

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES RELACIONADOS A NO ADHERENCIA
FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA, 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

CRISTINA ÉLIDA ROCA CAMBORDA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ
2018**

ASESORA:
Dra. Leny Bravo Luna

AGRADECIMIENTO:

Al Dr. Parra Galván, Médico cardiólogo asistente del Hospital María Auxiliadora, por su invaluable apoyo para la ejecución de la presente investigación.

DEDICATORIA

A Dios por su gracia y favor derramado sobre mi familia.

A mis padres, ya que sin su ayuda incondicional no podría hacer realidad mi desarrollo personal y académico.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores relacionados a no adherencia farmacológica en hipertensos en el Servicio de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora en diciembre del 2017.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, descriptivo y transversal en 100 hipertensos entrevistados con Test de Morisky-Green-Levine para adherencia farmacológica y un cuestionario para valorar los factores relacionados validado por Ortiz el 2010. Se realizó el análisis estadístico descriptivo trasversal.

RESULTADOS: La no adherencia farmacológica fue 57%. Los factores socioeconómicos fueron: 94.7% no tenían capacidad de compra de medicamentos y 63.2% no tenían capacidad de compra de los cambios en la dieta recomendada. Los factores del sistema y equipo de salud fueron: 33.3% tenían dificultades para el acceso al cuidado por cobertura de sistema asistencial (no tenían seguro de salud). Los factores de la terapia fueron: 80.7% no tenían comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios, 15.8% tenían efectos adversos y 36.8% tenían dificultades para cumplir la terapia farmacológica. Los factores del paciente fueron: 14% no tenían conciencia de su enfermedad, 29.8% no tenían conciencia de su rol en el autocuidado de su salud y 17.5% tenían malas creencias sobre el tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES: Se encontraron factores económicos, del sistema y equipo de salud, de la terapia y del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica entre los pacientes hipertensos de un hospital público.

Palabras claves: hipertensión arterial, adherencia farmacológica, factores relacionados.

ABSTRACT

OBJECTIVE:

Decide the factors related with non-drug adherence in hypertensive patients in the Cardiology Service at the María Auxiliadora Hospital in December 2017.

METHODOLOGY: Observational, descriptive and cross-sectional study in 100 hypertensive patients interviewed with the Morisky-Green-Levine test for pharmacological adherence and a questionnaire to assess the associated factors validated by Ortiz in 2010. The descriptive statistical

RESULTS: Pharmacological nonadherence was 57%. The socioeconomic factors were: 94.7% did not have the capacity to purchase medications and 63.2% did not have the capacity to purchase changes in the recommended diet. The factors of the health system and equipment were: 33.3% had difficulties in accessing care for coverage of the healthcare system (they did not have health insurance). The factors of the therapy were: 80.7% did not have an understanding of the indications about the use of the drug in schedules, 15.8% had adverse effects and 36.8% had difficulties to comply with the pharmacological therapy. The patient's factors were: 14% were not aware of their disease, 29.8% were not aware of their role in self-care of their health and 17.5% had bad beliefs about drug treatment.

CONCLUSIONS: We found economic factors, the health system and equipment, the therapy and the patient related with non-drug adherence among hypertensive patients in a public hospital.

Key words: arterial hypertension, pharmacological adherence, related factors

PRESENTACIÓN

El tratamiento irregular del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial no permite un buen control ni alcanzar los objetivos terapéuticos, y así, evitar los daños severos que esta ocasiona en los órganos blancos, lo que eleva la morbimortalidad relacionado a la hipertensión arterial.

La no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos representa una oportunidad de mejora en la atención de salud que se puede alcanzar si se conocen con precisión los principales factores relacionados modificables que contribuyen a su presencia.

La investigación se realizó en un establecimiento del ministerio de salud del Hospital María Auxiliadora, en el servicio de cardiología tiene una población hipertensa cautiva importante sobre el cual se dirigen los esfuerzos para mejorar la adherencia farmacológica y disminuir los factores de riesgo cardiovascular en pobladores peruanos.

Consta de cinco capítulos:

En el primer Capítulo se plantean el problema, los objetivos y la justificación del estudio.

En el segundo Capítulo II está el resumen de la literatura médica luego de haber realizado la revisión sistemática de los estudios publicados sobre el tema.

El tercer Capítulo contiene la metodología aplicada, el instrumento, método de recolección de datos y el análisis estadístico de los mismos.

En el cuarto Capítulo se presentan y discuten los resultados obtenidos en el estudio.

Para finalmente, en el quinto Capítulo realizar las conclusiones de la investigación y las recomendaciones pertinentes.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
ASESORA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
PRESENTACIÓN.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 OBJETIVOS.....	6
1.5 PROPÓSITO	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	8
2.2 BASES TEÓRICAS	16
2.3 HIPÓTESIS	30
2.4 VARIABLES.....	30
2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	33
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36

3.6	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	37
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		38
4.1	RESULTADOS	38
4.2	DISCUSIÓN	51
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		56
5.1	CONCLUSIONES.....	56
5.2	RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		59
ANEXOS.....		69

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: Características generales de los pacientes hipertensos encuestados, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	38
TABLA N° 2: Frecuencia de no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	41
TABLA N° 3: Factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	43
TABLA N° 4: Factores del sistema y equipo de salud relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	45
TABLA N° 5: Factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	47
TABLA N° 6: Factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: Distribución según sexo de los pacientes hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	39
GRÁFICO N° 2: Distribución según grupos etáreos de los pacientes hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	39
GRÁFICO N° 3: Adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	41
GRÁFICO N° 4: Factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	44
GRÁFICO N° 5: Factores del sistema y equipo de salud relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	45
GRÁFICO N° 6: Factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	48
GRÁFICO N° 7: Factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.....	49

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 01: Operacionalización de variables.....	70
Anexo N° 02: Ficha de datos.....	72
AnexoN° 03: Consentimiento informado.....	74
Anexo N° 04: Carta de aceptación para realizar investigación	75
Anexo N° 05: Matriz de consistencia	76

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) representa un problema de la salud pública mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ cuya tasa de prevalencia mundial en adultos es 22% con tendencia a aumentar progresivamente en los próximos años. A nivel mundial, aproximadamente unos 691 millones de personas sufren esta enfermedad no contagiosa. Se calcula que las patologías cardiovasculares originan 150 millones de muertes al año, siendo 72 millones por enfermedades coronarias y 46 millones por enfermedad vascular encefálica. Se ha demostrado que la HTA se relaciona con la mayoría de estas muertes^{1,2,3}.

Las últimas tres décadas, en la mayor parte de países, se ha incrementado la expectativa de vida y actualmente viven más ancianos que antes, observándose entonces, mayores tasas de hipertensión arterial en estos grupos etáreos, aunque, está claro que, no son enfermedades ocasionadas por el envejecimiento a pesar que alrededor del 50% de las personas mayores de 50 años cursa con hipertensión arterial⁴. Diversos países reportan que la hipertensión arterial es su primera causa de consulta médica ambulatoria y de tratamiento farmacológico^{1,5}.

En América, la mortalidad urbana por hipertensión arterial según la OPS en 12 países entre 1962 y 1964 en población entre los 15-74 años oscilaban entre 34.2 por 100 000 habitantes en Brasil y 8.3 por 100 000 en Guatemala. En el mismo estudio, el Perú presenta 23.6 por 100 000 habitantes⁶. Según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición⁷ desarrollado en México el 2012 (ENSANUT 2012), en los últimos seis años la prevalencia de la hipertensión arterial se incrementó en 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos

mexicanos y 47.3% de adultos hipertensos no sabían que tenían hipertensión arterial .

En Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2014 (ENDES 2014)⁸ la prevalencia de HTA en adultos fue 16.5%. Ese mismo año, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁹ reporta una prevalencia de HTA en 14.8% en mayores de 15 años, siendo los varones los más afectados (18.5%) que las mujeres (11.6%), mayor en pobladores de Lima (18.2%), luego la costa sin Lima (15.5%) y con menor prevalencia en la en la sierra (12%) y selva (11.7%).

En el estudio PREVENCIÓN, el 47.9% de los sujetos estudiados sabía que tenía el diagnóstico hipertensivo, de estos, el 39.5% recibían tratamiento farmacológico y sólo el 14% lograron controlar su presión arterial¹².

La adherencia farmacológica es el grado de cumplimiento del paciente para cumplir las prescripciones médicas en relación al uso de los medicamentos antihipertensivos, los cuáles pueden ser esquemas únicos o combinados¹¹. A nivel nacional, el bajo grado de adherencia farmacológica representa un problema no identificado o poco investigado en la práctica clínica porque a pesar de contar con instrumentos validados éstos no son empleados rutinariamente ya sea porque no hay interés en el médico tratante o porque tiene poca capacitación para su aplicación y valoración⁵. Es más, existe evidencia que la baja adherencia farmacológica afecta a muchos pacientes hipertensos en todas las series¹². En la revisión de la literatura médica, se han demostrado la relación directa con diversos factores socio-epidemiológicos y clínicos, aunque, su importancia varía de una serie a otra.

Por ello, fue importante conocer el nivel de adherencia farmacológica en los hipertensos atendidos en consulta externa del Servicio de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora (HMA) información que era desconocida.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL:

- ¿Cuáles son los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en los hipertensos atendidos en consulta externa del Servicio de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora en el mes de diciembre del 2017?

1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICOS:

- ¿Cuál es la frecuencia de no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital María Auxiliadora?
- ¿Cuáles son los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos?
- ¿Cuáles son los factores del sistema y equipo de salud relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos?
- ¿Cuáles son los factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos?
- ¿Cuáles son los factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica en pacientes hipertensos?

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Como existen pocos estudios peruanos que evalúen los factores relacionados a la no adherencia farmacológica de la hipertensión arterial, la investigación aportará datos originales sobre una de las enfermedades más

prevalentes de nuestro medio, en la que, las complicaciones crónicas sistémicas como las enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias, infartos cerebrales, infartos cardiacos, insuficiencia cardiaca crónica), oftalmológicas (retinopatía hipertensiva) y renales (nefropatía hipertensiva) se desarrollarán en el paciente que no logra un adecuado control de la hipertensión arterial porque no sigue las prescripciones médicas dietéticas, de ejercicio y uso de fármacos antihipertensivos. Esta última medida, la más importante, para controlar la hipertensión arterial.

Con estos datos, se podrán hacer sugerencias que tendrán por objetivo prevenir los factores relacionados de mayor impacto para conseguir la adopción de una práctica sostenida del cumplimiento del tratamiento con antihipertensivos hasta lograr la estabilización de la presión arterial en nuestra población, y de manera específica en los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital María Auxiliadora (HMA), en la cual se pretenderá introducir criterios para realizar el diagnóstico de la mala adherencia farmacológica y ejecutar estrategias de intervención educativa e intervención farmacológica para lograr alcanzar los objetivos terapéuticos, lo que contribuirá a reducir las tasas de morbimortalidad en hipertensión arterial.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

De no realizarse la investigación, los hipertensos atendidos en el Hospital María Auxiliadora no podrían beneficiarse de estrategias para valorar y corregir los factores relacionados a mala adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos, y de esta manera, mejorar la calidad en la atención de los servicios médicos ya que se alcanzará minimizar las complicaciones de la hipertensión arterial.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Metodológicamente, el tipo de estudio será una investigación cuantitativa y de diseño observacional, descriptivo y transversal para lograr evidenciar la presencia de los factores relacionados considerados dentro de la investigación, situación que no se podría verificar si se realizara un estudio retrospectivo; la investigación es factible porque se tiene una población objetivo concentrada y de fácil ubicación, que no tiene mayores dificultades para participar del estudio, así como, por su bajo costo fue completamente autofinanciada por la autora de la investigación.

Dado que no se realizaron procedimientos ni usaron fármacos, la investigación no tuvo riesgo de originar iatrogenias ni mala praxis médica en los sujetos de investigación. No requirió aprobación del Comité de ética ya que no vulnera los criterios para investigación en seres humanos señalados en el Código de Nuremberg.

1.3.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

La institución donde se efectuó el estudio se benefició porque la investigación permitirá conocer los factores relacionados sobre los cuales intervenir en futuras estrategias para reducir las tasas actuales de mala adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos, lo que finalmente contribuirá a la reducción de los costos de tratamiento en estos pacientes, ya que, un adecuado control de la Hipertensión arterial evitará el uso de los servicios de emergencia, hospitalizaciones y consulta externa lo que se logrará con la disminución de las complicaciones crónicas y morbimortalidad de la Hipertensión arterial.

La investigación beneficia a la población objetivo porque permite conocer los factores relacionados prevenibles en la no adherencia farmacológica en Hipertensión arterial, y sobre las cuales, posteriormente, se podrán ejecutar acciones de promoción y prevención de la salud que han demostrado ser efectivas para su control.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en los hipertensos atendidos en consultorio externo de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora durante diciembre del 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la frecuencia de la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital María Auxiliadora.
2. Describir los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia farmacológica en pacientes hipertensos.
3. Conocer los factores del sistema y equipo de salud.
4. Describir los factores de la terapia.
5. Conocer los factores del paciente.

1.5. PROPÓSITO

El presente estudio tiene como propósito conocer los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos de un establecimiento de salud público, así como, socializar las herramientas para identificar a estos pacientes para su uso clínico.

