavorablemente con la adherencia al tratamiento mientras que las personas con vínculo laboral presentaron una elevada adherencia (41,5%), podemos inferir entonces que el hecho de tener una estabilidad económica (por el hecho de ser jubilados o tener un vínculo laboral) es un factor positivo frente a la adherencia al tratamiento, a lo que en nuestro estudio se suma el hecho de la disponibilidad de tiempo en el caso de los jubilados que permitiría un mayor y mejor auto cuidado sobre su salud, por ende una mejor adherencia a su tratamiento.

La Tabla y Gráfico 7 muestran la presencia de apoyo social entre los pacientes con hipertensión; entre los adherentes el 27,91% tenían un bajo apoyo social, semejante al 21,05% en los no adherentes, sin diferencias significativas entre ambos ($p > 0,05$), este aspecto no puede ser claramente contrastado ya que no se emplea la misma forma de medición en otros estudios, sin embargo aspectos relacionados son evaluados también por K. Noack, G. Cornejo, K. Noack, J. Castillo, bajo otros parámetros (con una respuesta afirmativa o negativa) y no se encontró relación significativa; L. Veliz, S. Mendoza, O. Barriga (Chile) encuentran asociación entre la adherencia terapéutica y la participación en las actividades sociales evaluados mediante la escala de conductas en salud

¹⁰ Quintana C, Fernández-Britto j. “Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento”. Revista Cubana de Investigación Biomédica V.28 N°.2 (2009).

diseñado por Miller, finalmente C. Quintana, J. Fernández (Cuba) encontraron relación favorable entre adherencia y el vivir acompañado.

En cuanto a la disponibilidad de los medicamentos antihipertensivo no se halló diferencia significativa ($p > 0,05$), teniendo en cuenta que en general esta es la adecuada; en el medio local y nacional no se ha tomado en cuenta esta variable, y habiendo diferentes realidades en sistemas de salud de otros países no se ha podido hacer una contrastación, pero se consideraría de importancia en estudios comparativos entre instituciones públicas y de la Seguridad Social, en nuestro medio.

Todos los pacientes adherentes al tratamiento refirieron no suspender el tratamiento si ya se sentían bien, lo que sí ocurrió en 15,79% de pacientes no adherentes ($p < 0,05$), cifra similar a la encontrada por L. Llerena que señala que la segunda causa de abandono de tratamiento es el hecho de que al recibida la medicación disminuía los signos y síntomas - “se sentían bien” - por lo que la dejaron de tomarla, este es un factor a tener en cuenta, dado el carácter asintomático de la enfermedad, tal como lo señala la OMS, y sobre el que, mediante una oportuna educación del paciente podría actuar de forma determinante. En cuanto a la ineficacia percibida del medicamento las diferencias entre adherentes y no adherentes son mínimas, no siendo significativas ($p > 0,05$); no se menciona tal variable en otros estudios revisados.

Al comparar el esquema de tratamiento y su relación con la adherencia; hubo mayor proporción de monoterapia entre los adherentes (53,49%), mientras que entre los no adherentes predominó la politerapia (65,79%), ambas

diferencias resultaron marginalmente significativas ($0,10 > p > 0,05$), datos similares a los que presenta la OMS cuando afirma que menos dosis diarias de los antihipertensores, las monoterapias y menos cambios en los medicamentos antihipertensores (menos turbulencia de tratamiento) se han asociado con mejor adherencia terapéutica, a nivel internacional K. Noack, G. Cornejo, K. Noack, J. Castillo encontraron que a mayor número de medicamentos mayor cantidad de pacientes descompensados – un 72.7% de los pacientes que usaban tres fármacos presentaban presión arterial elevada -, mientras que en los pacientes adherentes el 47% usaba monoterapia; por el contrario L. Llerena (Ecuador) no encontró relación alguna entre el número de tabletas administradas o el tipo de terapia y la adherencia al tratamiento.

En cuanto al tipo de medicamento en monoterapia entre adherentes y no adherentes no hubo diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$), siendo las drogas más empleadas los iECA (47,22%) y los bloqueadores ARA II (41,67%), y menos utilizados fueron los beta-bloqueadores y bloqueadores de canales de Ca (5,56% cada uno) coincidiendo con M. Diaz, Y. Preval y L. Matéu que mostraron que los iECA, especialmente el enalapril y los diuréticos, preferentemente la clortalidona, fueron los fármacos más utilizados, ya sea como monoterapia o en combinaciones. En politerapia las combinaciones más empleadas fueron bloqueadores ARA II y diuréticos tiazidas (33,33% de usuarios de politerapia), los bloqueadores ARA II con bloqueadores de canales de Ca (28,89%), y los iECA con tiazidas o bloqueadores ARA II con tiazidas y bloqueadores de canales de Ca (15,56% en cada caso), y en menor proporción otras combinaciones; no hubieron diferencias significativas entre ambos grupos

($p > 0,05$); al respecto la OMS ha informado que el tratamiento inicial con clases más nuevas de medicamentos, como los antagonistas de la angiotensina II, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueantes de los canales del calcio, favorecieron la adherencia al tratamiento¹¹.

Finalmente, se muestra la presencia de comorbilidades y su relación con la adherencia al tratamiento antihipertensivo; la presencia de comorbilidades fue similar en ambos grupos, predominando en ambos la diabetes, aunque con 18,60% de dislipidemia en adherentes y con otras comorbilidades en menores porcentajes; las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$); resultados similares a los encontrados por I. Llerena que encontró un 22.3% de pacientes con diabetes mellitus o insuficiencia renal, y por F. Caceres y A. Cuno donde la comorbilidad más frecuente fue la osteoartritis seguida por la diabetes mellitus, pero al igual que en nuestro estudio las enfermedades crónicas agregadas no se relacionan con el incumplimiento al tratamiento, a nivel internacional para J. Tapia (Chile) la comorbilidad más característica fue la dislipidemia seguida de la comorbilidad cardiovascular.

¹¹ Caro JJ. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. Canadian Medical Association Journal, 1999, 160:41-46.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS



CONCLUSIONES

PRIMERA: Los pacientes hipertensos tratados en la Posta Médica Pedregal EsSalud son: en discreta mayor proporción varones, de 60 a más años, de educación secundaria a superior, casados o viudos, con una situación laboral de jubilados y con buen apoyo social percibido según la escala de Duke, padecen comorbilidades en casi dos terceras partes, sobre todo diabetes; cuentan con disponibilidad de medicamentos en el establecimiento de salud. Se utiliza un esquema farmacológico con politerapia, principalmente con bloqueadores ARA II y tiazidas.

SEGUNDA: El 53,09% de pacientes tienen buena adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud.

TERCERA: Los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud fueron la mejor educación, la ocupación de jubilado, la no suspensión del tratamiento con la mejoría de síntomas, y en menor medida la monoterapia.

SUGERENCIAS

- 1) Que las autoridades de la Gerencia de EsSalud, directores de hospitales, oficinas de atención primaria y demás involucrados diseñen y propongan estrategias para abordar el problema de la adherencia terapéutica de la HTA, así como de enfermedades de carácter crónico; y por otra parte que se incluya como parte de la atención al paciente con HTA - en la consulta médica o/y control de enfermería - una evaluación de la adherencia al tratamiento periódicamente.
- 2) Que los profesionales de la salud encargados de la atención de estos pacientes busquen optimizar sus habilidades de comunicación profesional – paciente, para así comprender mejor los factores desencadenantes de una mala adherencia farmacológica y poder orientar su atención a dichos factores, como a brindar mayor información y mejor conocimiento de la enfermedad para una mejor comprensión y posterior adecuado control de la enfermedad.
- 3) Que los maestristas salubristas y los profesionales que se desempeñan en el área de la salud pública, realicen estudios similares en los que consten diversas variables, que permitan la identificación de los factores predictivos de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en diferentes instituciones y su relación con el cumplimiento de metas de la HTA ; así como estudios comparativos entre establecimientos de la seguridad social y hospitales públicos, y que para dichos estudios se use también otras formas de medición de la adherencia al tratamiento.

PROPUESTA

INCLUSIÓN DEL MONITOREO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS CONTROLES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA POSTA MÉDICA PEDREGAL ESSALUD

1. Fundamento:

La falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales del pobre control de la presión arterial. Los estudios demuestran que a lo largo del tratamiento farmacológico, hasta un 50% abandona este después del año de iniciado el tratamiento o los que permanecen, no lo toman correctamente.

Los autoinformes de los pacientes sobre la adherencia, como el test de Morisky-Green-Levine, ha demostrado un valor potencial predictivo del autoinforme sobre adherencia con capacidad para predecir el control en la presión arterial, al respecto han sido propuestos diversos métodos para medir la adherencia al tratamiento y aquellos basados en el autoinforme del paciente son los que están mejor validados, ya que promediaron un índice de seguridad de entre el 52% y el 76%¹².

Actualmente como parte de la atención al paciente hipertenso en la Posta Médica Pedregal EsSalud, este conlleva controles periódicos de enfermería y de medicina, donde se realizan una serie de actividades, sin embargo considerando lo anteriormente expuesto es que se considera necesario la aplicación de métodos accesibles y viables para monitorear la adherencia al tratamiento de

¹²OBERTO A., VITA N., BEN MANZUR R., EMILIO MARIGLIANO, SERGIO HAUAD ALFREDO DONATO, SANTANA M. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Rev. Federación Argentina de Cardiología 2005; 34: Pags. 104-111

forma continua y con un adecuado registro como parte de la historia clínica del paciente hipertenso.

2. Objetivo

2.1 Objetivo general:

Evaluar de forma continua y accesible la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos.

2.2. Objetivo específico:

Aplicar, como parte del protocolo de atención al paciente crónico hipertenso que se encuentra adscrito en el programa de daños no transmisibles, un test de adherencia para usarlo como guía en el seguimiento de su tratamiento, a su vez reincidir en la importancia del adecuado llenado de la ficha de tratamiento.

3. Estrategias:

- Reuniones de coordinación.
- Capacitación al personal

4. Responsables de la ejecución:

Jefe del establecimiento de salud, profesionales sanitarios responsables de la atención del paciente hipertenso.

5. Actividades:

- a) Implementar como parte de la atención y control del paciente crónico hipertenso, la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico.
- b) Incluir en la historia clínica, los formatos necesarios para esta evaluación adjuntándolo junto con la ficha del paciente crónico.

- c) Registro y control de parte de los profesionales de salud, para posterior seguimiento cuando se identifique mal control o dificultades para llevar el tratamiento.