Con los hallazgos se podrán planificar y ejecutar estrategias de prevención e intervención educativa y/o farmacológica sobre los factores relacionados en la no adherencia farmacológica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Orellana et al¹⁵.el 2016, en un estudio descriptivo y transversal para conocer los factores relacionados a no adherencia farmacológica en 516 hipertensos hospitalizados mayores de 40 años. Utilizó el test de Morisky-Green-Levine y el cuestionario de Bonilla y De Reales para identificar los factores asociados a no adherencia farmacológica. Con una edad media de 64.27 ± 15.12 años, 54.26% fueron varones. Reporta una prevalencia de HTA de 38.4% y con adherencia farmacológica el 39.9%. Halló que la no adherencia farmacológica se asociaba a factores socioeconómicos (5.21), factores del sistema y equipo de salud (2.42), factores de la terapia (4.31) y los asociados al paciente (15.41). Concluye que existe una alta prevalencia de no adherencia en los hipertensos cuyo factor asociado más importante están relacionados al mismo paciente.

Arévalo et al¹⁶.el 2016, realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer la prevalencia y factores relacionados a la no adherencia farmacológica en 151 pacientes hipertensos a quienes aplicó el test de Batalla e hizo observación directa, el 58.94% eran mujeres, 56.9% habían estado con tratamiento farmacológico menor de 7 años y 84.1% tenían educación primaria o inferior. Encontró que la adherencia global fue 63.6% y tener entre 45-72 años y test de Batalla de no cumplidor fueron factores relacionados para baja adherencia.

Martín et al¹⁷. el 2015, en un estudio descriptivo y transversal para evaluar los niveles de adherencia farmacológica que éstos tenían aplicando el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) que evaluó las dimensiones: personal, relación médico-paciente y cumplimiento de la terapéutica. Reporta una adherencia total en promedio 50% y no adherencia en promedio 12.5% de la población objetivo. Concluye que la adherencia en los hipertensos fue menor a lo esperado porque los pacientes no cumplen las indicaciones médicas. Mejorar la relación entre médicos y pacientes puede lograr un mayor cumplimiento.

Solórzano¹⁸. el 2015, realizó una tesis con diseño descriptivo observacional para determinar la adherencia farmacológica en 110 hipertensos con el test de Morinsky-Green-Levine y otro instrumento para evaluar factores relacionados a la adherencia farmacológica en pacientes con riesgo cardiovascular. La edad media fue 61 ± 13.93 años y 60% eran mujeres. Encontró buena adherencia en el 35% y buen control de hipertensión arterial en 41%. Entre los no adherentes, el 72.7% señaló como causa el olvido del tratamiento, y el 16.4% tenían alto riesgo y no podían tener comportamientos favorables para una buena adherencia. Concluye, la no adherencia farmacológica se relaciona significativamente con la falta de control de la hipertensión arterial.

Piñaloza¹⁹. el 2014, en un estudio descriptivo y transversal determinó los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en 50 hipertensos usando dos cuestionarios (uno para los factores asociados y el test de Morisky-Green). Reporta que la no adherencia farmacológica se presentó en el 58% de la serie, además, un mayor nivel de conocimientos de la hipertensión arterial se relacionaba con mayor nivel de adherencia farmacológica (42.8%) y un bajo nivel de conocimientos se relacionaba con menor nivel de adherencia (62.5%). Halló un nivel alto de creencias incorrectas relacionados con no adherencia (60%). Concluye que los principales factores de no adherencia farmacológica son factores

personales, nivel de conocimientos sobre su enfermedad y creencias incorrectas respecto al tratamiento.

Pérez et al²⁰ .el 2014, en un estudio caso-control identificó factores de riesgo de no adherencia farmacológica en 108 pacientes hipertensos con test de Morinsky-Green. Consideró como caso a hipertensos no adherentes farmacológicos (36 casos) y controles a hipertensos adherentes farmacológicos (72 controles). Reporta que 63.9% de los casos eran masculinos; 66.7% no conocían su enfermedad ; 77.8% con un tratamiento complejo y 69.4% tenían relación médico-paciente desfavorable Concluye que el principal factor relacionado para no adherencia farmacológica en los hipertensos fue una mala relación médico-paciente, seguido de la complejidad del tratamiento, desconocimiento sobre su enfermedad y ser del sexo masculino.

Salcedo y Gómez²¹el 2014, a través de un estudio descriptivo y transversal determinó el nivel de adherencia farmacológica y no farmacológica en 282 hipertensos, la mayoría tenían más de 60 años (50%) y eran del sexo femenino (63.1%). Reporta que 18.4% tenía bajo grado, 47.2% tenía grado intermedio y 34.4% tenía alto grado de adherencia farmacológica. Señala asociación negativa en el grado de adherencia farmacológica con el bajo nivel educativo y bajo nivel socio-económico familiar. Concluyen que la mayoría de hipertensos no tienen un buen grado de adherencia global asociado a baja instrucción y nivel socio-económico bajo, lo que representa un comportamiento inadecuado en este grupo poblacional.

Osorio et al²²el 2013 publicaron en España un estudio descriptivo en el que aplicó un instrumento cualitativo para evaluar el nivel de adherencia farmacológica con captopril y su relación con algunos factores. En una muestra de 114 personas que recibieron captopril, el 37.7% eran no adherentes al tratamiento y asociados significativamente a la presencia de cefalea y ser adulto joven, pero no encontró relación con los factores nivel

educativo, estado civil, tiempo del diagnóstico de hipertensión arterial, tiempo en tratamiento con captopril y cantidad diaria de medicamentos.

Giorgi y et al²³. el 2011, evaluaron la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos asegurados y pertenecientes a un programa para administración de medicamentos y educación en salud. Analizaron prescripciones de 53.261 sujetos, encontrando adherencia farmacológica entre 37 y 59%. No reportan cambios entre una y dos tomas diarias de la medicación con valsartán. Concluyen que la adherencia al tratamiento se asemeja a lo reportado en otros países, siendo mejor en el programa público, porque son poblaciones con diferentes coberturas.

Corugedo et al²⁴. el 2011, en un estudio descriptivo y transversal evaluó el nivel y los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en 351 pacientes aplicando el cuestionario Martín, Bayarre y Grau (MBG) y otro cuestionario que determina los factores relacionados a la no adherencia farmacológica. Hallaron que el 55.6% eran pacientes con adherencia total 36.8% adherencia parcial y 7.7% no adherentes. Con el análisis de regresión logística múltiple los factores relacionados fueron: los efectos indeseables creencias, afrontamiento, autoeficacia y olvido Concluyeron que en su serie predominaron los pacientes adheridos totales.

Contreras²⁵ el 2010, mediante un estudio descriptivo y transversal describe los factores relacionados a la adherencia farmacológica en 276 hipertensos seleccionados aleatoriamente, con una edad promedio de 61.5 años (rango 35-106 años) y 68% del sexo femenino. Aplicó un instrumento validado. Halló buena adherencia farmacológica en el 98%, en los que, 95% tenían apoyo de la familiar para cumplir las prescripciones médicas, 98% conocían las fechas de su cita control. Un 52% refirió tener preocupación por los cambios en sus estilos de vida. Concluye que los pacientes responsables en el cuidado de su salud junto a un programa de salud que promueve mejorar la práctica de estilos de vida saludables favorecen la adherencia terapéutica.

Además, es necesario realizar estrategias para controlar los estados de angustia identificados por el estudio.

Quintana y et al²⁶ el 2009, con un estudio descriptivo determinaron la prevalencia de la adherencia farmacológica en 329 pacientes hipertensos usando el test de Morinsky-Green y test de Batalla. Encontró que 62.2% no tenían adherencia farmacológica. El 47.4% cumplieron con el test de Morinsky-Green, 46.5% tenían control de la presión arterial y el 56.8% que fueron cumplidores con el test de Batalla fueron calificados como adheridos. Demostró buena adherencia farmacológica en pacientes con edad entre 41 y 50 años (48.8%), femeninas (42%), mestizos (43.3%), tener educación superior (53.1%), vivir con compañía (39%), practicar ejercicio físico (46.3%), consumo bajo de sodio (38.2%), consumo abundante de frutas y vegetales (44.1%), consumo bajo en grasa (39%); y, presentaron asociados desfavorable con: edad < 30 años (25%), sexo masculino (30%), raza negra (25.4%), sin trabajo (25%) y solitario (28.3%). Concluye que una buena adherencia farmacológica se observa en pacientes adultos jóvenes, mujeres, buena escolaridad, adecuada actividad física, vivir con compañía, tener una dieta adecuada y asistencia regular a sus controles médicos.

Martín²⁷ el 2009, publicó un estudio descriptivo transversal para describir la adherencia farmacológica y sus factores relacionado en hipertensos atendidos en el nivel primario en municipios de dos provincias del país. En el policlínico Van-Troi encontró adherencia total en el 52.5%, en el policlínico Plaza de la Revolución la adherencia parcial fue 40.7% y en el policlínico Jiguaní tuvo la mayor proporción de pacientes no adheridos en 10%. Reporta como factores relacionados favorables para la adherencia farmacológica a: contar con los medicamentos, conocer el tratamiento farmacológico y sus efectos indeseables y contar con suficientes redes de apoyo. Concluye que la adherencia farmacológica fue menor a lo esperado para la serie, por lo que recomienda desarrollar estrategias de intervención.

García y et al²⁸ el 2009, mediante un estudio descriptivo y transversal determinó los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en 241 hipertensos. Encontró que los antihipertensivos más usados eran captopril, hidroclorotiacida y atenolol. El 31.9% que usaban captopril incumplían el tratamiento y los eventos adversos se presentaron hasta en 31.9%. Los pacientes con menos de 30 años presentaron mayor adherencia. Señalaron que abandonaron su tratamiento al presentar tos, reacciones cutáneas y decaimiento de grado leve. Concluye que el principal factor relacionados a no adherencia farmacológica fueron las reacciones adversas.

Agámez et al²⁹ el 2008, en un estudio descriptivo y transversal identificó los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en 230 hipertensos. La no adherencia farmacológica se asoció a sexo masculino (71.73%), mayor escolaridad (66.95%), soledad (63.91%), terapia combinada (60%) y subvaloración de la enfermedad (63.04%). Concluye que la escolaridad, soledad, terapias combinadas y subvaloración de la enfermedad son factores modificables de la no adherencia farmacológica.

Granados et al³⁰ el 2007, realizó un estudio analítico-transversal para evaluar la adherencia farmacológica en 163 pacientes hipertensos con edad media de 53.27 ± 10.65 años (rango entre 20-65 años) y 69.9% eran varones. Encontró que 49.1% no tenían buena adherencia farmacológica, y de estos, el 77.5% señalaron que abandonaron voluntariamente la medicación durante un determinado periodo, 10% por modificaciones en las dosis y 12.5% por ambas causas.

Vinaccia et al³¹ el 2006, realizó un estudio para evaluar la ayuda social y la adherencia farmacológica en 152 hipertensos a los que aplicó el cuestionario MOS que mide apoyo social y una encuesta para medir la adherencia farmacológica. Encontró que más de la mitad de los pacientes tenían buena adherencia farmacológica y el impacto del apoyo emocional fue la dimensión psicosocial más importante. Concluye que distintos factores psicosociales

pueden tener influencia en la adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos.

Holguín et al³² el 2006, evaluó la efectividad de un programa biopsicosocial para mejorar la adherencia farmacológica en 44 pacientes hipertensos. Reporta que su programa disminuyó la presión arterial y mejoró la adherencia farmacológica (pre intervención 110.66 ± 12.868 y pos intervención el promedio aumentó a 14.39 ± 2.787 puntos).

Rodríguez et al³³ el 2004, realizó un estudio descriptivo en 8862 pacientes hipertensos entre los que encontró un 31.70% con tratamiento irregular, estando relacionados a que no sentían síntomas en 28.85% de los pacientes no adherentes.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Cerna y Vela³⁴ el 2016, realizaron una revisión sistémica los factores determinantes de la adherencia farmacológica en hipertensos. Señalan que los factores psicosociales estuvieron presentes en los 10 artículos evaluados. La relación médico-paciente fue el más prevalente, luego el factor motivación del paciente por su salud y la percepción de las redes de apoyo. Concluye que tener una buena relación con el médico es fundamental para mejorar la adherencia farmacológica del paciente. Otros factores fueron: estrés emocional, prescripciones farmacológicas complejas, polifarmacia y mal control de la Hipertensión arterial.

Depaz³⁵ el 2016 en su tesis estudio la prevalencia de la Hipertensión arterial y la validez del IMC y perímetro abdominal (PA) para predecir la Hipertensión arterial en adultos de la ciudad de Trujillo, encontrando una

prevalencia de Hipertensión arterial de 50.73% y una mayor sensibilidad del Perímetro abdominal que el IMC para predecir la Hipertensión arterial.

Cieza y Rosas³⁶ el 2015, encontraron una prevalencia de Hipertensión arterial del 11.6% en adultos ambulatorios de Comas e Independencia.

Arhuallanqui et al³⁷ el 2010, en un estudio descriptivo y transversal determinó la adherencia farmacológica en 103 hipertensos atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia aplicando el Test de Morisky-Green y controlando la presión arterial. Reporta que la serie estuvo conformada por 69.9% mujeres, 77.7% con más de tres años con HTA, 52.4% con educación primaria, 68% casados y 62.1% con presión arterial controlada. La no adherencia farmacológica se presentó en el 62.19%, y se relaciono significativamente con la viudez y presión arterial mal controlada . Concluye que existe un elevado incumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Sánchez³⁸ el 2009, en un estudio se determinó los factores relacionados a mal control de la Hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Los casos no controlaban la Hipertensión arterial (108 pacientes) y los controles tenían valores normales de la presión arterial (216 pacientes). Halló que los fármacos más usados fueron IECA (41%), BRAT (35%) y diuréticos (31%). Los factores relacionados al mal control de la HTA fueron: inasistencia a consultas , antecedentes patológicos , monoterapia , múltiples dosis , tomar más de 4 tabletas al día y la dependencia funcional del paciente .