6. Metas

- a) El 80% de pacientes hipertensos adscritos a la posta médica Pedregal, son evaluados en cuanto a la adherencia con algún método (de acuerdo al autoinforme del paciente), en el plazo de 6 meses después de instaurada la propuesta.
- b) Se cuenta con 100% de recursos materiales y humanos (personal capacitado), en el lapso de los tres primeros meses para llevar a cabo dicho monitoreo.

7. Cronograma

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	TIEMPO							
			oct-16	nov-16	dic-16	ene-17	feb-17	mar-17	abr-17	may-17
1	Elaboración de propuesta	Investigadora	x							
2	Presentación de proyecto ante autoridades de la Posta Medica	Investigadora		x						
3	Presentación ante Oficina de atención primaria	Responsable de área P.M Pedregal			x	x				
4	Prueba piloto	Equipo de salud					x			
5	Implementación de proyecto	Equipo de salud						x	x	x
6	Monitoreo	Responsable de área P.M Pedregal / Oficina de Atención Primaria						x	x	x

8. Presupuesto

Financiado previa aprobación de proyecto, por el área de Atención Primaria de EsSalud.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA:

1. GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA: Análisis de la Situación de Salud. Arequipa. 2014.
2. MINISTERIO DE SALUD: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Lima. 2015
3. RUIZ ENRIQUE, SEGURA LUIS, MONTES JORGE, Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial “De la Teoría a la Práctica”. Ed. Megatrazo S.A.C Lima. 2011.
4. SMELTZER CONNELL S, BARE B, BRUNNER Y SUDDARTH: Enfermería Medico – Quirúrgica 10ma. Ed. México. McGraw – Hill Interamericana. 2004.

HEMEROGRAFÍA

1. APAZA ARGOLLO GABY ANDREA, “Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de EsSalud - Red Tacna - Febrero 2013”, [Tesis Médico Cirujano]. Tacna – Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.2013.
2. BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria 1996;18:153-63
3. CÁCERES SOTO, FLOR DE MARÍA, BACH. CUNO ALMIRÓN ABIGAIL, “Algunos factores relacionados con el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores” en el Centro Médico EsSalud Hunter, Arequipa 2008 – 2009, [Tesis Licenciada en Enfermería] Arequipa – Perú: en la Universidad Nacional de San Agustín, 2009.
4. CARHUALLANQUI ROLANDO, DIESTRA-CABRERA GABRIELA, TANG - HERRERA JESSICA, MÁLAGA GERMÁN, “Adherencia al

- tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General”. Revista Médica Herediana Vol. 21 Nro. 4 Lima - Perú, 2010.
5. CHAMPI PEREZ LILIANA, “Adherencia al tratamiento farmacológico de Diabetes mellitus tipo 2 en los pacientes de consulta externa de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa”, [Tesis Médico Cirujano] Arequipa – Perú: Universidad Nacional de San Agustín, 2014.
 6. DÍAZ MOLINA MILENA, HERRERA PREVAL YOANNA, MATÉU LÓPEZ LILIANA, “Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón”, Revista Cubana de Farmacia. Universidad de la Habana. Vol. 48 Nro. 4 - Cuba. 2014
 7. LLERENA LUIS ISRAEL, “Factores que influyen en el cumplimiento de metas del tratamiento de HTA en pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Docente Ambato en el periodo de noviembre del 2010 a enero del 2011”, [Tesis Médico Cirujano]. Ambato - Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. 2011.
 8. NOACK DE LA F. KARIN, CORNEJO-CONTRERAS. GUILLERMO, NOACK DE LA F. KARL, CASTILLO L. JUAN ANDRÉS, “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012.”, Revista ANACEM. Vol.VII N°2– Chile. 2013.
 9. PADILLA CABELLO MARCO ANTONIO. “Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM”, [Tesis magíster en Salud Pública] Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007.
 10. QUINTANA CARLOS, FERNÁNDEZ-BRITTO RODRÍGUEZ JOSÉ. “Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento”. Revista Cubana de Investigación Biomédica V.28 N°.2 La Habana – Cuba 2009.

11. RODRÍGUEZ MA, GARCÍA-JIMÉNEZ E, AMARILES P, RODRÍGUEZ A, FAUS MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40(8):413-7.
12. ROMERO MARCO, BACH. TANCHIVA PEDRO, “Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión Arterial primaria en adultos del CAP III-Metropolitano Iquitos – EsSalud. 2011”, [Tesis Químico Farmacéutico]. Iquitos – Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, 2011.
13. VELIZ-ROJAS LIZET, MENDOZA-PARRA SARA. BARRIGA OMAR A, “Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile”. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Vol. 32 Nro. 1 Año Perú. 2015.

WEBGRAFÍA:

1. BERGSTROM J ET AL. Progression of renal failure in man is retarded with more frequent clinical follow-ups and better blood-pressure control. Clinical Nephrology, 1985. 25:1-6. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
2. CARO JJ ET AL. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. Canadian Medical Association Journal, 1999, 160:41-46. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
3. COLLINS R ET AL. Blood pressure, stroke and coronary heart diseases. Part II: Effects of short-term reduction in blood pressure - An overview of the uncounfounded randomized drug trials in an epidemiological context. Lancet, 1990.335:827-838. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
4. CONRAD P. The meaning of medications: another look at compliance. Social Science & Medicine, 1985. 20:29-37. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>

5. COSTA FV. Compliance with antihypertensive treatment. Clinical & Experimental Hypertension, 1996.18:463-472. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
6. DICKINSON HO, MASON JM, NICOLSON DJ, CAMPBELL F, BEYER FR, COOK JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens 2006. Fecha de acceso [16 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
7. EBRAHIM S. Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke. Health technology Assessment, 1998, 2:1-80. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
8. HAYNES RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979, 1:1265-1268. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
9. JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE: The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch. Intern. Med. 1997. [16 de junio del 2015]
10. KJELLGREN KI, AHLNER J, SALJO R. Taking antihypertensive medication - controlling or co-operating with patients? International Journal of Cardiology, 1995.47:257-268. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
11. MANCIA G, FAGARD R, NARKIEWICZ K, REDON J, ZANCHETTI A, et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2013. Fecha de acceso [16 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
12. MYERS MG. Compliance in hypertension: why don't patients take their pills? Canadian Medical Association Journal, 1999, 160:64-65. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>

13. NUESCH R ET AL. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *British Medical Journal*, 2001.323:142-146. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington DC .2004. Fecha de acceso [16 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
15. RAND CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 1993, 72:68D–74D.Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
16. REVICKI DL, FRANK L. Pharmacoeconomic evaluations in the real world. Effectiveness versus efficacy studies. *Pharmacoeconomics*, 1999. 15:123-134. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
17. RUDD P. Compliance with antihypertensive therapy: raising the bar of expectations. *American Journal of ManagedCare*, 1998.4:957-966. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
18. SCHAFHEUTLE EI ET AL. Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. *Health & Social Care in the Community*, 2002.10:187-195.Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>
19. SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. Consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial. *Journal of hypertension* 2001. Vol. 6, N° 2. [16 de junio del 2015]
20. WRIGHT JM, LEE C, CHAMBERS GK. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 2000

162:190-191. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>

21. WRIGHT JM. Choosing a first line drug in the management of elevated blood pressure. What is the evidence? I. Thiazide diuretics. Canadian Medical Association Journal, 2000.163:57-60. Fecha de acceso [18 de junio del 2015] disponible en <http://www.paho.org/hq/>



ANEXOS



**ANEXO N° 1:
PROYECTO DE TESIS**

I. PREÁMBULO

La adherencia terapéutica, ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida), se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria; por otro lado, producto de una investigación donde se redimensionó el concepto de adherencia al tratamiento, la Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana - Cuba, concluye en que la adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.

Como se ha visto a lo largo de las investigaciones, los efectos de la no adherencia terapéutica, en patologías crónicas repercuten en diversos aspectos clínicos, psicosociales y económicos para las personas, su entorno familiar, laboral, así como para el sistema de salud, al incrementarse los gastos sanitarios, producto de las complicaciones generadas por esta conducta. La OMS, señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece al menos en un 20% los costos de la salud pública.

La hipertensión arterial (HTA), es una de las enfermedades crónicas con más alta prevalencia, que produce importante mortalidad y discapacidad, representando además, un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y cerebro-vascular, las que pudiesen ser prevenidas con un adecuado control de la presión arterial, ahora que se dispone de una gran variedad de drogas seguras y efectivas.

Considerando que, se proyecta para el 2025 que en los países en el desarrollo la prevalencia de HTA se incrementara hasta en un 50%, es

que se considera importante analizar y evaluar el tema desde una visión amplia para poder obtener mejores resultados del tratamiento. Es por ello que se realizará la presente investigación tomando en cuenta características propias y específicas de la población, con el fin de analizar en base a estos los posibles factores que podrían asociarse a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del Problema

Factores que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal. EsSalud Arequipa. 2016

1.2. Descripción del Problema

1.2.1 Campo, Área y Línea

Campo : Ciencias de la salud.

Área General : Salud Pública

Línea : Adherencia al tratamiento

1.2.2 Análisis de la Variable

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Factores que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo	Sexo	Masculino
		Femenino
	Edad	De 18 a 29 años
		De 30 a 59 años
		De 60 años a mas
	Grado de instrucción	Analfabeto
		Primaria
		Secundaria
		Técnico
		Superior
	Estado civil	Soltero
		Casado
		Conviviente
		Divorciado
		Viudo
	Situación laboral	Independiente
		Dependiente
		Jubilado
		Actualmente desempleado
	Suministro de medicinas	Adecuado
		Inadecuado
	Relación profesional – paciente	Buena
		Mala
	Carácter asintomático de la enfermedad	Si
		No
	Ineficacia percibida del medicamento	Si
		No
	Apoyo social percibido	Bueno
		Bajo
	Esquema terapéutico	Monoterapia IECA
		Bloqueadores de los receptores de angiotensina I
		Beta-bloqueadores
		Bloqueadores de los canales de calcio
		Diuréticos tipo tiazidas

		Diuréticos de asa Diuréticos anti – aldosterona
		Politerapia (combinación de medicamentos)
	Co – morbilidad	Ninguna
		Diabetes Mellitus
		Enf. cardiovasculares
		Dislipidemias
		Enf. Renales
		Otra co – morbilidad
		Más de una co – morbilidad
	Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Adherente Test de Morisky Green
		No adherente Test de Morisky Green

1.2.3 Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son las características de los pacientes hipertensos, tratamiento; suministro de medicinas, en la Posta Médica Pedregal EsSalud?
- ¿Cómo es la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud?
- ¿Cuáles son los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud?