Padilla³⁹ el 2007, en un estudio observacional evaluó la relación entre la percepción sobre su enfermedad y la adherencia farmacológica en 153 pacientes atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Usó el Test de Morinsky-Green para clasificar a los pacientes como adherentes y no adherentes. El 54.2% fueron no adherentes caracterizados por tener una edad promedio mayor que los adherentes, mayor representación emocional

y mayor preocupación específica del tratamiento los adherentes presentaron altos valores sobre la necesidad del tratamiento farmacológico para hipertensión arterial. Concluye los factores relacionados a la adherencia farmacológica fueron la edad y factores emocionales sobre la percepción de su enfermedad.

Revilla et al⁴⁰ el 2006 estudio a 1771 pobladores de Lima y Callao que tuvieron una edad promedio de 39.5 ± 16.5 años, 62% mujeres. Reporta una prevalencia de hipertensión arterial en el 15.8%.

2.2 BASES TEÓRICAS

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) representa a una de las principales enfermedades no infecciosas de la región que junto a la diabetes mellitus son las que presentan mayor morbimortalidad, y su estudio guarda especial importancia porque el control de la Hipertensión arterial es uno de los más grandes retos de las instituciones de salud a nivel mundial, en los cuales, a pesar de contar con la terapéutica adecuada viene incrementándose su frecuencia^{1,2,3}.

A nivel nacional se han desarrollado muy pocos estudios epidemiológicos y en grupos poblacionales representativos de la población. Por lo que, la prevalencia de la HTA en el Perú no se ha sido aún precisada. El asunto es más complicado y desalentador cuando se busca información respecto a los factores de riesgo involucrados con la etiología y complicaciones de la hipertensión arterial sobre sus órganos diana (cerebro, corazón y riñones principalmente)^{2,4}. De esta forma, la morbimortalidad asociada a la hipertensión arterial en el Perú es desconocida⁵.

Entre los muchos probables factores que explicarían el incremento de las tasas de prevalencia de la hipertensión arterial pese a que es una entidad controlable, se mencionan: al desconocimiento de los pacientes sobre las consecuencias de una hipertensión arterial no controlada y el descuido de las medidas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades en general y en forma específica de la poca importancia que le brindan los sujetos en riesgo para el seguimiento a través de los controles seriados. Otro factor establecido es que la población susceptible de sufrir de una hipertensión arterial no conoce los beneficios de practicar los estilos de vida saludable ni conoce las consecuencias de la no adherencia farmacológica que empeora el pronóstico del paciente, dado que una mala medicación y ausencia de ejercicios, dieta con restricción de sal y de agua, completan el descuido de los tres pilares del tratamiento de la hipertensión arterial (DIETA-EJERCICIOS-MEDICAMENTOS)^{6,7,8}.

Los factores no relacionados al paciente son: la subestimación de la enfermedad por los médicos, baja cobertura de la población afectada por las instituciones de salud responsables del control de la hipertensión arterial y el brindar un tratamiento inadecuado del mismo sin alcanzar las medidas mínimas de la presión arterial que se requieren para que no siga el avance de los daños microvasculares y macrovasculares de la hipertensión arterial. El objetivo meta es alcanzar presiones sistólicas inferiores a 130 mm Hg en los no diabéticos e inferiores a 120 mm Hg en los pacientes diabéticos^{1,4,9}.

Diversos estudios han demostrado que existe relación de la hipertensión arterial con complicaciones cardiovasculares severas, neuropatías, oftalmopatías, nefropatías, y estas enfermedades son las responsables de la letalidad relacionada a la hipertensión arterial. Todo esto ha conllevado a afectación multiorgánica, disminución de la calidad de vida y aumento de la morbimortalidad. Por lo que su control a nivel de prevención secundaria-terciaria permitiría disminuir la morbimortalidad por enfermedad cardiovasculares como las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia

cardíaca, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia renal. Por lo que, evitar este panorama de complicaciones se puede lograr si se logra un mejor control de los diversos factores de riesgo modificables en quienes todavía no tienen esta patología, es decir, mediante la prevención primaria, que lamentablemente en nuestro país todavía no se realiza a cabalidad y que requiere información sobre los cuales poder diseñar estas estrategias preventivo-promocionales de la salud^{10,11}.

La hipertensión arterial es el trastorno cardiovascular más común y consiste en un nivel alto de presión arterial relacionado con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, afectan alrededor del 20-30% de los adultos^{1,2,3} y no una enfermedad “normal” de esta etapa de la vida como se la consideraba equivocadamente hasta hace poco tiempo. El 70% de los adultos mayores tienen elevación leve de la presión arterial, incrementándose progresivamente cuando avanza la edad, así, en mayores de 65 años la prevalencia de hipertensión arterial alcanza a más del 50% y sin causa orgánica el 90%^{1,8}.

Se estima que la población adulta seguirá aumentando, así, para el 2020, los mayores de 65 años serán alrededor del 20% a nivel mundial. Comúnmente se observa un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) con la edad, pero no en todos, por lo que se debe diagnosticarse como una patología. En esta población se debe considerar como hipertensión arterial cuando la presión arterial sistólica (PAS) es superior a 140 mm Hg y la presión arterial diastólica (PAD) es superior a 90 mm Hg, lo que se presenta en el 10% de la población con 60 años y aumenta a 30% a los 90 años^{2,3,5}.

El séptimo informe del Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)⁴² considera como “prehipertensión” a la presión arterial entre 120-139/80-89 mm Hg valores tomados en cuenta para concientizar a la población vulnerable y estimular a los profesionales médicos para planifiquen y

ejecuten estrategias de intervención que sean efectivas que permitan prevenir la hipertensión arterial, sus complicaciones y las enfermedades cardiovasculares relacionados a esta entidad. Para algunos autores, usar el término de prehipertensión puede generar en personas sanas cuadros de angustia, ansiedad, depresión, por lo que no sugieren su aplicación (cuadro 1). La European Society of Cardiology/European Society of Hypertension (ESC/ESH)(2) del 2003, sin embargo, mantiene la clasificación anterior de normotensión (120-129/80-84 mm Hg) y PA en límite alto normal (130-139/85-90 mm Hg).

La hipertensión arterial se relaciona a factores económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. Su incremento a nivel mundial se debe a una alimentación inadecuada, menor práctica de los ejercicios o sedentarismo, y hábitos tóxicos como consumo de tabaco^{9,12}. Existe un alto nivel de desconocimiento de la enfermedad en la población general, así, en los Estados Unidos, entre los periodos de 1976-1980 y 1986-1991, se evidenció que el conocimiento sobre hipertensión arterial aumentó del 51% al 73%, sin embargo, a partir de los años 1999-2000 se estabilizó en el 70%. También se ha demostrado que el control de la presión arterial se ha estancado desde el año 2000 y sólo se alcanza en el 34% de los pacientes hipertensos¹³. Según la OMS, lograr disminuir 2 mm Hg en la presión arterial media puede disminuir hasta 4% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y 6% de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares^{12,17,18}.

Cuadro N° 1. Clasificación de la HTA según la Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) y el European Society of Cardiology/European Society of Hypertension (ESC/ESH).

JNC 7			ESC/ESH 2003		
Categoría	PAS mmHg)	PAD mmHg)	Categoría	PAS mmHg)	PAD (mmHg)

Normal	<120	<80	Normal	120-129	80-84
Prehipertensión	120-139	80-90	Límite alto de la normalidad	130-139	85-99
Hipertensión			Grado I	140-159	90-99
Fase 1	140-159	90-99	Grado II	160-179	100-109
Fase 2	<=160	>=100	Grado III	>=180	>=110

Fuente: Chabonian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hipertensión. 2008; 42:1206–1252.

Un individuo puede desarrollar una hipertensión arterial por diversos factores de riesgo o factores que tienen relación causal con la patología, algunos pueden ser modificables y otros no modificables. Estos factores son importantes para la promoción y prevención de la enfermedad, manejo y control de la HTA ^{2,4,12,16,19,20}.

Existe evidencia clínica y epidemiológica de que el consumo de sal origina la hipertensión arterial o en algunos casos incrementa la presión arterial durante su consumo excesivo, por lo que, la restricción de sal debe plantearse en la dieta del paciente para prevenir y tratar la hipertensión ^{7,21}. El estudio más grande que evaluó esta asociación fue el INTERSALT ⁴³ en el mismo que participaron más de 10 000 individuos en 52 establecimientos de salud distribuidos en diversas partes del mundo. Este estudio demostró la correlación entre la excreción urinaria de sodio con la elevación de la presión arterial en individuos con edades entre 25 y 55 años, además, se demostró que una dieta con más de 6 gramos de sal incrementó la PAS y la PAD en 10 y 6 mm Hg respectivamente ^{11,44}.

El estudio CARDIAC ⁴⁵ (*Cardiovascular Diseases and Alimentary Comparison*), evaluó a más de 7 000 individuos demostrando la correlación entre ingesta de sodio y el incremento de la presión arterial tanto PAS como PAD en los varones, en tanto que, en las mujeres sólo después de la

menopausia etapa en la que la hipertensión arterial se iguala o es superior al de los varones.

Un solo estudio randomizado evaluó el consumo de sodio en niveles bajos, intermedios y altos (3, 6 y 9 g) durante un mes con y sin dieta DASH⁴⁶ (*Dietary Approach to Stop Hypertension*), participaron 412 individuos con PAS entre 120-160 y PAD entre 80-95 mm Hg. Demostró que disminuir la ingesta de sodio disminuye la PAS, así, al reducir el sodio de 6 a 3 g. disminuyó más la PAS que cuando se disminuyó de 9 a 6 g (-4.6 versus -2.1 mm Hg respectivamente); y de manera contraria para la PAD, ya que, al disminuir el sodio de 9 a 6 g redujo la PAD más que al reducir de 6 a 3 g (-1.1 versus 0.6 mm Hg respectivamente). Al parecer la dieta DASH disminuye la presión arterial por el consumo de potasio y disminución de las grasas saturadas.

Se ha demostrado relación directa entre peso, aporte de calorías en la dieta y la presión arterial²⁴.

El estudio TOHP II⁴⁹ evidencia que la PAS disminuye de igual manera en los que bajaron de peso como en los que habían restringido la sal en su dieta. Se determinó que la pérdida de un Kilogramo disminuye en 0.45 y 0.35 de la PAS y PAD, respectivamente. Otros estudios demuestran que perder peso previene en 20% la aparición de hipertensión arterial en individuos predispuestos³. Un metaanálisis que incluyó ocho ensayos clínicos en hipertensos que hicieron una dieta para bajar de peso presentaron una PAS y PAD menores que el grupo control (4.5 y 3.2 mmHg respectivamente)⁵⁰.

La hipertensión arterial en pacientes con sobrepeso/obesidad abdominal es multifactorial³. En la obesidad se activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona incrementando la reabsorción renal del sodio, esto origina alteraciones hemodinámicas con incremento de la precarga y postcarga cardiacas. También se observa mayor resistencia vascular periférica, disfunción endotelial y activación del sistema nervioso simpático^{3,4}. Es

frecuente observa resistencia periférica a la insulina e hiperinsulinismo lo que origina mayor retención renal de sodio^{2,3,5}. Se ha demostrado en estos casos, la baja de peso y el ejercicio físico aeróbico mejoran la relajación vascular, disminuye la resistencia a la insulina y la actividad simpática. No hay una dieta específica para perder peso de manera eficaz, aunque la que tiene mayor evidencia es la dieta DASH, aunque otras dietas como la mediterránea y la vegetariana no tienen muchas evidencias a su favor^{3,7}. Lo importante es motivar a seguir las recomendaciones dietéticas y realizar ejercicio al menos 30 minutos al día, siendo recomendable mínimo 5 veces/semana, con lo que se asegura disminuir de peso, mejorar el control de la presión arterial y disminuir el riesgo de mortalidad cardiovascular.

La dieta DASH⁴⁶ (*Dietary Approaches to stop hypertension*) fue propuesta originalmente en el estudio de Apple^{4,9} cuyo objetivo fue demostrar que disminuía la presión arterial al consumir frutas, verduras y lácteos desnatados. Fue realizado en 459 individuos con PAS menor a 160 mm Hg y PAS entre 80 y 95 mm Hg, de los cuales 133 eran hipertensos. Se dividieron aleatoriamente en tres tipos de dieta por ocho semanas: dieta control (dieta rica en fruta y verdura), dieta combinada y dieta DASH (frutas, verduras, lácteos desnatados y pobre en carne roja), todos recibieron la misma cantidad de sal (3 gramos de sodio)⁸. La dieta control y combinada aportaban potasio y magnesio, electrolitos, proteínas, fósforo y baja grasa saturada y colesterol. Demostrando que la dieta DASH y la dieta rica en fruta y verdura disminuyen la PAS en 5.5 y 3.3 mm Hg, así como la PAD en 2.8 y 1.1 mm Hg, respectivamente, comparadas con la dieta control.

La actividad física disminuye la hipertensión arterial por estimulación simpática sobre los barorreceptores, relajación de la vasculatura y disminución de la resistencia insulínica, aumenta la concentración de las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y disminuye las de baja densidad (LDL)^{3,9,12,18}.

El tabaco estimula la aparición de aterosclerosis porque aumenta el colesterol sérico, disminuye el HDL, incrementa la resistencia vascular de la insulina y causa daño vascular directo por la nicotina, el aumento del monóxido de carbono induce vasoconstricción de las arterias, todos estos cambios originarán la hipertensión arterial^{4,6,9}. La nicotina y otras sustancias químicas derivadas del tabaco son tóxicas para el endotelio vascular. El riesgo de contraer una hipertensión arterial aumenta con un mayor consumo de cigarrillos al día y con mayor tiempo de tabaquismo. El humo del tabaco tiene una fase gaseosa (con más de tres millones de partículas tóxicas, la más importante el monóxido de carbono) y particulada (principalmente nicotina y cadmio). La nicotina eleva la presión arterial secundario al incremento de catecolaminas y dopamina, además, tiene efecto agregante plaquetario lo que origina hipercoagulación, es vasoconstrictor, aumenta la frecuencia cardíaca, aumenta los requerimientos de oxígeno en el miocardio y origina isquemia^{23,25,51}.