1.2.4 Tipo y Nivel del Problema

- El tipo de problema a investigar es de campo.
- El nivel es correlacional, explicativo.

1.3. Justificación

Originalidad: Se han venido realizando diversos estudios a nivel internacional y nacional respecto de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y de otras enfermedades crónicas, sin embargo al considerarse la hipertensión arterial, como una epidemia mundial, por sus altas tasas de prevalencia, y al considerarse nuestro país, como un país multicultural, y no habiéndose realizado estudios del mismo tipo en este grupo, donde la prevalencia es significativa, es que se hace necesario un estudio tomando en cuenta características específicas, de esta población, donde se aprecie de qué forma y en qué medida, estas se asocian en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Factibilidad: El presente estudio es planteado en el marco de una Seguridad Social que busca, de manera activa, mediante la creación de nuevos programas y el fortalecimiento de los mismos, la prevención de complicaciones por daños crónicos, lo que favorece el apoyo para tener el alcance a los pacientes que conforman el programa de HTA.

Relevancia: La importancia del presente estudio reside en la necesidad del manejo adecuado de la HTA, ya que es la única forma de reducir sus complicaciones a largo plazo, y garantizar en estos pacientes una calidad de vida óptima, siendo necesario medir la adherencia al tratamiento farmacológico, así como conocer los factores que se asocian con ello, para poder tomar acciones orientadas a modificar o mejorar dichos factores en la medida de la entidad prestadora de salud.

Interés Personal: El investigador, así como el personal de salud involucrado en este programa, se interesa por conocer los resultados del estudio con fines de reorientar acciones, así como de unificar conocimientos acerca de esta población.

Contribución académica: El presente estudio se constituirá en la base de investigaciones futuras en relación a la medición, evaluación y factores que se asocian a la adherencia terapéutica siendo esto, considerado por la OMS como una necesidad continua que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad

2. Marco conceptual

2.1. Hipertensión arterial

2.1.1. Definición

La hipertensión arterial consiste en una presión arterial sistólica superior a 140 mmHg. y una diastólica superior a 90 mmHg. por un periodo prolongado, con base en el promedio de dos o más mediciones de la presión arterial obtenidas en dos o más contactos con el proveedor de atención de la salud después de una prueba de detección inicial (Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection Evaluation and treatment of High Blood Pressure [JNC VI]).

2.1.2. Fisiopatología

La hipertensión es una condición multifactorial, puesto que esta es un signo, es muy probable que tenga múltiples causas. Existen varios mecanismos que podrían explicar la

fisiopatología de la HTA, lo que se relaciona con el concepto de esta, como una condición multifactorial. La HTA puede ser resultado de uno más de los siguientes factores:

- Mayor actividad del sistema nervioso simpático relacionada con la disfunción del sistema nervioso autónomo.
- Mayor resorción renal de sodio, cloruro y agua relacionados con una variación genética en las vías por las que los riñones manejan el sodio.
- Mayor actividad del sistema renina - angiotensina – aldosterona, lo que da por resultado expansión de volumen de líquido extracelular y mayor resistencia vascular sistémica.
- Menor vasodilatación de las arteriolas relacionada con la disfunción del endotelio vascular.
- Resistencia a la acción de la insulina, que puede ser un factor común a la HTA, diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidad e intolerancia a la glucosa.¹³

2.1.3. Etiopatogenia

La presión arterial resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. El 95% de los casos de hipertensión no tienen una causa definida, y es la llamada hipertensión arterial esencial, mientras que el 5% restante es la secundaria.

Los factores de riesgo asociados se clasifican:

No modificables:

- Edad, mayor de 55 en varones y 65 en mujeres
- Sexo masculino.

¹³SMELTZER CONNELL S, BARE B, BRUNNER Y SUDDARTH: Enfermería Médico – Quirúrgica, pág. 944

- Antecedentes familiares de hipertensión arterial.

Modificables

- Diabetes
- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Sedentarismo
- Stress / depresión.
- Obesidad
- Hipertrofia ventricular izquierda
- Resistencia a la insulina
- Factores trombocitopénicos
- Triglicéridos/ lipoproteínas elevados en sangre

2.1.4. Epidemiología

- Las condiciones clínicas de HTA y sobrepeso/obesidad se consideran pandemias, además de ser una de las enfermedades que produce importante mortalidad y discapacidad.
- De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe oscila entre el 8% y el 30%. A pesar de ello, las estadísticas de prevención, tratamiento y control de la hipertensión han declinado levemente en años recientes.¹⁴
- Según el estudio TORNASOL llevado a cabo por la Sociedad Peruana de Cardiología, la prevalencia de la HTA en el Perú ha subido de 23.7% según TORNASOL I (2004) a 27.3% en TORNASOL II (2011), así como en todos los grupos de hipertensos según la clasificación del VII Reporte. El incremento de la hipertensión ocurre en

¹⁴ SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA: Consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial. Journal of hypertension. 2003; 21(12):2161-2170.

todas las regiones geográficas (costa, sierra y selva), en ambos sexos, en todos los grupos socioeconómicos y culturales. La costa sigue presentando más hipertensos y en segundo lugar la región selva.

- En la región Arequipa, según la morbilidad en la consulta externa de los establecimientos de la Gerencia Regional de Salud, las enfermedades hipertensivas (I10 - I15) ocupan el 19vo. lugar con un total de 11 643 casos; en el grupo adulto mayor ocupa el 7mo. lugar con un porcentaje del 4.3%. En cuanto a la mortalidad, sin embargo, las enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25) y las enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) ocupan un significativo 2do. y 5to. lugar respectivamente.¹⁵

2.1.5 Cuadro clínico

La HTA es esencialmente asintomática (70% a 80%). Están descritos algunos signos y síntomas clásicos y poco frecuentes como: cefalea, tinitus, mareos, escotomas o epistaxis.

2.1.6 Diagnóstico

El diagnóstico se realiza a través de la revisión del historial médico, evaluación clínica, el control a través de mediciones continuas de la PA, toma de exámenes de laboratorio y de ayuda al diagnóstico.

2.1.6.1. Metodología para la medición de la presión arterial

¹⁵GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA: Análisis de la Situación de Salud 2014 Págs. 204,213,216

a) Consideraciones a tener en cuenta:

- Realizar la medición con un tensiómetro validado.
- El paciente debe estar sentado, previo reposo (de por lo menos 5 minutos), brazo descubierto y apoyado sobre una superficie fija. es necesario no haber fumado o bebido café, alcohol u otras bebidas calientes en la media hora previa.
- En el primer control se debe tomar la presión en ambos brazos y tomar en cuenta la lectura más alta para usarlo como valor de referencia.

b) Medición ¹⁶

- Determinar palpatoriamente la ubicación de la arteria braquial en la cara interna del tercio distal del brazo.
- El brazalete debe ser colocado a 2cm. por encima del pliegue del codo de tal forma que línea media del bladder coincida con la arteria braquial.
- Palpar el pulso de la arteria radial a nivel de la muñeca.
- Insuflar lentamente.
- Tomar nota en qué valor de la presión arterial desaparece el pulso y vuelve a aparecer al desinsuflar.
- El valor que coincide con ese momento será la presión arterial sistólica palpatoria referencial.
- Desinsuflar y esperar 2 minutos.
- Colocar el estetoscopio a nivel de la arteria braquial previamente ubicada.

¹⁶MINISTERIO DE SALUD: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva Pág. 6

- Luego, insuflar rápidamente hasta 30 mmHg. por encima del valor de la presión arterial sistólica palpatoria referencial.
- Desinsuflar lentamente a una velocidad aproximada de 2 mmHg/segundo.
- Se consignará como la presión arterial sistólica (PAS) a la primera medición obtenida luego de percibir por lo menos dos ruidos continuos (fase 1 de Korotkoff).
- Se consignará como la presión arterial diastólica (PAD) aquella que corresponde con el último ruido audible (fase 5 de Korotkoff).

2.1.6.2 Exámenes auxiliares

De patología clínica

Se recomienda tomar pruebas de laboratorio para observar lesiones en órganos blancos y ver otros factores de riesgo. Entre ellas tenemos:

- Hemoglobina y hematocrito
- Glucosa en ayunas.
- Análisis de orina
- Química sanguínea: creatinina, tasa de filtración glomerular estimada, ácido úrico, colesterol total, cLDL, cHDL, triglicéridos, electrolitos,

Además de los estudios rutinarios de laboratorio se debe realizar un electrocardiograma de doce derivaciones. La hipertrofia de ventrículo de izquierdo puede valorarse mediante ecocardiografía.

2.1.6.3 Estratificación del riesgo cardiovascular

Tabla 1

Estratificación del riesgo CV total en categorías de riesgo según los valores de PAS y PAD y la presencia de factores de riesgo, daño asintomático a órgano blanco, diabetes mellitus, grado de ERC y ECV sintomática ¹⁷

Otros factores de riesgo daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	PAS 130 - 139 o PAD 85-99	PAS 140 - 150 o PAD 90-99	PAS 160 - 179 o PAD 100-109	PAS >180 o PAD >110
Sin otros factores de riesgo		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1 -2 Factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
> 3 Factores de riesgo	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
ECV sintomática, ERC de grado >4 o daño orgánico / FR	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

2.1.7 Tratamiento

El objetivo de mantener la presión arterial por debajo de ciertos niveles es reducir las complicaciones cardiovasculares futuras.

¹⁷MANCIA G, FAGARD R, NARKIEWICZ K, REDON J, ZANCHETTI A, Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal Pags.2159- 2219.

Tabla 2
Metas de presión arterial y nivel de recomendación¹⁸

<i>Población</i>	<i>Metas del manejo de la presión arterial (mmHg)</i>	<i>Recomendación</i>
Hipertensos en general	< 140/90	A
Diabéticos	<140/80	A
Personas con proteinuria	<130/80	B
Octogenarios hipertensos	Mantener PAS entre 140 y 150	A

2.1.7.1 Medidas generales y preventivas

Las medidas generales para reducir la presión arterial son las siguientes:

- Control de peso: IMC de 18.5 – 24.9 y una circunferencia abdominal menor de 102cm. en varones y 88cm. en la mujer.
- Incluir en la dieta vegetales, alimentos bajos en grasas saturadas y frutas.
- La ingesta de sal debe reducirse a no menos de 5gr. al día.
- Ejercicio físico aeróbico de moderada intensidad de forma regular.
- Limitar el consumo de alcohol, de preferencia evitarlo.
- Dejar el hábito de fumar, así como la exposición al tabaco.