El consumo de cafeína como café, té o refrescos de cola, origina aumento agudo de la presión arterial, por lo que se debe disminuir su consumo^{4,8,9}.

Factores de riesgo no modificables son:

Los pacientes con familiares con cardiopatías aumentan el riesgo de hipertensión arterial, será mayor si falleció familiar joven por un infarto cardíaco o muerte súbita^{5,6}.

Diversos estudios evidencian que el sexo masculino es un factor de riesgo de cardiopatías e hipertensión arterial, teniendo mayor mortalidad que en las mujeres entre las edades de 35-40 años (de 4 a 5 veces más). La mujer menopáusica tiene incremento de hipertensión arterial, aumento de colesterol y LDL^{5,6}.

Se evidencia mayor riesgo e incidencia de hipertensión arterial en la raza negra, pero, con los cambios en los estilos de vida y la modificación de

factores de riesgo, la hipertensión arterial se observa también con mayor prevalencia en otras etnias^{3,6,17}.

La adherencia farmacológica

Murphy y Coster⁵² definen la adherencia farmacológica como la proporción del comportamiento de una persona que coincide con el cumplimiento de las recomendaciones médicas recibidas; incluyen la habilidad del paciente para cumplir con sus citas, tomar la medicación prescrita, adquirir estilos de vida saludable y completar las evaluaciones o controles médicos recomendados. Como comportamiento, involucra una compleja interacción de factores físicos, psicológicos y sociales, tales como creencias, autoestima, nivel de educación en salud, discapacidad, edad, etc.

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵³ definió la adherencia farmacológica como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las indicaciones del prestador asistencial respecto al cumplimiento en la toma de medicamentos, cambios en los estilos de vida adquiriendo una dieta balanceada y actividad física. Considera que la adherencia farmacológica tiene influencia de cinco dimensiones:

El nivel socioeconómico está relacionado con la pobreza, analfabetismo y desempleo. El sistema de asistencia sanitaria está en relación a las iniquidades para el acceso y desarrollo de los servicios de salud, acceso a las medicinas, escasa educación sanitaria a los pacientes y falta de seguimiento del caso.

Según la OMS la adherencia farmacológica en hipertensión arterial en los países desarrollados llega solo al 50%, y en los países en vías de desarrollo no se tienen estadísticas, pero se considera debe ser menor^{3,27}.

En el Perú, los hospitales de Trujillo-EsSalud³⁵ y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati³⁹ se reportan tasas de adherencia farmacológica de 54 y 63% respectivamente, aunque, estos estudios no pueden ser comparables entre sí, porque difieren en la metodología. Estos establecimientos de salud tienen a su favor que los pacientes reciben gratuitamente todas sus medicinas, en tanto que los pacientes de los hospitales públicos no reciben o están fuera de cobertura del seguro integral de salud (SIS).

La adherencia farmacológica va depender de aspectos internos relacionados con el comportamiento humano hacia el cuidado y mantenimiento de la salud. Es complejo y tiene diversos factores que interaccionan entre sí. En la actualidad, se ha convertido en un punto importante de la investigación del comportamiento para observar el grado de cumplimiento del paciente respecto a las indicaciones médicas sean farmacológicas o no farmacológicas tipo psicológico-conductuales como cambios en los estilos de vida en dieta, actividad física y de los hábitos nocivos, los que son de responsabilidad del paciente^{2,22,54}.

La adherencia farmacológica puede ser la manifestación de diferentes tipos de conductas como: dificultades para su inicio, abandono del tratamiento, cumplimiento incompleto o irregular como errores de omisión, en la dosis, horarios, equivocación en el uso de un medicamento, ausencia a consulta e interconsultas, resistencia para la modificación de hábitos y estilos de vida, así como la automedicación^{2,7,30-34}.

La no adherencia farmacológica es un obstáculo para alcanzar el control de la presión arterial y representa un reto para los profesionales de la salud, ya que se destinan esfuerzos para disminuir su prevalencia. La mayoría de estudios sólo determinan la prevalencia que estiman está entre 25 a 50%,

pero no analizan las causas, no se aplican estrategias para mejorar la adherencia farmacológica³⁵.

En la relación médico-paciente deben darse adecuados canales de comunicación que permitan a los pacientes o sus acompañantes comprender las pautas de la prescripción médica sobre los fármacos necesarios para controlar la hipertensión arterial. Es el primer paso, y uno de los más importantes, ya que puede originar la aceptación o rechazo de la terapia a seguir^{2,32,45,56}. El médico tratante debe buscar mejorar la explicación con claridad del régimen terapéutico como la complejidad del tratamiento, los cambios de hábitos y mejorar la práctica de estilos de vida saludable. La adherencia farmacológica puede disminuir si el tratamiento se prolonga, incluye otras acciones no farmacológicas y de rehabilitación³⁶.

Los factores psicosociales engloban los temores, mitos y creencias del paciente respecto a la gravedad de la enfermedad, percepción de su propia vulnerabilidad y riesgo de complicaciones, apreciación de los costos que representan la terapia total. Tiene mucha importancia el estado anímico del paciente, la motivación que tiene para recuperar su salud, la memoria y los mecanismos psicológicos defensivos que usa para enfrentar la enfermedad^{33,57}.

Otros factores como el apoyo social y familiar pueden mejorar la adherencia farmacológica del paciente y la capacitación familiar para lograr modificar los estilos de vida hacia hábitos saludables, reforzamiento en el cumplimiento de las pautas médicas con apoyo de familiares, así como mantenerlas en el tiempo⁵⁸.

La no adherencia farmacológica es el principal factor de la falta de control de la HTA y que se observa en más de los dos tercios de los pacientes. Se la considera como un "reto terapéutico"^{4,12,25,33}.

En la práctica clínica la medición de la adherencia farmacológica no es fácil ni exacta, aunque se disponen de pocos instrumentos validados que puedan ser usados, estos métodos pueden ser directos o indirectos³⁰⁻³⁶.

Métodos directos: Se basan en identificar y cuantificar el fármaco usado o de algunos metabolitos en los fluidos orgánicos del paciente hipertenso, así se puede saber si los tomó o no, aunque tienen la dificultad de que no pueden ser usados rutinariamente en la práctica clínica diaria por los altos costos que representarían de usarlos en forma habitual.

Métodos indirectos: Son métodos sencillos y económicos, que reflejan la conducta del enfermo. El inconveniente es que pueden sobreestimar la adherencia farmacológica. Se basan en el conteo de comprimidos o a través de entrevistas clínicas. Son prácticos y se pueden usar en atención primaria.

El método más difundido y que aplica entrevistas clínicas es el Test de Morinsky-Green-Levine. Este test considera como paciente cumplidor al que responde de forma correcta con patrón de respuesta si, no, si, si; y como no cumplidor si responde cualquier otro patrón. Se hacen las siguientes 4 preguntas:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su hipertensión?
- ¿Los toma a la hora indicada?
- ¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien?
- ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal?

Otros métodos indirectos poco usados son:

1. Valoración de asistencia a citas programadas. Al que no asiste de manera regular se considera como paciente incumplidor.

2. Test de Batalla. Se hacen tres preguntas:

- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
- ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

- Reconoce 2 ó más órganos que se vean afectados por la elevación de las cifras de tensión arterial.

Considerándose cumplidor si responde correctamente a las tres preguntas, y como incumplidor si falla alguna respuesta.

3. Test de Prochaska-DiClemente: Identifica incumplidores en las fases de precontemplación, contemplación y preparación.

4. Test de la comprobación fingida: Se pide al paciente una muestra de orina para examinar si realmente está tomando las medicinas, si ofrece dificultades para traerlo o se sincera y dice que no los está tomando adecuadamente, se les considera como incumplidor.

5. Resultados del tratamiento con parámetros de control de la hipertensión: como registro normal de la presión significa paciente cumplidor.

6. Juicio del médico: Según opinión del médico tratante sobre su paciente como cumplidor o no.

Los factores reconocidos por la literatura médica disponible como determinantes para alcanzar una buena adherencia farmacológica se pueden dividir de la siguiente manera:

Factores socioeconómicos. Entre los que se encuentran la disponibilidad económica para adquirir los fármacos antihipertensivos (se asocia al 68% de la adherencia farmacológica), de ahí la importancia de la cobertura de salud públicos o privados que de no cubrirlo y cumplir la prescripción médica originará el deterioro progresivo de la salud del paciente que puede llevar al circuito pobreza-enfermedad si se trata del proveedor del hogar^{58,60}. Tapia⁶¹ (2005) señala que contar con un seguro de salud se asocia con índices más altos de adherencia farmacológica.

Factores del sistema y equipo de salud. Entre sus componentes se encuentra la relación médico-paciente que de ser buena tendrá un impacto positivo para mejorar la adherencia terapéutica. Esto implica la participación activa del médico y/o el equipo de enfermería en las tareas de educación sanitaria en forma particular, de la enseñanza del tratamiento farmacológico

tanto en dosis, interacciones medicamentosas, efectos indeseados o reacciones adversas y tiempo de duración del tratamiento, así como su capacidad para enseñar con palabras sencillas comprensibles para el paciente y/o familiares, así como su capacidad para motivar a los pacientes a alcanzar una buena adherencia terapéutica. El equipo de salud debería interactuar eficientemente con el paciente, ser capaz de aplicar mecanismos que le faciliten a éste a conseguir los fármacos, fechas de los próximos controles y desarrollar una historia clínica completa. Así, Price y Muñoz⁶² (2003) señalan que los pacientes mejoran su adherencia farmacológica cuando tienen confianza en el tratamiento y en los profesionales de la salud.

Factores de la terapia. Según Crespo et al⁶³ (2011) en la atención primaria encontraron una alta adherencia farmacológica con el tratamiento en monodosis. En tanto que, hay evidencia que los peores resultados en adherencia farmacológica se dan por el horario prescrito en los pacientes hospitalizados probablemente porque reciben mayor número de tomas.

Factores del paciente. Zambrano⁶⁴ (2011), en Colombia, encontró que 98.47% de hipertensos son conscientes sobre su enfermedad y conocen de la importancia del tratamiento farmacológico para controlar la HTA, y el 95.42% se sentían responsables de cuidar su propia salud. Se ha encontrado que la no adherencia farmacológica se corresponde con la irresponsabilidad del paciente que no cuida su salud.

2.3 HIPÓTESIS

2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL:

No corresponde por el diseño de estudio.

2.3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

No corresponde por el diseño de estudio.

2.4 VARIABLES

Variables independientes

Factores socioeconómicos:

- Capacidad económica para comprar medicamentos
- Capacidad económica para comprar los cambios en la dieta recomendada
- Aspectos educacionales (Conocer la información sobre el tratamiento de la HTA)
- Aspectos sociales (apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir el tratamiento farmacológico)

Factores del sistema y equipo de salud:

- Mala relación médico-paciente (capacidad de respuesta a las inquietudes y dificultades del tratamiento que tiene el paciente e interés del médico por cumplir el tratamiento)
- Dificultades para el acceso al cuidado
- Dificultades del lugar o establecimiento donde se realiza la atención

Factores de la terapia:

- Monodosis
- Comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios
- Dosis

- Relación con las comidas
- Efectos adversos
- Suspensión del tratamiento con mejoría de sintomatología
- Dificultades para cumplir el tratamiento médico

Factores del paciente:

- Conciencia de enfermedad
- Conciencia de su rol en el autocuidado de su salud
- Malas creencias sobre el tratamiento farmacológico
- Baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad

Variables dependientes:

- Adherencia farmacológica

Variables intervinientes:

- Edad
- Sexo
- Instrucción
- Nivel socio-económico
- Ocupación

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Factores relacionados: Características o rasgos comunes que comparten los individuos que tienen una misma enfermedad o el mismo proceso y que incrementan la posibilidad de padecer la enfermedad de fondo.

Factores socioeconómicos. Características sociales y económicas del paciente con hipertensión arterial que favorecen la mala adherencia farmacológica. Entre los que se encuentran los económicos (capacidad económica para comprar los medicamentos antihipertensivos y los cambios

en la dieta recomendada), educacionales (conocer la información sobre el tratamiento de la HTA) y sociales (apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir el tratamiento farmacológico indicado).

Factores del sistema y equipo de salud. Son las características del sistema y equipo de salud que influyen en el paciente hipertenso para tener una conducta negativa a cumplir el tratamiento farmacológico. Entre estos factores encontramos la mala relación con el personal médico (la capacidad de respuesta a las inquietudes y dificultades del tratamiento que tiene el paciente e interés del médico por cumplir el tratamiento), dificultades para el acceso al establecimiento donde se realizará la atención.

Factores de la terapia. Son las características del tratamiento farmacológico que influyen en la respuesta negativa del paciente hipertenso hacia la adherencia farmacológica. Entre los que se encuentran los mediadores de la terapia como la monodosis, comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios, dosis, en relación a las comidas y efectos adversos del fármaco, suspensión del tratamiento con mejoría de sintomatología y dificultades para cumplir el tratamiento médico.

Factores del paciente. Características del mismo paciente que tienen influencia negativa para la adherencia farmacológica. Entre los que se encuentran el conocimiento de actitudes y motivación (si son conscientes de su enfermedad, de su rol en el autocuidado de su salud), malas creencias sobre el tratamiento farmacológico y baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de nivel descriptivo.