¹⁸MANCIA G, FAGARD R, NARKIEWICZ K, REDON J, ZANCHETTI A, Op. cit. Pags., 2159- 2219.

2.1.7.2 Terapéutica¹⁹

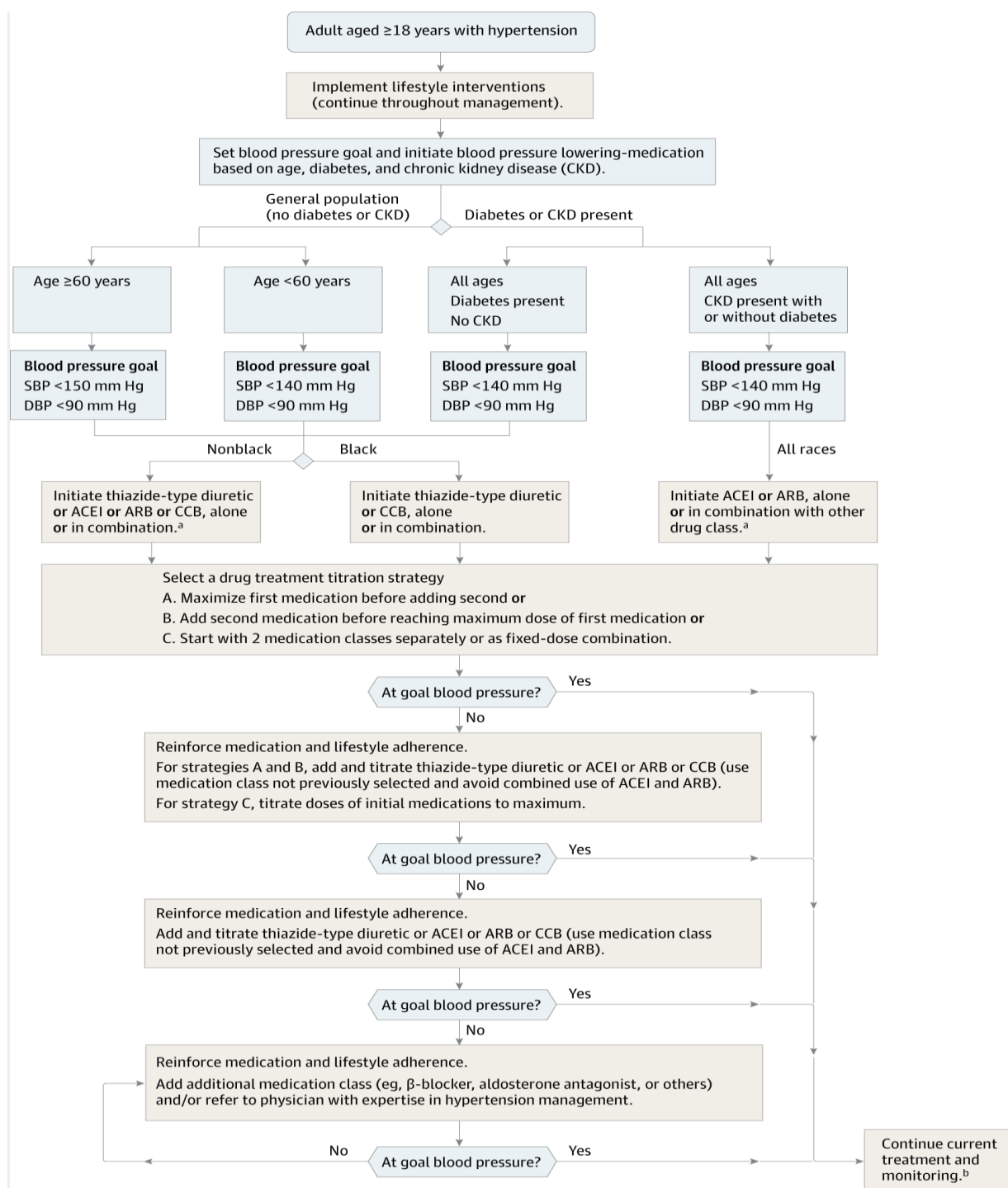
Inicio de terapia farmacológica: La decisión de iniciar medicamentos antihipertensivos dependerá del nivel de riesgo cardiovascular según la evaluación integral del paciente (Tabla 1).

La terapia farmacológica puede ser con agente único o en combinaciones apropiadas. Según las recomendaciones del JNC-8 en la población no negra en general, incluidas las personas con diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tiazídico, bloqueante de los canales de calcio (CCB), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueador del receptor de angiotensina (ARB).

Terapia farmacológica combinada: esta depende de la respuesta clínica. De no alcanzarse la meta en al menos 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo, debe combinarse. Si la dosis inicial convencional de un agente único no muestra eficacia, también se recomienda combinar.

¹⁹MINISTERIO DE SALUD Op, cit., Pág. 12.

FLUJOGRAMA: *Algoritmo manejo de la hipertensión directriz 2014*



Fuente: *Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos. Informe de los miembros del panel nombrado miembro del Comité Octava Nacional Mixto (JNC 8) – 2014*

Tabla 5

Indicaciones y contraindicaciones de los medicamentos antihipertensivos

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS				
Clase	Condiciones que favorecen su uso	Contraindicaciones		Reacciones adversas o comunes
		Definidas	Posibles	
a) Tiazidas	Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) , HTA en adultos mayores, HTA sistólica aislada	Gota	Embarazo	Hiponatremia, hipopotasemia, alcalosis, hipoclorémica, hipomagnesemia, hiperglucemia, hiperuricemia, hiperlipemia, impotencia, reacciones alérgicas cutáneas (cruzadas a las sulfamidas)
b) De asa	Insuficiencia renal, ICC			Hipovolemia e hipotensión, hiponatremia (menos riesgo que con los tiazidas), hipopotasemia, alcalosis hipoclorémica (dosis elevadas)
c) Anti - Aldosterona	ICC, post - infarto miocardio	Insuficiencia renal, hiperkalemia		Hiperpotasemia, acidosis metabólica, impotencia y ginecomastia en varones y alteraciones menstruales en mujeres
Beta bloqueadores	Angina de pecho, post - infarto de miocardio, ICC (titulación creciente), embarazo, taquiarritmias.	Asma, EPOC, BAV 2do o 3er grado	Enfermedad vascular periférica, intolerancia a la glucosa	Bradicardia, broncoespasmo, depresión, empeoramiento de los síntomas de insuficiencia arterial periférica, disfunción erectil, enmascaramiento de síntomas de hipoglucemia o prolongación en la recuperación de hipoglucemia en diabéticos.
Bloqueadores de los canales de calcio:	Pacientes ancianos, HTA sistólica aislada, angina de pecho, Enf. Vascular periférica,		Taquiarritmias, ICC	Edema periférico, cefalea, bochorno con particular frecuencia en los dihidropiridínicos. Con los no dihidropiridínicos las reacciones pueden ser estreñimiento, bradicardia y trastornos de conducción.
No dihidropiridínicos (verapamilo, diltiazem)	Angina de pecho, aterosclerosis carotídea	BAV 2do o 3er grado, ICC		
Inhibidores ECA	ICC, disfunción ventricular izquierda, post infarto de miocardio, nefropatía no diabética, nefropatía no diabética, nefropatía diabética tipo 1 y tipo 2,	Embarazo, hiperkalemia, estenosis de arteria renal bilateral		Causan tos seca no productiva en 20% de los pacientes tratados e hiperkalemia. Hipotensión arterial (ancianos) principalmente en pacientes con depleción de sal y volumen.
Antagonistas de los receptores de angiotensina II (BRA)	Nefropatía diabética tipo 2 microalbuminuria diabética, proteinuria, hipertrofia ventricular izquierda, tos por IECA	Embarazo, hiperkalemia, estenosis de arteria renal bilateral		Hiperpotasemia

Fuente: Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Anexo 2

2.2 Adherencia al tratamiento

2.2.1. Definición

Una definición que fusiona las definiciones de Haynes²⁰ y Rand²¹ sobre la adherencia al tratamiento prolongado es: El grado en que el comportamiento de una persona - tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica²².

2.2.2 Adherencia a la farmacoterapia en pacientes con hipertensión arterial

Los estudios han demostrado que el tratamiento de la hipertensión reduce el riesgo de eventos cerebrovasculares y cardíacos entre otras consecuencias costosas.

²⁰ HAYNES RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Johns Hopkins University Press. Pags. 1265 - 1268

²¹. RAND CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology. Pags.

²² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Pags.

Además de la terminología confusa en el área de la adherencia, ha habido polémica sobre el uso de 80% como punto de corte para distinguir la adherencia de la no adherencia. En la mayoría de los estudios, se ha considerado que la no adherencia ocurre cuando los pacientes no toman $\geq 80\%$ de sus medicamentos antihipertensivos prescritos²³.

Independientemente de la definición, la adherencia deficiente al tratamiento es la causa más importante de la presión arterial no controlada y solo de 20 a 80% de quienes reciben tratamiento para la hipertensión en situaciones de la vida real se consideran “buenos observantes”²⁴.

2.2.3.1 Factores que contribuyen a la adherencia terapéutica

Se ha visto que son muchos los factores que contribuyen a la adherencia terapéutica. Dos de los factores más importantes que contribuyen a la adherencia deficiente son, la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad. Otros que señala la OMS están relacionados con:

- Los factores demográficos como la edad y la educación,

²³EBRAHIM S.DETECTION, Adherence and control of hypertension for the prevention of stroke. Health Technology Assessment. Pags.1-80.

²⁴ COSTA FV. Compliance with antihypertensive treatment Clinical & Experimental Hypertension. Pags.463-472.

- La comprensión y la percepción del paciente de la hipertensión²⁵,
- La modalidad del prestador de asistencia sanitaria para aplicar el tratamiento,
- Las relaciones entre los pacientes y los profesionales de asistencia sanitaria,
- Las influencias de los sistemas de salud y
- Los regímenes medicamentosos antihipertensores complejos²⁶.

El bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo importantes de adherencia deficiente²⁷. Otros, que se señalan son los relacionados con el paciente que pueden incluir la comprensión y la aceptación de la enfermedad, la percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, la conciencia sobre los costos y los beneficios del tratamiento, la participación activa en el monitoreo y la toma de decisiones en relación con el tratamiento de la enfermedad²⁸

No se ha estudiado sistemáticamente la influencia de los factores relacionados con el prestador de asistencia sanitaria en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Algunos de los factores más importantes probablemente son: falta de conocimiento, tiempo inadecuado, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño. Las estrategias educativas multifacéticas para mejorar el

²⁵ CONRAD P. The meaning of medications: another look at compliance. Social Science & Medicine. Pags. 29-37.