El diseño de la investigación fue observacional, descriptivo y transversal.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en los ambientes del consultorio externo del Servicio de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN

La población del estudio conformada por todos los adultos con diagnóstico de HTA atendidos en consultorio externo del Servicio de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora durante el mes de noviembre del 2017.

3.3.2 MUESTRA

Estuvo conformado por 100 pacientes hipertensos, tamaño de muestra que se obtuvo aplicando la fórmula estadística para población finita:

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

donde:

N = número de pacientes con HTA atendidos en consultorio externo del Servicio de cardiología en el HNMA el año 2016 (Compendio estadístico 2016 de la Oficina de Estadísticas e Informática del HNMA⁶⁵) = 7534

$$Z^2 = 1.96^2 = 3.84$$

p = no se conoce la frecuencia de la no adherencia farmacológica de la HTA en el HNMA = 0.50

$$q = 1-p = 0.50$$

$$e = \text{error} = 5\% = 0.05, e^2 = 0.0025$$

reemplazando valores tenemos:

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

$$n = \frac{7534 (3.84) (0.50) (0.50)}{(0.0025)(7533) + (3.84) (0.50) (0.50)} = 1883.5/(18.83+0.96)$$

$$n = 1883.5/19.79$$

$$n = 100$$

En conclusión, se estudiaron a 100 pacientes hipertensos.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión aquellos que fueron atendidos en consultorio externo de cardiología del hospital maría auxiliadora durante el mes de diciembre del 2017.

El análisis fue un instrumento de estudio para la recolección de datos en el servicio de cardiología del hospital maría auxiliadora .

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Paciente con diagnóstico confirmado de Hipertensión primaria con más de 6 meses de tratamiento en el consultorio externo del Servicio de Cardiología del HNMA.

- Paciente de cualquier sexo y mayor de 18 años.
- Paciente con buen estado de salud mental que comprenda las preguntas de la encuesta.
- Paciente que aceptará y firmará el consentimiento informado para participar del estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con deficiencia en sus facultades mentales por secuelas de complicaciones vasculares de la HTA, enfermedades psiquiátricas y neurológicas severas o incapacitantes.
- Pacientes hipertensos con ceguera bilateral.
- Pacientes analfabetos o que no hablan el idioma castellano.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas de recolección de datos fueron: Entrevista estructurada que fue realizada por la autora del estudio a los pacientes ambulatorios que firmaron el consentimiento.

El instrumento de recolección de datos tuvo cuatro partes:

1. Consentimiento informado: Se aclaró que la información entregada por el paciente se usará de manera confidencial.
2. Datos generales: Edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel de instrucción y nivel socioeconómico
3. Test de Morisky-Green-Levine:⁶⁶ .que evalúa la adherencia farmacológica antihipertensiva en versión idioma español altamente confiable (alfa de Cronbach: 0.61), alta especificidad (94%) y valor predictivo positivo (91.6%). Clasifica a los pacientes como adherentes y no adherentes. Se consideró

como adherentes a los que respondieron con el patrón: 1=No, 2=Si, 3=No, 4=No y como no adherentes a los que respondieron con otro patrón.

4. Cuestionario de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales⁵⁸ de la Universidad Nacional de Colombia (2006), su actual versión realizada por Consuelo Ortiz⁶⁷ el año 2010 que tiene una alta confiabilidad (alfa de Cronbach: 0.84). Considera la frecuencia del factor estudiado (si, no) según la frecuencia referida por el mismo paciente.

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se obtuvo la autorización y permiso de la Dirección del Hospital María Auxiliadora, así como, la aceptación de los médicos cardiólogos asistenciales para realizar la investigación en consultorio externo durante la atención ambulatoria.
2. Se identificaron a los pacientes sujetos de investigación y tras explicar los beneficios y objetivos del estudio se obtuvo la firma del consentimiento informado, para posteriormente realizarles una entrevista estructurada a cargo de la autora del estudio con una duración promedio de 20 minutos. La entrevista fue individual y se resolvieron todas dudas y se realizaron todas las preguntas del instrumento.
3. Según el patrón de respuestas correctas del test de Morinsky-Green-Levine⁶⁶ se clasificó a cada paciente como adherente y no adherente. Y los factores asociados fueron valorados por el cuestionario de riesgo cardiovascular que permitía clasificar la presencia o ausencia del factor en estudio.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis estadístico descriptivo en el programa SPSS.21, que permitió organizar y encuadrar las variables respectivas. La hoja de datos fue verificada dos veces para evitar ingresar sesgos de selección e información.

Se elaboraron tablas y gráficos con distribución porcentual.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1

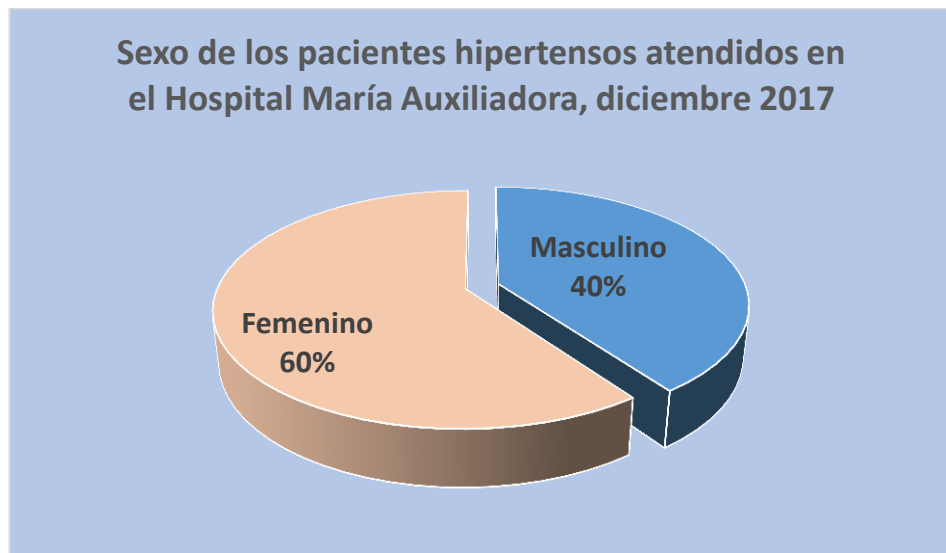
Características sociodemográficos de los pacientes hipertensos encuestados, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017

Característica	N°	%
Sexo		
Masculino	40	40.0
Femenino	60	60.0
Grupos etáreos		
30-39	1	1.0
40-49	5	5.0
50-59	17	17.0
60-69	29	29.0
≥ 70	48	48.0
Instrucción		
Primaria	53	53.0
Secundaria	41	41.0
Superior técnico	3	3.0
Superior universitario	3	3.0
Nivel socio-económico		
Bajo	3	3.0
Medio	97	97.0
Alto	0	0.0
Ocupación		
Ama de casa	40	40.0
Jubilado	16	16.0
Comerciante	8	8.0
Empleada del hogar	8	8.0
Obrero	5	5.0
Costurera	2	2.0
Agricultor	2	2.0
Otros	19	19.0
Total	100	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

GRÁFICO N° 1

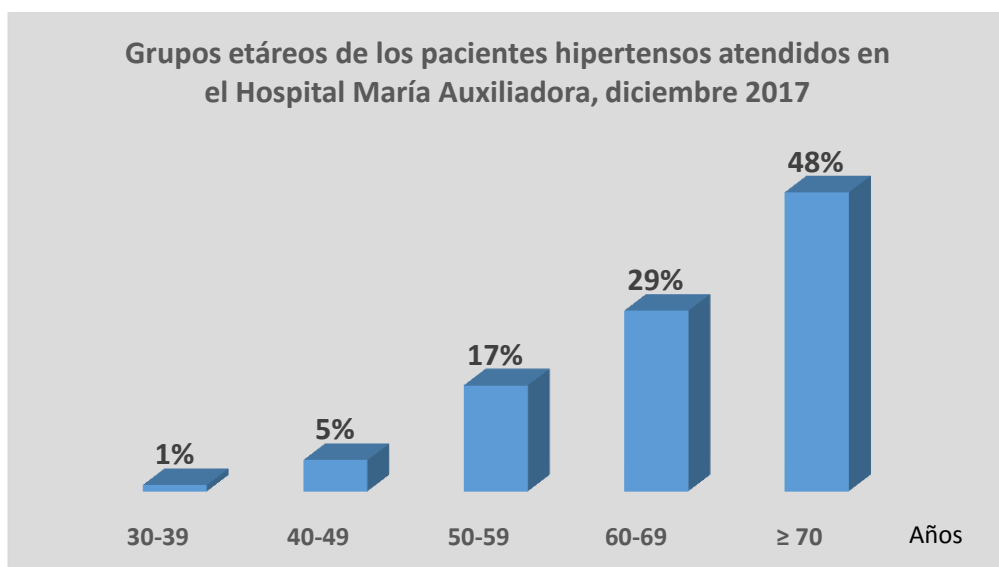
Distribución según sexo de los pacientes hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

GRÁFICO N° 2

Distribución según grupos etáreos de los pacientes hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

Interpretación:

En la tabla N° 1, se presentan las características de los 100 pacientes hipertensos encuestados en el Servicio de Cardiología del Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2017, así, estas características fueron: mayormente del sexo femenino que masculino (60% vs. 40% respectivamente), el grupo etáreo más frecuente fueron los ≥ 70 años (48%), la mayoría tenía instrucción primaria (53%), mayormente pertenecían al nivel socio-económico medio (97%) y la ocupación más frecuente fue ser ama de casa (40%).

TABLA N° 2

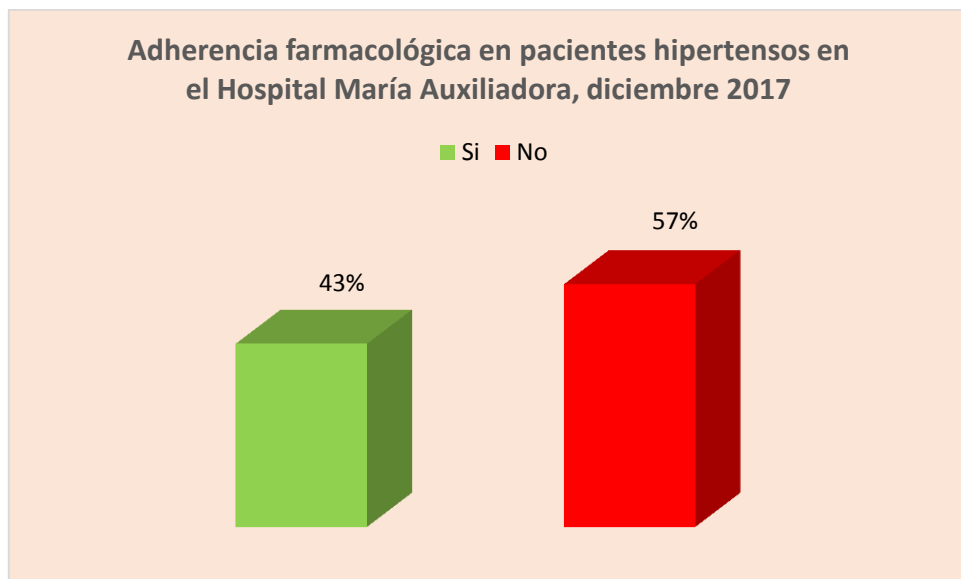
Frecuencia de no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.

Adherencia farmacológica	N°	%
Si	43	43.0
No	57	57.0
Total	100	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

GRÁFICO N° 3

Adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

Interpretación:

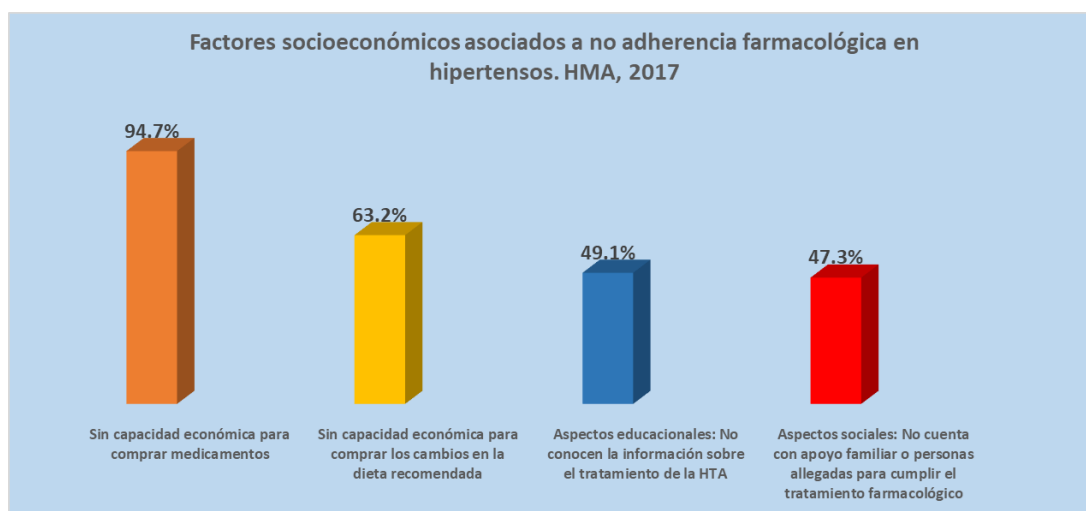
En la tabla N°2 , se presentan la adherencia farmacológica que tenían los hipertensos encuestados según el test de Morinsky-Green-Levine, Así, el 57%, es decir, la mayoría de los pacientes encuestados, eran no adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, mientras que, el 43%, tenía adherencia farmacológica.

TABLA N° 3
Factores socioeconómicos relacionado a la no adherencia
farmacológica en hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre
2017.

Factores socioeconómicos	N°	%
Capacidad económica para comprar medicamentos		
Si	3	5.3
No	54	94.7
Capacidad económica para comprar los cambios en la dieta recomendada		
Si	21	36.8
No	36	63.2
Aspectos educacionales: Conocer la información sobre el tratamiento de la HTA		
Si	29	50.9
No	28	49.1
Aspectos sociales: Cuenta con apoyo familiar o personas allegadas para cumplir el tratamiento farmacológico		
Si	30	52.6
No	27	47.4
Total	57	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

GRÁFICO N° 4
Factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

Interpretación:

En la tabla N° 3 , los factores socioeconómicos relacionado a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos entrevistados fueron: la capacidad de comprar medicamentos (el 94.7% no tenían capacidad de compra) y la capacidad para comprar los cambios en la dieta recomendada (el 63.2% no tenían capacidad de compra). Alrededor de la mitad de los casos referían no conocer la información sobre el tratamiento de la HTA o no contar con apoyo familiar/personas allegadas para cumplir el tratamiento farmacológico, pero no fueron significativos.

TABLA N° 4

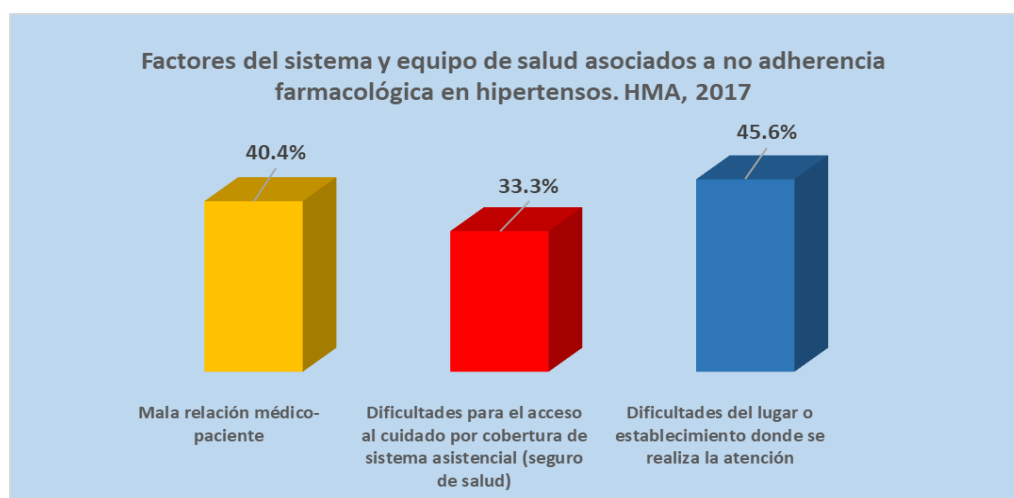
Factores del sistema y equipo de salud relacionado a la no adherencia farmacológica en hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.

Factores del sistema y equipo de salud	N°	%
Mala relación médico-paciente		
Si	23	40.4
No	34	59.6
Dificultades para el acceso al cuidado por cobertura de sistema asistencial (contar con seguro de salud)		
Si	19	33.3
No	38	66.7
Dificultades del lugar o establecimiento donde se realiza la atención		
Si	26	45.6
No	31	54.4
Total	57	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

GRÁFICO N° 5

Factores del sistema y equipo de salud relacionado a la no adherencia farmacológica en hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

Interpretación:

En la tabla N° 4 , los factores del sistema y equipo de salud relacionados a la no adherencia farmacológica con significancia en los hipertensos entrevistados fueron las dificultades para el acceso al cuidado por cobertura de sistema asistencial (seguro de salud), ya que 33.3% de los casos no tenían seguro de salud.

El 40.4% refiere que tienen mala relación médico-paciente y el 45.6% refirieron dificultades del lugar o establecimiento donde se realiza la atención.

TABLA N° 5

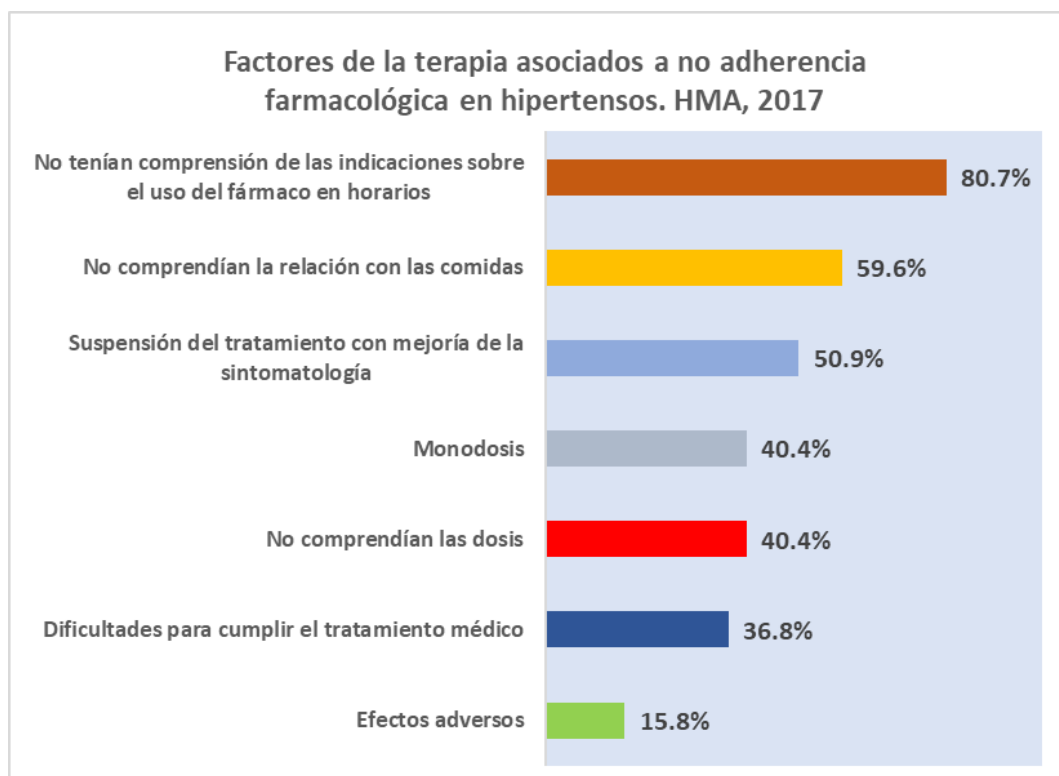
Factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.

Factores de la terapia	N°	%
Monodosis		
Si	23	40.4
No	34	59.6
Comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios		
Si	11	19.3
No	48	80.7
Comprensión de las dosis		
Si	34	59.6
No	23	40.4
Relación con las comidas		
Si	23	40.4
No	34	59.6
Efectos adversos		
Si	9	15.8
No	48	84.2
Suspensión del tratamiento con mejoría de la sintomatología		
Si	29	50.9
No	28	49.1
Dificultades para cumplir el tratamiento médico		
Si	21	36.8
No	36	63.2
Total	57	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

GRÁFICO N° 6

Factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

Interpretación:

En la tabla N° 5, los factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica en los hipertensos entrevistados fueron: comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios (80.7% no comprendían el horario de uso), efectos adversos (15.8% habían tenido efectos adversos por el cual suspendieron el tratamiento farmacológico) y dificultades para cumplir el tratamiento médico (36.8% tenían dificultades para cumplir la terapia farmacológica).

El 59.6% no tenían monodosis, el 40.4% no comprendían las dosis, el 59.6% no comprendían la relación con las comidas, y, el 50.9% suspendieron el tratamiento con mejoría de la sintomatología.

TABLA N° 6

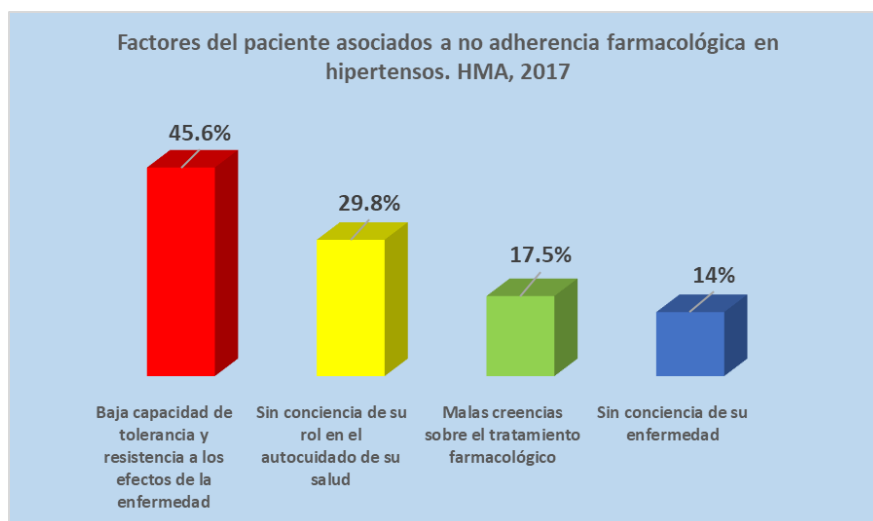
Factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos, Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017.

Factores del paciente	N°	%
Conciencia de su enfermedad		
Si	49	86.0
No	8	14.0
Conciencia de su rol en el autocuidado de su salud		
Si	40	70.2
No	17	29.8
Malas creencias sobre el tratamiento farmacológico		
Si	10	17.5
No	47	82.5
Baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad		
Si	26	45.6
No	31	54.4
Total	57	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

GRÁFICO N° 7

Factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica en hipertensos del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2017



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas

Interpretación:

En la tabla N°6 , los factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica en los hipertensos entrevistados fueron: conciencia de su enfermedad (14% no tenían conciencia de su enfermedad), conciencia de su rol en el autocuidado de su salud (el 29.8% no tenían conciencia del autocuidado) y malas creencias sobre el tratamiento farmacológico (17.5% tenían estas malas creencias).

La baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad se observó en el 45.6%.

4.2 DISCUSIÓN

Se logró incluir a 100 pacientes hipertensos, los que fueron entrevistados durante su permanencia en consultorio médico del Servicio de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2017. Estos pacientes se caracterizaron por ser mayormente mujeres, adultos mayores, de instrucción primaria, de nivel socio-económico medio y amas de casa.

Con el Test de Morinsky-Green-Levine se encontró que 57% de los hipertensos del Hospital María Auxiliadora eran no adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, porcentaje que fue menor a los no adherentes reportados por Piñaloza¹⁹ (58%), Orellana¹⁵ (60.1%), Arévalo¹⁶ (63.6%), Solórzano¹⁸ (65%), Salcedo y Gómez²¹ (65.6%); y, superior a los no adherentes reportados por Osorio²² (37.7%), Giorgi²³ (41%), Corugedo²⁴ (44.6%), Granados³⁰ (49.1%), Martín¹⁷ (50%) y Quintana²⁶ (52.6%). En el Perú, Arhuallanqui³⁷ en el Hospital Cayetano Heredia encontró un mayor porcentaje de no adherentes que en la serie (62.2%) y Padilla³⁹ en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins reporta un menor porcentaje de no adherentes que la serie (54.2%). De esta manera, se observa que los niveles de no adherencia farmacológica en el Perú alcanzan porcentajes altos, incluso superiores a la mitad de los pacientes hipertensos, lo que tiene una implicancia importante para la salud pública nacional que amerita tomar acciones decididas para mejorar las prevalencias actuales.

La evidencia disponible demuestra que existe una alta tasa de no adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial (HTA), en el Perú, sólo el 20.6% de los hipertensos del estudio TORNASOL II¹¹ y el 14% de los hipertensos del estudio PREVENCIÓN¹² lograron tener un adecuado control de la presión arterial. Estos reportes evidencian la no adherencia farmacológica de los hipertensos peruanos.

Según la OMS, la adherencia farmacológica en HTA, alcanza al 50% en los países desarrollados, considerando que en los países en vías de desarrollo debe ser mayor^{3,27}. En el Perú, no hay estadísticas oficiales, pero los pocos estudios encontrados no son comparables porque usan diferentes escalas para diferenciar a los pacientes no adherentes, sin embargo, en el Hospital Edgardo Rebagliati de EsSalud, se reporta una adherencia farmacológica en el 63% de sus pacientes.

Por la importancia del tema, la identificación de los pacientes no adherentes, debe ser prioridad del Ministerio de Salud (MINSU), para lo cual, debe definir la metodología más adecuada que se debe aplicar de manera protocolizada y uniforme la información para lograr las estadísticas reales. En la práctica clínica la medición de la adherencia farmacológica no es fácil ni exacta, pero se disponen de instrumentos validados que la miden de forma directa o indirecta³⁰⁻³⁶. Por la experiencia del presente estudio, se puede recomendar usar el método más difundido y de fácil aplicación como es el Test de Morinsky-Green-Levine.

Siguiendo los lineamientos de la OMS, los principales factores relacionados a la no adherencia farmacológica son los siguientes:

Factores socioeconómicos: Para la serie, dos factores se relacionaron a no adherencia farmacológica, estos fueron: no tener capacidad de compra de los medicamentos antihipertensivos y no tener capacidad para comprar los cambios en la dieta recomendada. A pesar que alrededor de la mitad los pacientes hipertensos no conocían la información sobre el tratamiento de la HTA o no contaban con apoyo familiar/personas allegadas para cumplir el tratamiento farmacológico, estos factores no fueron estadísticamente significativos. De esta forma se confirma los hallazgos de Orellana¹⁵ que en su serie la falta de capacidad económica fue el factor asociado más importante de no adherencia.