²⁶ KJELLGREN KI, AHLNER J, SALJO R. Taking antihypertensive medication - controlling or co-operating with patients? International Journal of Cardiology. Pags. 257-268.

²⁷ SAOUNATSOU MET AL. The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. Public Health Nursing, Pags. 436-442.

²⁸ FLEISS JL. The statistical basis of meta-analysis. Statistical Methods in Medical Research. Pags. 121-145.

conocimiento, la auditoría con retroalimentación sobre el desempeño y los incentivos financieros son algunas de las intervenciones cuya efectividad debe probarse²⁹

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención de salud. Las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son por ende imperativas para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria que se ha demostrado son determinantes de la adherencia de los pacientes³⁰.

En cuanto a los sistemas de salud también son importantes ya que en la mayoría de los países de bajos ingresos, los suministros de medicamentos son limitados y demandan una compra en efectivo. Las estrategias para mejorar la accesibilidad a los medicamentos, como el financiamiento sostenible, los precios asequibles y los sistemas de distribución fiables ejercen una importante influencia sobre la adherencia de los pacientes, en particular en los sectores más pobres de la población³¹. Centrarse en mejorarla eficiencia de las funciones clave del sistema de salud, como la prestación de la atención médica, el financiamiento y el tratamiento farmacéutico

²⁹ DAVIS DA ET AL. Evidence of the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. Journal of the American Medical Association. Pags. 1111 - 1117

³⁰ WRIGHT JM, Lee C, Chambers GK. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. Canadian Medical Association Journal. Pags. 190-191.

³¹ SCHAFHEUTLE EI ET AL. Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. Health & Social Care in the Community. Pags. 187-195.

adecuado, puede aportar una contribución sustancial a la mejora de las tasas de adherencia de los pacientes hipertensos y aquellos con enfermedades crónicas en general.

Algunos de los determinantes mejor reconocidos de la adherencia al tratamiento antihipertensor se relacionan con aspectos de la propia farmacoterapia³² y son: la tolerabilidad del medicamento, la complejidad del régimen, los costos de la medicación y la duración del tratamiento.

Un aspecto es la tolerabilidad. En los estudios se ha podido observar cierta discrepancia, por ejemplo, los resultados combinados de ensayos controlados aleatorios que compararon dos tratamientos y registraron la interrupción de los medicamentos debido a los fenómenos adversos, han demostrado que significativamente menos pacientes interrumpieron el tratamiento con diuréticos tiazídicos que los que interrumpieron el tratamiento con betabloqueantes y bloqueantes adrenérgicos alfa³³. Sin embargo, un examen reciente basado en estudios observacionales ha informado que el tratamiento inicial con clases más nuevas de medicamentos, como los antagonistas de la angiotensina II, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueantes de los canales del calcio, favorecieron la adherencia al tratamiento³⁴. En general, la función de la tolerabilidad del medicamento sobre la adherencia a la medicación

³² WRIGHT JM. Choosing a first line drug in the management of elevated blood pressure. What is the evidence? I. Thiazide diuretics Canadian Medical Association Journal. Pags. 57-60.

³³ WRIGHT JM., Lee C, Chambers, GK. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. Canadian Medical association Journal. 2000. Pags. 190-191

³⁴ CARO JJ ET AL. Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. Canadian Medical Association Journal. Pags. 41-46.

antihipertensora sigue siendo discutible y por tanto amerita investigación adicional.

La complejidad del régimen es otro factor calificado como una causa probable de mala adherencia. La frecuencia de dosificación, el número de fármacos concurrentes y los cambios en los medicamentos antihipertensores son algunos de los factores que contribuyen a la complejidad de un régimen³⁵.

Menos dosis diarias de los antihipertensores³⁶, las monoterapias y menos cambios en los medicamentos antihipertensores (menos turbulencia de tratamiento) se han asociado con mejor adherencia terapéutica³⁷.

2.3. Test de Morisky Green

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es

³⁵ WRIGHT JM. Ibid

³⁶ NUESCH R et al. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *British Medical Journal*. Pags. 142-146.

³⁷ MONANE M et al. The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly. *American Journal of Hypertension*. Pags. 697-704.

incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

2.4 Test de Duke

Consiste en una evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía. Consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). Recoge valores al Apoyo confidencial (ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y referidos al apoyo efectivo (ítems 2, 3, 5, 9 y 11)

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Una puntuación ≥ 33 puntos indica un

apoyo normal, mientras que una puntuación de ≤ 32 indica un apoyo social percibido escaso o bajo.

Se realizó la validez de dicho test en el estudio “Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11”, llevado a cabo por JA Bellón Saameño, A Delgado Sánchez, J de Dios Luna del Castillo a, P Lardelli Claret, Centro de Salud Zaidín-Sur y la Facultad de Medicina de Granada, llegando a la conclusión que el cuestionario Duke-UNC-11 es válido y fiable, se publicó en la Revista Atención Primaria Vol. 18. Núm. 4. 15 en Septiembre de 1996 en España.

3. Antecedentes investigativos

Veliz-Rojas Lizet, Mendoza-Parra Sara. Barriga Omar A, llevaron a cabo el estudio: “Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile”. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Vol. 32 Nro. 1 Año 2015 - Perú, dicho estudio tuvo como objetivo: Analizar la adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria de la comuna de San Pedro de la Paz (Bio Bio), se realizó un estudio transversal y correlacional, con una muestra de 257 personas de 18 a 60 años. Se utilizó un cuestionario que incluía la escala de conductas en salud de Miller para medir adherencia terapéutica, y la revisión de la ficha clínica. Se utilizó un análisis descriptivo univariante y bivariado apoyado en SPSS. Se obtuvieron como resultados: que del total de participantes 157 (61,1%) fueron mujeres. La Escala de conductas en salud reflejó la no adherencia de los participantes, ya que solo 4 (1,5%) personas indicaron que siempre seguían las indicaciones entregadas por el equipo de salud. La sub escala seguimiento en el manejo del estrés tuvo la media más alta, lo que indica que en este aspecto existió una mayor adherencia en los participantes. Se encontraron asociaciones entre la adherencia

terapéutica con la realización de un trabajo remunerado ($p=0,025$) y con la participación de actividades sociales ($p=0,005$). Conclusiones. La adherencia terapéutica en los usuarios del programa de salud cardiovascular fue baja. Es importante desarrollar estrategias que favorezcan la adherencia terapéutica desde la perspectiva de equidad y de los determinantes sociales de la salud.

DraC. Díaz Molina Milena, Lic. Herrera Preval Yoanna, MSc. Matéu López Liliana, llevaron a cabo el estudio: “Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón”, Revista Cubana de Farmacia. Universidad de la Habana 2014. Vol. 48 Nro. 4 - Cuba. El estudio tuvo como objetivo: Evaluar la adherencia al tratamiento con antipertensivos en una muestra de pacientes hipertensos. Se realizó un estudio observacional y descriptivo. La adherencia se midió empleando el test de Morinsky-Green-Levine, la frecuencia de adquisición del medicamento en farmacia y el control de la presión arterial. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de terapia y adherencia. Se obtuvieron como resultados: predominaron los pacientes hipertensos del género femenino, del grupo correspondiente a las edades de 70 a 79 años, que emplean la politerapia principalmente. Resultaron adherentes y controlados solo el 30,4 % de los casos estudiados. Los resultados de la aplicación del TMGL mostraron que el 46,9 % fue adherente al tratamiento farmacológico, mientras que el 53,1 % resultó ser no adherente. La relación entre las variables edad y género el análisis mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas variables. Respecto a la variable edad y adherencia, los resultados mostraron que no existía una relación entre ambas. En los grupos etarios predominantes no se observaron diferencias significativas entre los adherentes y no adherentes. Se arribó a la conclusión de que se evidencia la necesidad de continuar la labor

educativa del paciente hipertenso en esta comunidad, principalmente acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento en la HTA.

Noack de la F. Karin, Cornejo-Contreras. Guillermo, Noack de la F. Karl, Castillo L. Juan Andrés, llevaron a cabo el estudio: “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012.”, Revista ANACEM. Vol.VII N°2 2013 – Chile. El estudio tuvo como objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico de un grupo de pacientes hipertensos en control en el consultorio del Hospital Comunitario de Yungay, mediante la aplicación del Test de Morisky - Green y analizar factores que podrían estar relacionados con el nivel de adherencia. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y observacional en el que se entrevistó a pacientes atendidos en el consultorio del Hospital Comunitario de Yungay durante agosto y Septiembre del 2012, utilizando el Test de Morisky Green y agregando otras preguntas en relación a género, edad, escolaridad, red de apoyo y número de medicamentos. Además, en todos los casos se midieron los niveles de presión arterial. Se incluyeron 74 pacientes. El 70,3% eran mujeres. El promedio de edad fue de 65,3 años. Solo un 45,9% presentó adherencia al tratamiento y un 47,9% obtuvo presión arterial bajo control. Entre los factores estudiados, el 51% tenía educación básica incompleta y el promedio de antihipertensivos fue de 1,75. Al ser relacionado con el nivel de escolaridad, se observó que los pacientes con menor escolaridad (educación básica incompleta), constituyeron el grupo con mayor porcentaje de descompensación en sus niveles de presión arterial, en comparación con el número de pacientes con educación media completa. En total, de los pacientes con hipertensión descompensada, el 33,8% correspondía al grupo de aquellos con educación básica incompleta y analfabetos

Bach. Llerena Luis Israel, llevó a cabo el estudio: “Factores que influyen en el cumplimiento de metas del tratamiento de HTA en pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Docente Ambato en el periodo de noviembre del 2010 a enero del 2011”, para optar el título de Médico cirujano de la Universidad Técnica de Ambato, tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en el cumplimiento de metas del tratamiento de HTA en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de dicho hospital. Se realizó un estudio descriptivo-transversal, en el que se utilizó la técnica de observación directa al paciente la misma que permitió medir la presión arterial. Igualmente se aplicó la revisión de la H.C con el fin de identificar el tratamiento de la enfermedad, aspectos que fueron corroborados a través de la encuesta que se aplicó al paciente. Se diseñó un cuestionario que permitió recoger información sobre las características personales del paciente, sus conocimientos y factores de adherencia al tratamiento indicado por su médico. Concluyendo que uno de los factores que influye para que los pacientes cumplan metas para la HTA son los conocimientos que tienen acerca de la enfermedad que padecen, ya que entre los que no conocen apenas el 9,7% cumplen metas, mientras que el 35,1 % de los que si conocen cumplen metas. La principal causa para que el paciente abandone el tratamiento farmacológico fue el costo de los medicamentos (38,2%) ya que no se dispone de toda la medicación gratuita en el HPDA, seguido del 20,6% que hace referencia a que la medicación recibida disminuía los signos y síntomas “se sentían bien” por lo que dejaron de tomar y solamente el 14,7% se olvidaron de tomar la mediación. Esta investigación no encontró relación alguna entre el número de tabletas administradas diariamente, la adherencia al tratamiento farmacológico para un mejor cumplimiento de metas de HTA; de igual manera no se encontró relación significativa con la terapia recibida o la especialidad del médico donde fue atendido el

paciente situación diferente a lo que se refiere en la literatura ya que estas circunstancias si influyen para un mejor control y cumplimiento de metas de la HTA; contexto que puede deberse al número de pacientes con los que se trabajó en esta investigación o a las características propias de la población.

Master Quintana Setién Carlos; Dr. Fernández-Britto Rodríguez José Emilio, llevaron a cabo el estudio “Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento”, en el 2009, publicado en la Revista Cubana de Investigaciones médicas, este tuvo como objetivo conocer la prevalencia de esta adherencia, las influencias que la propician y valorar la utilidad del procedimiento utilizado que surgió de la combinación de métodos indirectos de medición de la adherencia terapéutica. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal poblacional en seis consultorios de los Policlínicos Docentes "Vedado", "Dr. Diego Tamayo" y "Héroes de Girón" de los municipios Plaza de la Revolución, Habana Vieja y Cerro, respectivamente. Se entrevistaron y examinaron 329 pacientes mediante un modelo de datos que permite relacionar estilos de vida y adherencia al tratamiento. Se encontró que 37,4 % de adherencia y se relacionó favorablemente con la edad, el sexo, la escolaridad, la actividad física, el vivir acompañado, la dieta adecuada y la asistencia regular a consultas. Se encontró una tendencia favorable a la adherencia terapéutica farmacológica en las edades entre 41y 50 años (48,8 %), el sexo femenino (42,0 %), el color mestizo de la piel (43,3 %), el nivel universitario de escolaridad (53,1 %), el vivir acompañado (39,0 %), realizar ejercicio físico (46,3 %), ingerir poca sal (38,2 %), comer abundantes fruta y vegetales (44,1 %), ingerir poca grasa (39,0 %) y se relacionaron desfavorablemente con ella la edad menor de 30 años (25,0 %), el sexo masculino ((30,9 %), el color negro de la piel (25,4 %), no tener vínculo laboral (25,0 %), y vivir

solo (28,3 %). Medir la adherencia es difícil y ningún método sea directo o indirecto está exento de limitaciones. La combinación de métodos indirectos utilizada constituye un procedimiento factible, económico y útil para medir la adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva tanto en pacientes individuales como en estudios de población, lo que resulta útil ya que se estima que los métodos indirectos tienden a sobre estimar el cumplimiento.⁸ El estudio sugiere emplear el procedimiento utilizado y tener en cuenta las variables consideradas para definir el perfil de la adherencia terapéutica. En el estudio 153 pacientes (46,5 %) estaban controlados y de ellos 92 (60,1 %) estaban adheridos al tratamiento de acuerdo al método utilizado, sugiriendo una relación entre la adherencia y el control y este último se considera un método indirecto de evaluarla. Este estudio mostró que los menores de 30 años y del sexo masculino tenían baja adherencia, los últimos sólo de 30,9 %. En relación con el grupo étnico, los de piel mestiza y blancos exhibieron una adherencia terapéutica de 43,3 % y 38,9 % respectivamente, el grupo negroide de 25,4 %. El nivel de escolaridad es importante pues los universitarios alcanzaron una adherencia de 53,1 % muy superior al resto de los grupos, lo que es lógico por la mayor posibilidad de comprender las orientaciones sanitarias.

Las personas con vínculo laboral presentaron una elevada adherencia (41,5 %) y los que no trabajan tuvieron un bajo porcentaje de cumplimiento (24 %). La convivencia con otras personas se relacionó con una mejor adherencia, al contrario el vivir solo mostró el 28,3 % una baja red social es causa de no adherencia.

La combinación de métodos indirectos utilizados en este estudio resulta factible, económica y útil para medir adherencia terapéutica.

Las variables sociodemográficas estudiadas ayudan a definir el perfil de la adherencia.

Bach. Apaza Argollo Gaby Andrea, llevó a cabo el estudio: “Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de EsSalud - Red Tacna - Febrero 2013”, para optar el título de médico cirujano en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna – Perú, este tuvo como objetivo: Determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud - Red Tacna Febrero 2013. Se realizó un estudio correlativo, prospectivo y observacional, en el que se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando un cuestionario estructurado sobre datos solicitados por el investigador, que incluyó las preguntas del test de Morisky-Green, y se procedió a tomar la medición de los niveles de presión arterial. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA ($p=0,019$), además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes ($OR=1,93$). Se concluye que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. ($p=0,001$).

Md. Carhuallanqui Rolando, Md. Diestra-Cabrera Gabriela, Md. Tang - Herrera Jessica, Md. Málaga Germán, llevaron a cabo el estudio: “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General”. Revista Médica Herediana Vol. 21 Nro. 4 Año 2010 Lima - Perú, este tuvo como objetivo determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Se realizó

un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky - Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. Obtuvieron como resultados que el 80,6% de los/as participantes tenía 60 años o más, 69,9% era del sexo femenino y 77% tenían un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 6,8% era analfabeto y 52,4% tenía grado de instrucción primaria. Se encontró control de la presión arterial en 62,1% de pacientes. Se halló asociación estadística entre los pacientes adherentes y el estado civil viudo ($p < 0,05$) y entre pacientes hipertensos controlados y pacientes adherentes, constituyendo los pacientes controlados 62,1% y de estos el 92,1% eran adherentes. Concluyendo que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%.

Bach. Romero Marco, Bach. Tanchiva Pedro, llevó a cabo el estudio: “Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión Arterial primaria en adultos del CAP III-Metropolitano Iquitos – EsSalud. 2011”, para optar el título de Químico Farmacéutico en la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, con el objetivo de determinar el nivel de adherencia al programa de tratamiento de la HTA primaria en adultos hipertensos del mencionado establecimiento. El estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, transversal. Fue medido a través de la aplicación del cuestionario MBG (Martín-Bayarré-Grau). La muestra estuvo constituida por 62 pacientes, 36 (58.1%) mujeres y 26 (41.9%) hombres, que acudieron al Programa para su control y continuación del tratamiento en el referido Centro Metropolitano. Concluyendo que el nivel de adherencia terapéutica al tratamiento de HTA encontrado fue: Adherencia Parcial con 29.14 puntos (57.29%), para el total de la población encuestada con el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). La falta de adherencia al programa para

adultos hipertensos del CAP III-Metropolitano Iquitos –EsSalud, hallada fue de 42.71%. Las categorías que recorren la definición operacional de adherencia terapéutica según los ítems evaluados determinaron que: El Cumplimiento del tratamiento que es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas fue 174 puntos, la implicación personal, que es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios fue 185, la relación transaccional que es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir, que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos fue 178.

Bach. Cáceres Soto, Flor de María, Bach. Cuno Almirón Abigail , llevaron a cabo el estudio: “Algunos factores relacionados con el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores” en el Centro Médico EsSalud Hunter, Arequipa 2008 – 2009, para optar el título profesional de Enfermera en la Universidad Nacional de San Agustín, este tuvo como objetivo determinar la relación de los factores biológicos, sociales y culturales con el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores en el mencionado centro médico. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con un diseño relacional, se utilizó como instrumento, el formulario estructurado: Factores biológicos, sociales y culturales, Conocimiento sobre la hipertensión arterial y la Escala de likert - validados en el estudio - , se entrevistaron a 119 adultos mayores. Se obtuvieron como conclusiones que: el sexo es el factor biológico que se relaciona de manera significativa con el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, no siendo así la edad y enfermedades crónicas agregadas. Se observa que las mujeres son las que más incumplen el tratamiento. El pertenecer a un grupo organizado y el medio de transporte utilizado por los adultos

mayores para dirigirse al centro médico de EsSalud – Hunter son los factores sociales que se relacionan con el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo de manera significativa. Los adultos mayores que no pertenecen a algún grupo organizado y los que acuden al centro médico en transporte público (taxi o combi) son los que presentan mayor porcentaje de incumplimiento. El adquirir información de la hipertensión arterial a través de medios ajenos al centro médico de EsSalud - Hunter y el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial de los adultos mayores son los factores culturales que se relacionan con el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo de manera altamente significativa en la población de estudio, no siendo así el grado de instrucción y la actitud frente a su enfermedad y tratamiento.

Marco Antonio Padilla Cabello, llevó a cabo el estudio: “Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM”, para optar el grado de magíster en Salud Pública en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, este tuvo como objetivo conocer la influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial para la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se realizó estudio fue observacional de tipo comparativo en la población de pacientes de ESSALUD del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mártins, atendidos en los consultorios externos de cardiología entre Enero y Junio del 2007 a través de encuestas de tipo cuestionario múltiple que incluyó información sobre edad y sexo, en las que posteriormente se determinaron 2 grupos de pacientes denominados adherentes y no adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial utilizando para esta clasificación el cuestionario de auto-reporte de Morisky. Obtuvieron como resultados que se estudió 153 pacientes de los cuales 45.8% fueron adherentes y 54.2% no adherentes. Se observó que el

promedio de edad fue significativamente mayor en el grupo de no adherentes ($p < 0.001$). Los no adherentes tuvieron más fuertes representaciones emocionales ($p = 0.003$). Se encontró una correlación significativa entre edad y percepción acerca del tratamiento (spearman's rho: -0.242). Los adherentes tuvieron más altos scores acerca de la necesidad del tratamiento para la hipertensión arterial ($p = 0.003$) y en el grupo de no adherentes tuvieron más alta preocupación específica al tratamiento ($p = 0.024$). Se concluyó que la edad, los factores emocionales relacionados a la percepción de la enfermedad, la comprensión de la enfermedad y las creencias acerca del tratamiento están fuertemente relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

4. Objetivos

- a. Describir las características de los pacientes hipertensos, tratamiento y suministro de medicamentos en la Posta Médica Pedregal EsSalud.
- b. Establecer cómo es la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud.
- c. Precisar cuáles son los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud.