Factores del sistema y equipo de salud: Para la serie, sólo las dificultades para el acceso al cuidado por cobertura de sistema asistencial fue el factor relacionado a la no adherencia farmacológica, ya que, alrededor de la tercera parte de los no adherentes carecían de un seguro de salud. La importancia de la cobertura de los seguros de salud públicos o privados es que permiten a los pacientes tener abastecimiento regular de la medicación, es decir, contar con los fármacos antihipertensivos^{58,60} Tapia⁶¹ señala que contar con un seguro de salud se relaciona con índices más altos de adherencia farmacológica. El seguro universal de la salud sigue siendo la esperanza de la población que aún no puede acceder a ninguno de los sistemas de aseguramiento disponibles en la actualidad en el Perú.

A pesar que 40.4% refirieron una mala relación médico-paciente y un 45.6% tenían dificultades con el lugar o establecimiento donde se realiza la atención, estos factores no se relacionan a la no adherencia farmacológica de la serie. Así, no se confirmó lo señalado por Pérez²⁰ que la mala relación médico-paciente eleva cuatro veces el riesgo de no adherencia farmacológica. Tampoco lo reportado por Martín¹⁷ quien al evaluar la relación profesional-paciente y el cumplimiento del tratamiento, concluyó que la relación entre profesionales y pacientes puede contribuir en mayor medida a su cumplimiento.

Superar las deficiencias en la relación médico-paciente implica la participación activa del médico y/o el equipo de enfermería en las tareas de educación sanitaria, de la enseñanza del tratamiento farmacológico tanto en dosis, interacciones medicamentosas, efectos indeseados o reacciones adversas y tiempo de duración del tratamiento, así como su capacidad para enseñar con palabras sencillas comprensibles para el paciente y/o familiares, así como su capacidad para motivar a los pacientes a alcanzar una buena adherencia terapéutica. Price y Muñoz⁶² señalan que los pacientes mejoran su adherencia farmacológica cuando tienen confianza en el tratamiento y en los profesionales de la salud.

Factores de la terapia: En la serie, tres factores se relacionan a no adherencia farmacológica, estos fueron: la no comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios (80.7%), los efectos adversos (15.8%) y dificultades para cumplir el tratamiento médico (36.8%). Corugedo²⁴ reporta que los efectos adversos del tratamiento elevan al doble el riesgo de no adherencia farmacológica. García²⁸ encontró que la tercera parte de los usuarios de captopril abandonaron la terapia por reacciones adversas como tos, reacciones cutáneas y decaimiento.

En tanto que la monodosis, la no comprendían las dosis, la no comprensión de la relación con las comidas, y, la suspensión del tratamiento al sentir mejoría de la sintomatología no pudieron ser asociadas estadísticamente. No se confirmó la conclusión de Crespo⁶³ que indicó se lograría una alta adherencia farmacológica con el tratamiento en monodosis, así como, de otros estudios que evidencian peores resultados en adherencia farmacológica por problemas en el horario prescrito al recibir un mayor número de tomas o polifarmacia.

El introducir estrategias que permitan superar las dificultades en las prescripciones médicas y la simplificación de las tomas en número y horario contribuirían a disminuir estos factores.

Factores del paciente: En la serie, tres factores se relacionan a la no adherencia farmacológica: no tener conciencia de su enfermedad, tener malas creencias sobre el tratamiento farmacológico y no tener conciencia del rol en su autocuidado. De esta forma se confirman los hallazgos de Orellana¹⁵ y Arévalo¹⁶ para quienes estos factores fueron los más importantes en sus series. Zambrano⁶⁴ encontró que la no adherencia farmacológica se corresponde con la irresponsabilidad del paciente que no cuida su salud. Solórzano¹⁸ encontró que la no adherencia se debía a olvido del tratamiento. Piñaloza¹⁹ encontró que los factores personales como nivel de conocimientos sobre su enfermedad y creencias incorrectas respecto al

Tratamiento modulan el grado de adherencia farmacológica. A pesar que 45.6% tenían baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad, este factor no se relacionó a la no adherencia farmacológica.

La adherencia farmacológica va depender de aspectos internos relacionados con el comportamiento humano hacia el cuidado y mantenimiento de la salud. Es complejo y tiene diversos factores que interaccionan entre sí. La controversia está en resolver si la responsabilidad está en el equipo médico o en el paciente^{2,22,54}.

Así, se ha entendido que en la relación médico-paciente deben darse adecuados canales de comunicación que permitan a los pacientes o sus acompañantes comprender las pautas de la prescripción médica sobre los fármacos necesarios para controlar la HTA. Es el primer paso, y uno de los más importantes, ya que puede originar la aceptación o rechazo de la terapia a seguir^{2,32}. La comunicación del médico debe ser en lenguaje sencillo, claro, gráfico y con anotaciones que debe incluir la complejidad del tratamiento, los cambios de malos hábitos y mejorar la práctica de estilos de vida saludable³⁶.

En cuanto al paciente, la adherencia farmacológica puede ser la manifestación de diferentes tipos de conductas como: dificultades para su inicio, abandono del tratamiento, cumplimiento incompleto o irregular como errores de omisión, en la dosis, horarios, equivocación en el uso de un medicamento, ausencia a consulta e interconsultas, resistencia para la modificación de hábitos y estilos de vida, así como la automedicación^{2,7,30-34}.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Servicio de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora presentan una alta frecuencia de no adherencia farmacológica en un 57% que supera a la mitad de los casos estudiados.
2. Los factores socioeconómicos relacionados a no adherencia farmacológica en los hipertensos de la serie fueron: no tener capacidad económica para comprar los medicamentos antihipertensivos en un 94.7% y no tener capacidad económica para comprar los cambios en la dieta recomendada 63.3% y en menor porcentaje los aspectos educacionales 49% y sociales en un 47%, ya que aún no se ha logrado el aseguramiento universal de salud.
3. Los factores del sistema y equipo de salud relacionados a no adherencia farmacológica en los hipertensos de la serie fueron: tener dificultades para el acceso al cuidado por cobertura de sistema asistencial 66.7% (no contar con seguro de salud).
4. Los factores de la terapia relacionados a no adherencia farmacológica en los hipertensos de la serie fueron: no comprender las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios 80.7%, efectos adversos 84.2% y dificultades para cumplir el tratamiento médico 63.2%.
5. Los factores del paciente relacionados a no adherencia farmacológica en los hipertensos de la serie fueron: no tener conciencia de su

enfermedad 14.0%, no tener conciencia de su rol en el autocuidado de su salud 29.8% y tener malas creencias sobre el tratamiento farmacológico en un 17.5%.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Ante la elevada frecuencia de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico hipertensivo en el Hospital María Auxiliadora que no son identificados y sobre los cuales no se realiza ninguna intervención de mejora, se recomienda a las autoridades administrativas del Hospital y a los coordinadores médicos del servicio de Cardiología el uso del Test de Morinsky-Green-Levine. Se sugiere que el MINSA, por la importancia de las repercusiones en la salud pública que conlleva la falta del control de la presión arterial, seleccione un único instrumento para adherencia farmacológica para ser usado en todos los niveles de atención.

2. Respecto a los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia farmacológica, se recomienda hacer seguimiento con el servicio de asistencia social para asegurar la donación de medicinas, acceso a la atención médica y el apoyo socio-familiar para los que no lo disponen.

3. Respecto a los factores del sistema y equipo de salud relacionados a no adherencia farmacológica, se recomienda ejecutar acciones de mejora para lograr el ingreso al Seguro Integral de Salud (SIS) y capacitación al personal de salud en técnicas de comunicación y uso de material instructivo para mejorar la relación médico-paciente y minimizar los inconvenientes del tiempo y orden en la explicación de las prescripciones médicas, las que además, deben ser reforzados por personal de enfermería y farmacia.

4. Respecto a los factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica, se recomienda ejecutar estrategias de intervención educativa y de capacitación personalizada a cargo de personal de enfermería y farmacia para absolver las dificultades que tienen los pacientes para cumplir por la interferencia de sus actividades ocupacionales, acudir a citas, resolución de dudas sobre la dosis, horarios y relación con las comidas.

5. Respecto a los factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica, se recomienda realizar actividades de intervención psicológica y farmacológica para mejorar la conciencia de la enfermedad, el autocuidado y evitar los efectos adversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra, 2013.
2. Zubeldia L.L, Quiles I.J, Mañes V.J, Redón M.J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores relacionados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Pública, 2016; 11(90): 15-23
3. Oca R.A, Naranjo H.Y, Medina G.G, Hernández M.B, Molina MJ. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. (en línea) Rev Soc Peru Med Interna 2012 (citada 12 de mayo del 2017); 25 (2): 71-78. Disponible en: http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25_2_2012/rev.%20spmi%20Trabajo%20original%20hipertension%20arterial%2025-2.pdf
4. Vera G, Nataša D, Svetlana K, Sonja S, Jasmina G, Sonja T, Svetlana K, Sonja S, Jasmina G, Sonja T. Epidemiology of hypertension in Serbia: Results of a national survey. J Epidemiol, 2012; 22:261-266
5. Labeit AM, Klotsche J, Pieper L, Pittrow D, Einsle F, Stalla GK, Lehnert H, Silber S, Zeiher A, Marz W, Wehling M, Wittchen HU. Changes in the prevalence, treatment and control of hypertension in Germany? A clinical-epidemiological study of 50.000 primary care patients. PLOS One. 2012;7.
6. Castillo Á.Y, Chávez V.R; Guerra J.A. Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registrada en el Día Mundial de la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Experiencia de un grupo de trabajo. (en línea) Rev Cub Med 2011 (citado 15 de mayo del 2017);50(3). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300002&lng=es&nrm=iso

7. Encuesta Nacional en Salud y Nutrición 2012-México. (ENSANUT 2012). Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. (citado el 10 de mayo del 2017). Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Hipertension ArterialAdultos.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática del Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES 2014. Lima, 2015.
9. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática del Perú. Enfermedades transmisibles y no transmisibles 2014. Lima, abril 2015.
10. Segura I, Agusti R, Parodi J. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (Estudio TORNASOL). Rev Per Cardiol 2006; 32: 82-128
11. Segura I, Agusti R, Ruiz E. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú II (TORNASOL II). Rev Per cardiol 2013; 1: 5-59
12. Medina L.J, Zea D.H, Morey V.OL, Bolaños S.JF, Muñoz A.E, Postigo M.M, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in Peruvian Andean hispanics: the PREVENCIÓN study. Diabetes Res Clin Pract. 2007; 78(2): 270-281.
13. Agusti C.R. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. (en línea) Acta méd. peruana. mayo/agos. 2006 (citado 25 de abril del 2017); 23(2): 69-75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005&lng=es&nrm=iso
14. Barquera S, Campos N.I, Hernandez B.L, Villalpando S, Rodriguez G.C, Durazo A.R, Aguilar S.CA. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex, 2010; 52 (1): 63-71.
15. Orellana C.DF, Chacón A.KL, Quizhpi L.JM, Alvarez S.ME. Estudio transversal: Prevalencia de hipertensión arterial, falta de adherencia

- al tratamiento antihipertensivo y factores relacionados en pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Revista Médica HJCA. 2016; 8(3): 252-258
16. Arévalo A.MP, López G.MS, López S.DV, Martínez R.FC, Cleiton F. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. méd. Hosp. José Carrasco Arteaga, 2016; 8(1): 8-13
 17. Martín A.L, Bayarre V.H, Corugedo R.MC, Vento I.F, La Rosa M.Y, Orbay A.MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública (en línea) 2015 Mar (citado 18 de mayo del 2017); 41(1):38-46
 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004&lng=es
 18. Solórzano R.MY. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Cuidad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-Mayo 2015. [Tesis para título de especialista en medicina interna, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Valencia-Venezuela, 2015]
 19. Piñaloza G.SG. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en mayores de 18 años que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico de la Ciudad de Ambato. [tesis para título de médico cirujano. Facultad de ciencias de la salud, Universidad técnica de Ambato-Ecuador, 2014]
 20. Pérez I.D, Reve U.MR, Pérez I.N. Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Vol. 53, núm. 255; 2014: 12-18
 21. Salcedo B.A, Gómez O.AM. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. Av. enferm., Colombia, 2014; 32(1): 33-43

22. Osorio V.FJ, Mesa E.G, Martínez JW. Adherencia al tratamiento antihipertensivo con captopril. Rev Med Risaralda, 7(1), mayo de 2013: 32-38
23. Giorgi M.A, Volma S, Pereira L, Coca A. Análisis de la persistencia de pacientes bajo tratamiento antihipertensivo en un programa de educación y administración de medicación. Rev Argent Cardiol, 2011; 28(4):137-142
24. Corugedo R.MDC, Martín A.L, Bayarre V.H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. (en línea) Rev Cubana Med Gen Integr . 2011 (citado 12 de mayo del 2017); 27(4): 504-512. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009&lng=es
25. Contreras O.C. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 201-211
26. Quintana S.C, Fernández B.JE. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev Cubana Invest Bioméd (en línea) 2009 Jun (citado 12 de abril del 2015); 28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007&lng=es
27. Martín A.LDA. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007. Tesis para grado de Doctora en ciencias de la salud. La Habana 2009.
28. García M.AJ, Alonso C.L, López P.P, Yera A.I, Ruiz S.AK, Blanco H.N. Reacciones adversas a medicamentos como causa de abandono del tratamiento farmacológico en hipertensos. (en línea) Rev Cubana Med Gen Integr, 2009 (citado 28 de abril del