5. Hipótesis

Dado que, los pacientes con hipertensión arterial requieren de un tratamiento farmacológico establecido por las guías y normas técnicas, el cual puede ser influenciado por múltiples factores intrínsecos o extrínsecos al paciente, así como de diferente índole (personal, social, etc.)

Es probable que estos factores influyan de forma significativa en la adherencia al tratamiento farmacológico, teniendo un impacto importante en su salud así como en la salud pública.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO	
Factores que se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo	Sexo	TECNICA DE COMUNICACIÓN CUESTIONARIO	P.1	CÉDULA DE CUESTIONARIO
	Edad		P.2	
	Grado de Instrucción		P.3	
	Estado civil		P.4	
	Situación laboral		P.5	
	Suministro de Medicinas		P.6	
	Relación con el profesional de salud		P.7	
	Carácter asintomático de la enfermedad		P.8	
	Ineficacia percibida del medicamento		P.9	
	Apoyo social percibido		P.10	
	Esquema terapéutico	TECNICA DOCUMENTAL OBSERVACIÓN	H. Clínica	FICHA DE OBSERVACIÓN
	Co – morbilidad			
Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Adherente	TECNICA DE COMUNICACIÓN CUESTIONARIO	P.11	CÉDULA DE CUESTIONARIO
			P.12	
			P.13	
	No adherente		P.14	

Materiales de verificación: hojas papel bond, lapiceros, corrector, etc.

1. Campo de verificación

1.1. Ubicación espacial

1.1.1. Precisión del lugar

La investigación se realizará en el ámbito general de:

- País: Perú.
- Región: Arequipa.
- Provincia: Caylloma
- Distrito: El Pedregal

Y en el ámbito específico de la Posta Médica Pedregal EsSalud

1.1.2. Caracterización del lugar

La Posta Médica Pedregal EsSalud, se caracteriza por ser un establecimiento nivel I - 2 que presta servicios de salud a población asegurada adscrita a su establecimiento, forma parte de la Red Pedregal – La Joya.

1.2. Ubicación temporal

1.2.1. Cronología

La investigación corresponde a Marzo 2016 a Mayo 2016

1.2.2. Visión temporal

Prospectivo.

1.2.3. Corte temporal

Transversal.

1.3. Unidades de estudio

1.3.1. Universo

A. Universo cualitativo

a. Criterios de inclusión

- Pacientes hipertensos adscritos en la Posta Médica Pedregal EsSalud.
- Pacientes que cursen con un cuadro de hipertensión arterial primaria.

b. Criterios de exclusión

- Pacientes que cursen con un cuadro de hipertensión arterial secundaria.

B. Universo cuantitativo

El universo de esta investigación es de 102 pacientes hipertensos, adscritos a la posta médica pedregal EsSalud que reciben tratamiento en dicho centro.

1.3.2. Muestra

A. Criterios estadísticos

a. Confiabilidad

En este trabajo de investigación se utilizó una muestra con 95% de confiabilidad.

b. Margen de error

En este trabajo de investigación se utilizó una muestra con 0.05% de margen de error.

c. Probabilidad

La probabilidad del presente trabajo de investigación es 50%.

B. Tamaño de la muestra

A. Tamaño de la muestra

$$M = \frac{400}{1 + \frac{400}{N}}$$

$$N = 102$$

$$M = 81.27$$

$$M = 81$$

B. Tipo de muestreo

No probabilístico-intencional.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

3.1.1 Autorización

Se solicitará el permiso para la realización del proyecto de investigación a la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de ESSALUD.

3.1.2 Prueba Piloto

Se efectuará una prueba piloto en 10 pacientes que acudan al establecimiento, que reúnan las condiciones de inclusión establecidas.

3.2. Recursos

3.2.1 Humanos

Investigador : Katherine Quispe Medina

3.2.2 Físicos

Se utilizará las instalaciones de la Posta Médica Pedregal

Material de escritorio.

Materiales electrónicos (PC-dotado con software convencional, Impresora, Fotocopiadora)

3.2.3 Económicos

El valor de la investigación asciende a un aproximado de s/. 800.00 (ochocientos nuevos soles), financiado por la investigadora.

3.2.4 Institucionales

Ninguno

3.3. Validación del instrumento

La ficha de observación no requiere de validación por tratarse de un instrumento para recolectar información.

La Escala de apoyo social de Duke evalúa el apoyo de los pacientes por la familia y su funcionamiento social. Los coeficientes de correlación intraclase de los 11 ítems del Duke-UNC-11 fueron superiores a 0,50, tanto si eran autocumplimentados como con entrevistador; los de la escala fueron 0,92 y 0,80, respectivamente. El análisis factorial separó dos subescalas, el apoyo confidencial (7 ítems) y el apoyo afectivo (4 ítems). La consistencia interna de la escala y subescalas en su conjunto es bastante buena, y no es necesario extraer ningún ítem para mejorarla, con un valor alfa de la escala de 0,90.³⁸

El test de Morisky-Green está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA).³⁹ Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se

³⁸Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria 1996;18:153-63

³⁹Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24:67-74.

asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No.⁴⁰

a) **Procedimiento**

La prueba piloto se realizará a 10 pacientes hipertensos adscritos a la Posta Médica Pedregal que acudan y que reciban tratamiento regularmente y que cumplan con los criterios de inclusión.

b) **Finalidad**

La finalidad de la prueba piloto es: juzgar cuan eficaz y pertinente resultaría la investigación con las unidades de estudio.

Perfeccionar las preguntas, saber si los pacientes tenían dificultades con la resolución del cuestionario.

Y para saber cuánto tiempo tomaría el realizar esta prueba a cada paciente hipertenso.

⁴⁰Rodríguez MA, García-JiménezE, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40(8):413-7

4. Estrategia para manejar resultados

4.1. Sistematización de datos

4.1.1 Tipo de sistematización : Manual y electrónica

4.1.2 Plan de operación

CLASIFICACIÓN: Se efectuará una plantilla esquemática de la matriz de clasificación.

CODIFICACIÓN: Se presentará un sistema de codificación en base a dígitos.

RECuento: Se realizará un recuento de tipo mixto, en base a una matriz de conteo.

ANÁLISIS:

- Tipo de análisis : Bivariado
- Tratamiento estadístico : Se utilizará una tabla de frecuencias y se aplicará las medidas de tendencia central: media aritmética, mediana, moda; además de medidas de dispersión como la desviación estándar.
- Manejo estadístico : para el análisis de los datos se utilizó la hoja de cálculo de excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS 21.
- Pruebas Estadísticas : Se utilizará chi cuadrado de independencia

TABULACIÓN: Se efectuará cuadros de entrada simple y de doble entrada.

GRAFICACIÓN: En base a la aplicación de gráfico circular 3D y columnas agrupadas.

Estadística Descriptiva:

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias para las variables cuantitativas en estudio.

Estadística Analítica:

En el análisis estadístico se hará uso de la prueba Chi Cuadrado (χ^2), para las variables cualitativas; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Responsables	Año 2015				Año 2016											
		Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Planificación y elaboración del proyecto	Investigador Asesor	x	x														
Presentación y aprobación del proyecto	Investigador			x	x	x	x										
Recolección de datos	Investigador							x	x	x	x						
Procesamiento y análisis	Investigador Estadístico											x	x				
Elaboración del informe final	Investigador													x	x	x	x

ANEXO N° 2: FICHA DE DATOS

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO

1. Sexo:
 - a) Femenino
 - b) Masculino
2. Edad :
 - a) De 18 a 29 años
 - b) De 30 a 59 años
 - c) De 60 años a más
3. Grado de instrucción
 - a) Analfabeto
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Técnico
 - e) Superior
4. Estado civil
 - a) Soltero
 - b) Casado
 - c) Conviviente
 - d) Divorciado
 - e) Viudo
5. Situación laboral
 - a) Independiente
 - b) Dependiente
 - c) Jubilado
 - d) Actualmente desempleado
6. Cuando acude por sus medicamentos al establecimiento de salud, normalmente los encuentra disponibles:
 - a) Si
 - b) No
7. ¿Cómo percibe la relación entre los profesionales de la salud que lo atienden y usted?
 - a) Buena
 - b) Mala
8. Cuando usted se siente bien y no tiene mayores molestias ¿Deja de tomar el tratamiento?:

- a) Si
- b) No

9. Usted ha dejado de tomar sus medicamentos porque siente que no han hecho el efecto de mejoría que esperaba:

- a) Si
- b) No

10. Cuestionario de Duke

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACION TOTAL					

Interpretación:

Apoyo social percibido escaso o bajo: puntuación ≤ 32

Apoyo social percibido normal: puntuación ≥ 33

ANEXO N° 3

FICHA DE OBSERVACIÓN

Esquema terapéutico	
Monoterapia	
Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II (IECA)	
Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II)	
Beta-bloqueadores (BBs)	
Bloqueadores de los canales de calcio (BCC)	
Diuréticos tipo tiazidas	
Diuréticos de asa	
Diuréticos anti – aldosterona	
Politerapia	
IECA + ARA II	
ARA II + Diuretico tiazida	
IECA + Diuretico tiazida	
BBs + Diuretico tiazida	
IECA + BCC	
ARA II + BCC	
ARA II + Diuretico tiazida + BCC	

Co – morbilidad	
a) Ninguna	
b) Diabetes mellitus	
c) Enf. Cardiovasculares	
d) Dislipidemias	
e) Enf. Renales	
f) Otra co – morbilidad	
g) Más de una co – morbilidad	

TEST DE MORISKY GREEN

11.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	a) Si	b) No
12.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	a) Si	b) No
13.- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	a) Si	b) No
14.- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	a) Si	b) No
ADHERENTE		
NO ADHERENTE		



ANEXO N° 4:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores responsables: Lic. Katherine Milagros Quispe Medina

Título del Proyecto: *FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA POSTA MÉDICA PEDREGAL ESSALUD. 2016.*

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito precisar cuáles son los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud.

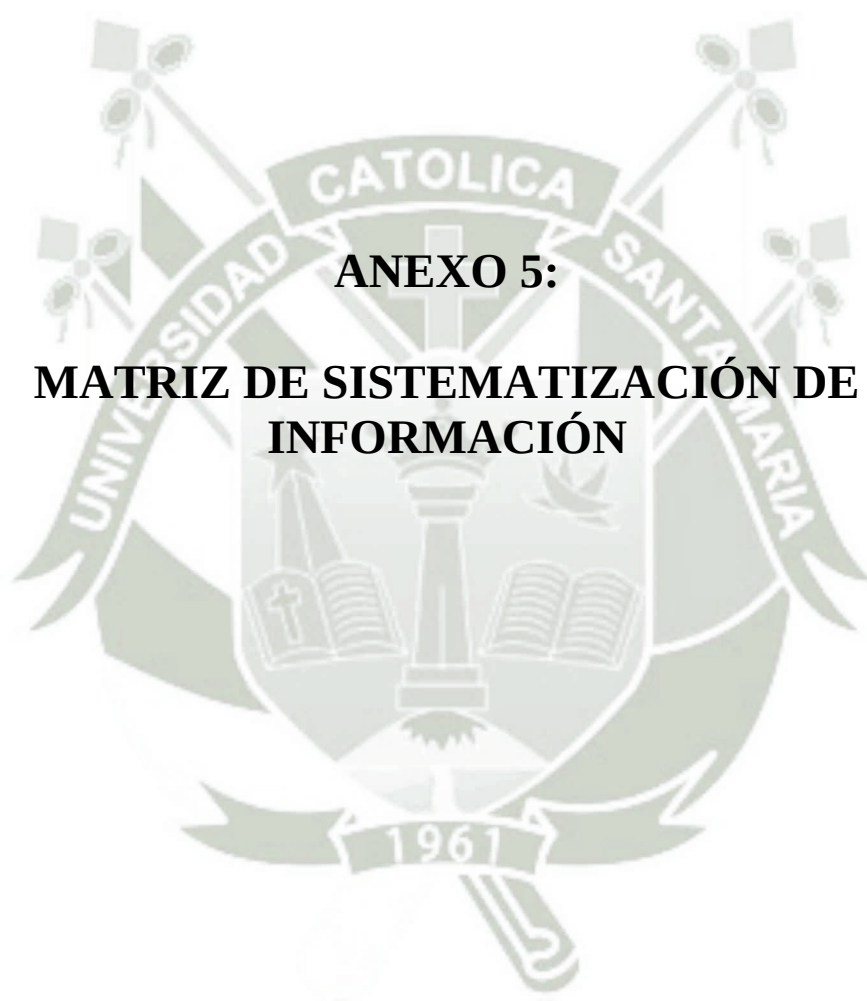
Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas también por la investigadora responsable del proyecto.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado (a) u obligado (a).

.....
INVESTIGADOR RESPONSABLE

.....
USUARIO (A) PARTICIPANTE



ANEXO 5:
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE
INFORMACIÓN

n°	1 sexo	2 edad	3 instr	4 E civil	5 Sit la	6 Dispon	7 Relac	8 Deja m	9 Mej	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6	D 7	D 8	D 9	D 10	D 11	Punt Duke	Nivel Duke	MG 11	MG 12	MG 13	MG 14	Adherencia	IECA	ARA II	BBs	BCC	Tiazidas	ASA	nti-Aldoster	Tipo Trtatam	IECA + ARA II	ARA II + Tiazid	IECA + Tiazida	BBs + Tiazida	IECA + BCC	ARA II + BCC	II + Tiazida +	Ninguna	DM	Enf cardiov	Dislipidemia	Enf rena	Otra	Mas de 1		
1	2	3	5	5	3	1	1	2	2	4	4	3	4	1	2	2	2	2	3	1	28	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-				
2	2	3	3	2	3	1	1	2	2	5	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	50	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	1	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-			
3	2	3	5	5	3	1	1	2	2	1	2	2	3	2	3	1	1	1	2	2	21	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	1	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-			
4	2	3	1	2	1	1	1	2	2	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	4	44	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	AR	-			
5	1	3	4	1	2	1	1	2	2	3	3	3	4	5	4	4	4	3	3	2	38	Normal	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		
6	2	2	3	2	2	1	1	2	2	4	4	3	2	3	4	4	4	5	5	5	43	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-			
7	2	3	3	5	3	1	1	2	2	5	5	4	4	3	1	4	5	5	4	5	45	Normal	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-		
8	2	3	5	4	3	1	1	2	2	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	35	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-			
9	2	3	5	5	3	1	1	2	2	1	3	5	2	2	1	2	3	2	1	4	26	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	1	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-			
10	2	3	4	2	3	1	1	2	2	1	1	1	3	3	2	3	4	1	1	1	21	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-			
11	2	3	4	4	3	1	1	2	2	4	4	5	5	4	4	4	3	3	3	3	42	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-			
12	2	3	1	3	1	2	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	5	1	2	37	Normal	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
13	1	3	2	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	2	3	4	3	3	2	3	32	Bajo	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		
14	1	2	2	2	4	1	1	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	36	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-		
15	2	3	5	5	3	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	28	Bajo	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		
16	2	3	3	2	1	1	1	2	2	5	4	5	5	4	3	4	5	5	4	4	48	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-		
17	1	3	3	2	4	1	1	2	2	1	1	1	2	4	4	4	4	5	5	4	35	Normal	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
18	1	3	3	5	3	1	1	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	29	Bajo	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		
19	1	3	5	3	4	1	1	2	2	4	4	4	4	4	5	5	2	2	3	2	39	Normal	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-		
20	2	3	5	3	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	3	3	3	5	5	5	32	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		
21	1	3	3	5	3	1	1	2	2	3	3	2	4	3	3	3	3	3	2	3	32	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
22	2	2	4	2	3	1	1	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	44	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
23	1	3	4	2	4	1	1	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	44	Normal	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
24	2	3	3	2	1	1	1	2	2	2	3	2	3	5	4	5	5	4	4	5	42	Normal	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
25	2	3	4	2	3	2	1	2	2	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	37	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
26	1	2	5	2	4	1	1	2	1	4	4	4	4	5	5	4	4	5	3	3	45	Normal	0	1	0	0	Adherente	1	-	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
27	2	3	5	2	1	1	1	2	2	2	2	1	4	4	4	4	5	4	5	5	40	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	1	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	
28	1	3	5	2	3	1	1	2	2	5	5	3	3	1	1	1	1	1	2	2	25	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	1	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Cirrosis, artrosis		
29	1	2	4	2	3	1	1	2	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	43	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
30	1	3	5	5	4	1	1	2	1	4	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	28	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
31	1	3	5	5	4	1	1	2	2	1	1	2	4	5	5	3	4	4	4	4	34	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
32	2	3	4	2	3	1	1	2	2	3	4	2	2	3	4	1	1	1	1	2	24	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	-	1	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
33	1	3	3	2	4	1	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2	3	23	Bajo	0	1	0	0	Adherente	-	1	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
34	2	3	5	5	3	1	1	2	2	5	1	1	1	4	4	4	4	4	3	5	36	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
35	2	3	4	2	3	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	4	4	3	5	37	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	1	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
36	2	2	3	2	1	1	1	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	5	42	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
37	2	3	5	5	1	2	1	2	2	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	37	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	1	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
38	2	3	4	2	3	1	1	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	42	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
39	2	3	5	3	1	1	1	2	2	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	5	41	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	-	-	-	-	-	-	Politerapia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
40	1	3	3	2	4	1	1	2	2	4	4	4	3	5	5	4	3	4	1	1	38	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	1	-	-	-	-	-	Monoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
41	2	3	5	1	3	1	1	2	2	3	3	3	3	4	4	5	3	2	5	5	40	Normal	0	1	0	0	Adherente	-	1	-	-																				



ANEXO N° 6:
PERMISOS -
CONSTANCIA DE EJECUCIÓN



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

CARTA N° 021 CIA-OCID-GRAAR-ESSALUD-2016

Arequipa, 29 marzo del 2016

Lic. (Enf.)
Katherine Milagros Quispe Medina
Alumna de la Maestría en Salud Pública Universidad Católica de Santa María
Presente.-

Ref.: Solicitud de fecha 08-03-2016

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación

Mediante la presente me dirijo a usted con un saludo cordial y en atención al documento de la referencia manifestarle que, el Proyecto de Investigación presentado y denominado, "**Factores que se asocian a la Adherencia al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en Pacientes de la Posta Medica Pedregal EsSalud. Arequipa. 2016**", es favorable ante el Comité de Investigación Académica de la Red Asistencial Arequipa para su ejecución.

La presente autorización no constituye certificación de que el trabajo haya sido realizado en nuestras instalaciones, por lo tanto deberá recabar de nuestra oficina la certificación, previa presentación de un ejemplar del trabajo final, luego de ser sustentado y aprobado, el mismo que será incluido como material de consulta en nuestra Biblioteca.

El informe final del trabajo deberá guardar estricta reserva (anonimato) respecto al sujeto de estudio y datos personales de identificación directa o indirecta.

Atentamente,


Dra. María Teresa Meza Aragón
Presidenta de Investigación Académica
RED ASISTENCIAL AREQUIPA


MTMA/nhm
c.c. Archivo
NIT: 1313/2016/3834

www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

CARTA N° 282 OCID-CIA-GRAAR-ESSALUD-2016

Arequipa, 29 marzo del 2016

Dr. Richard Vargas Sueros
Director de la Posta Médica Pedregal
Red Asistencial Arequipa – EsSalud
Presente.-

Referencia: Carta N° 021 CIA-OCID-GRAAR-ESSALUD-2016

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación



A través de la presente me dirijo a usted con un saludo cordial y en atención al documento de la referencia manifestarle que, el Proyecto de Investigación denominado, "Factores que se asocian a la Adherencia al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en Pacientes de la Posta Medica Pedregal EsSalud. Arequipa. 2016", presentado por la Lic. Katherine Milagros Quispe Medina, Alumna de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Católica de Santa María se opina favorablemente para su ejecución.

Para tal efecto solicitamos se le brinde el apoyo y las facilidades que requiera la mencionada licenciada para la realización de su proyecto.

Atentamente,



Jr. Federico Dongo Ortega
JEFE UNIDAD CAPACITACIÓN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
GERENCIA RED ASISTENCIAL - AREQUIPA


FDO/MTMA/nhm
c.c. Archivo
NIT: 1313/2016/3834



Recibido
02/04/2016

www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

CONSTANCIA

El director de la Posta Médica Pedregal Red Asistencial Arequipa - EsSalud, hace constar que la señorita:

KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA

Licenciada en enfermería, ha desarrollado la investigación del proyecto de tesis titulada "FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA POSTA MEDICA PEDREGAL ESSALUD. AREQUIPA. 2016", para optar el grado de Magister en Salud Pública.

Se expide el presente a solicitud de la interesada para los fines que crea por conveniente.

Pedregal, 07 de Septiembre del 2016


Dr. Reynaldo Carbajal Camacho
Medico Cirujano
CMP 40630
Jefe de la Red Pedregal - La Joya



www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370