- 2017); 25(1): 23-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100005&lng=es.
29. Agámez P.A, Hernández R.R, Cervera E.L, Rodríguez G.Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. AMC. (en línea) 2008 Oct (citado el 20 de abril del 2017); 12(5): 28-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es.
30. Granados G, Gil R, Nieto J, Moreno S.P.E, Ybarra J.L. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2007; 7(3): 697-707
31. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Gaviria AM, Chavarría F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Informes Psicológicos, Medellín, Colombia, 2006; 8: 89-106
32. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Pontificia Universidad Javeriana de Cali, octubre-diciembre de 2006; 5(3):535-547.
33. Rodríguez, H., Molero, M. y Acosta, L. Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en un área de salud. (en línea) febrero 2004. (citado 25 de abril del 2017). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/antihipertension/antihipertension.shtml>.
34. Cerna S.K, Vela R.R.L. Factores que determinan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. [Tesis para título de enfermero en emergencias y desastres. Facultad de ciencias de la salud, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima-Perú, 2016]
35. Depaz FC. Validez del índice de masa corporal y del perímetro abdominal como indicadores de hipertensión arterial en adultos. CAP Metropolitano EsSalud 2016. [Tesis para título de médico cirujano,

Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo-Perú, 2016]

36. Cieza Z.A, Rosas P.MI. Prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica y obesidad en una población urbana de los distritos de Carabaylo, Comas e Independencia en los años 2014 y 2015. *Acta Med Perú*, 2016; 33(4): 296-303
37. Arhuallanqui R, Diestra C.G, Tang H.J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered*, 2010; 21(4): 197-201.
38. Sánchez S.JR. Factores de riesgo relacionados a la presentación de Hipertensión Arterial no controlada en pacientes mayores de 60 años atendidos en consultorios externos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Junio 2006 a Junio 2008. (en línea) [Tesis para optar grado de Médico-cirujano. Lima 2009, Universidad Ricardo Palma] (citado febrero 2015). Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/224>
39. Padilla C.MA. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM: enero-junio 2007. (en línea) [Tesis para optar grado de magíster en Salud Pública. Unidad post-grado UNMSM, Lima 2009] (citado febrero 2015) Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2504>
40. Revilla L, López T, Sánchez S, Yasuda M, Sanjinés G. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica* 2014; 31(3)
41. Castillo R.P, Rivera B.R, Castillo R.M, Munayco E.C, Aguirre M.W. Prevalencia y posibles factores de riesgo para Hipertensión Arterial en la población urbana del Distrito De Santiago, Ica. (en línea) *Revista Peruana de Cardiología*: 2010. (citado 15 de mayo del 2017).

Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v21_n2/prevalencia_posibles_factores.htm

42. Chabonian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hipertensión*. 2008; 42:1206–1252.
43. Stamler J. The Intersalt study: Background, methods, findings and implications. *Am J Clin Nutr* 1997; 65: 626-642
44. Davis MM, Jones DW. The role of lifestyle management in the overall treatment plan for prevention and management of hypertension. *Semin Nephrol*. 2008;22(1):35-43.
45. Yamori Y, Liu L, Ikeda K, Mizushima S, Nara Y, Simpson FO. Different associations of blood pressure with 24-hour urinary sodium excretion among pre- and post-menopausal women. WHO cardiovascular diseases and alimentary comparison (WHO-CARDIAC) study. *J Hypertens*. 2001; 19: 535-538.
46. Akita S, Sacks Fm, Svetkey Lp, Conlin Pr, Kimura G. Effects of the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on the pressure-natriuresis relationship. *Hypertension*. 2003; 42: 8-13.
47. Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA*. 2009; 302: 401-411.
48. Mancia G, Bombelli M, Facchetti R, Madotto F, Corrao G, Quarti Trevano F, et al. Long-term risk of diabetes, hypertension and left ventricular hypertrophy associated with the metabolic syndrome in a general population. *J Hypertens*. 2008; 26: 1602-1611.
49. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. The Trials of Hypertension Prevention, phase ii. *Arch Intern Med*. 1997; 157: 657--667.

50. Siebenhofer A, Jeitler K, Berghold A, Waltering A, Hemkens LG, Semlitsch T, et al. Long-term effects of weight-reducing diets in hypertensive patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;9: 87-94
51. He J, Wofford MR, Reynolds K, Chen J, Chen CS, Myers L, et al. Effect of dietary protein supplementation on blood pressure: a randomized, controlled trial. *Circulation.* 2011; 124: 589-595.
52. Murphy J, Coster G. Issues in patient compliance. *Drugs,* 1997; 54: 797-800.
53. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (en línea) Washington: 2004 (citado 15 de mayo del 2017);19-21. Disponible en: www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062
54. Stevens G, Dias RH, Thomas KJA, Rivera JA, Carvalho N, et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: National and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. *PLoS Med* 2008;5(6): e125.
55. Ruíz M.E. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Rev Diagnóstico,* 2015; 54(4): 179-183
56. Chacón B.D, González M.M, Velásquez Z.A, Segura S.O. Risk Factors Analysis Associated to Hypertension. *Centro Científico Médico de Holguín* 2008;12(1): 21-45
57. Acosta G.M. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con su adherencia terapéutica. (en línea) *Rev Cub Enf,* 2005 (citado 12 de mayo del 2017); 21(3): 6-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enf08305.pdf
58. Bonilla C, Gutiérrez DR.E. Descripción del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Tesis (Maestría en Enfermería). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2006.

59. Mendoza S. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev Méd (Chile)* 2006; 134: 67.
60. Gamboa, R. Problemática socio-cultural de la hipertensión arterial. *Rev Soc Peru Med Interna* 2012; vol 25 (2) 71.
61. Tapia, J. Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de Chaiten 2005. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. 2006. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>.
62. Price Y, Muñoz L. Comprendiendo la Búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. (en línea) *Rev Invest Educ Enferm* 2003; (citado 21 de abril del 2017); 21(1): 38-46. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396706&indexSearch=ID>
63. Crespo T, Rubio V, Casado M, Sánchez J, Campo C. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio. (en línea) *Hipertensión* 2011 (citado 10 de mayo del 2017); 17(1): 4-8. Disponible en: http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta_adherencia.pdf
64. Zumbado J, Zumbado M. Prevalencia y manejo de la hipertensión arterial en consultorio privado en Santa Bárbara – Heredia, Costa Rica. (en línea) *Rev Costarric Salud Pública* 2011 (citado 16 de mayo del 2017); 20(1): 52-55. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr /scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292011000100009#1.
65. Instituto de Gestión de Servicios de Salud del Hospital María Auxiliadora-MINSA. Compendio estadístico 2016. (en línea) Oficina de estadísticas e informática, 2017 (citado 28 de abril del 2017). Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/publicaciones/28.pdf>
66. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24(1): 67-74.

67. Ortiz C. Validez y confiabilidad del instrumento Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.

ANEXOS

ANEXO Nº 01: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE								
Adherencia farmacológica	Nivel de cumplimiento del autocuidado que tiene el paciente respecto al uso correcto de los fármacos antihipertensivos	Grado de cumplimiento de las prescripciones médicas en cuanto a dosis, horario y duración de los fármacos anti-HTA	Cualitativa	Ítems 7,8,9 y 10	Dicotómica	Nominal	Si, no	Test de Morinsky-Green-Levine
INDEPENDIENTES								
Factores socioeconómicos	Características sociales y económicas del paciente con HTA que favorecen la mala adherencia farmacológica.	Frecuencia de ocurrencia del factor socioeconómico que señala el paciente hipertenso encuestado	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad económica para comprar medicamentos - Capacidad para comprar los cambios en la dieta recomendada - Aspectos educacionales (conocer la información sobre el tratamiento de la HTA) - Aspectos sociales (apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir tratamiento) 	Dicotómica	Nominal	Si, no	Cuestionario de factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con riesgo cardiovascular
Factores del	Son las	Frecuencia de	Cualitativa	- Mala relación médico-paciente	Dicotómica		Si, no	

sistema y equipo de salud	características del sistema y equipo de salud que influyen en el paciente con HTA modificando su respuesta negativa a la adherencia farmacológica.	ocurrencia del factor del sistema y equipo de salud que señala el paciente hipertenso encuestado		(capacidad de respuesta a las inquietudes y dificultades del tratamiento que tiene el paciente e interés del médico por cumplir el tratamiento) - Dificultades para el acceso al cuidado - Dificultades del lugar o establecimiento donde se realiza la atención		Nominal		de Ortiz C.
Factores de la terapia	Características de la terapia que influyen en el paciente con HTA modificando su respuesta negativa a la adherencia farmacológica	Frecuencia de ocurrencia del factor de la terapia que señala el paciente hipertenso encuestado	Cualitativa	- Monodosis - Comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios - Dosis - Relación con las comidas - Efectos adversos - Suspensión del tratamiento con mejoría de sintomatología - Dificultades para cumplir el tratamiento médico	Dicotómica	Nominal	Si, no	
Factores del paciente	Características del mismo paciente que influyen en el paciente con HTA modificando su respuesta negativa a la adherencia farmacológica.	Frecuencia de ocurrencia del factor del paciente que señala el paciente hipertenso encuestado	Cualitativa	- Conciencia de enfermedad - Conciencia de su rol en el autocuidado de su salud - Malas creencias sobre el tratamiento farmacológico - Baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad	Dicotómica	Nominal	Si, no	

Factores de la terapia:

- Monodosis 1. Si () 2. No ()
- Comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios 1. Si () 2. No ()
- Comprensión de las dosis 1. Si () 2. No ()
- Relación con las comidas 1. Si () 2. No ()
- Efectos adversos 1. Si () 2. No ()
- Suspensión del tratamiento con mejoría de sintomatología 1. Si () 2. No ()
- Dificultades para cumplir el tratamiento médico 1. Si () 2. No ()

Factores del paciente:

- Conciencia de su enfermedad 1. Si () 2. No ()
- Conciencia de su rol en el autocuidado de su salud 1. Si () 2. No ()
- Malas creencias sobre el tratamiento farmacológico 1. Si () 2. No ()
- Baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad 1. Si () 2. No ()

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tesis: “FACTORES RELACIONADOS A LA NO ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA, 2017”

Yo _____

Doy fe de haber recibido información referente al objetivo del estudio, la importancia de conocer el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, así como se han absuelto mis dudas e interrogantes, por lo que expreso mi voluntad de querer participar voluntariamente en este trabajo de investigación.


Se me informó que no se me realizará ningún procedimiento ni exámenes de control, que tampoco tendré ningún tipo de sanción o pérdida de beneficios si me retiro de ella y que mi nombre no aparecerá en ningún informe o publicación de los resultados de este estudio.

Encuestado:

FIRMA

DNI N° _____

ANEXO N°04: CARTA DE ACEPTACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACION

	Perú	Ministerio de Salud	Hospital María Auxiliadora	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI)	"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú" "Año del Buen Servicio al Ciudadano"
---	------	---------------------	----------------------------	---	---

CONSTANCIA

El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, CERTIFICA que el PROYECTO TESIS, Versión del 05 de diciembre del presente; Titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL NACIONAL MARIA AUXILIADORA, 2017"; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/073/17, presentado por la Investigadora: **Bachiller Cristina Élica ROCA CAMBORDA**; ha sido **REVISADO**.

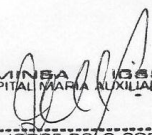
Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **05 de diciembre del 2018**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 05 de Diciembre de 2017.

Atentamente.




MINSAL IESS
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
MC JORGE POLO CORTEZ
JEFE DE LA OFICINA
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

JPC/mags.
c.c. Investigador.
c.c. Archivo.

1 de 1

www.hma.gob.pe

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Miguel Iglesias N° 968
Telf. (511) (01) 2171818 - 3112
Fax: (511) (01) 2171828

ANEXO N° 05: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Instrumento
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos atendidos en consulta externa del Servicio de Cardiología en el Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los factores relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos atendidos en consulta externa del Servicio de Cardiología en el Hospital Nacional María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2017</p>	No aplica		<p>Tipo de estudio: No experimental</p> <p>Diseño: observacional, descriptivo y transversal</p> <p>Población: Pacientes hipertensos atendidos en el Servicio de Cardiología del HNMA</p> <p>Muestra: 100 pacientes</p>	<p>Test de Morinsky-Green-Levine</p> <p>Cuestionario de factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con riesgo cardiovascular de Ortiz C.</p>
<p>¿Cuál es la frecuencia de no adherencia farmacológica en hipertensos?</p> <p>¿Cuáles son los factores socioeconómicos relacionados a no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos?</p> <p>¿Cuáles son los factores del sistema y equipo de salud relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO Conocer la frecuencia de la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos.</p> <p>Describir los factores socioeconómicos relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos.</p> <p>Identificar los factores del sistema y equipo de salud relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos.</p>		<p>Variable dependiente Adherencia farmacológica</p> <p>Variable independiente Factores socioeconómicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad económica para comprar medicamentos - Capacidad económica para comprar los cambios en la dieta recomendada - Aspectos educacionales (Conocer la información sobre el tratamiento de la HTA) - Aspectos sociales (apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir el tratamiento farmacológico) <p>Factores del sistema y equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mala relación médico-paciente (capacidad de respuesta a las inquietudes y dificultades del tratamiento que tiene el 	<p>Técnica de recolección de datos: Encuesta</p> <p>Análisis estadístico Estadística descriptiva con distribución porcentual</p>	

<p>hipertensos?</p> <p>¿Cuáles son los factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos?</p> <p>¿Cuáles son los factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos?</p>	<p>Describir los factores de la terapia relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos.</p> <p>Identificar los factores del paciente relacionados a la no adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos.</p>		<p>paciente e interés del médico por cumplir el tratamiento)</p> <ul style="list-style-type: none">- Dificultades para el acceso al cuidado por cobertura de sistema asistencial (seguro de salud)- Dificultades del lugar o establecimiento donde se realiza la atención <p>Factores de la terapia:</p> <ul style="list-style-type: none">- Monodosis- Comprensión de las indicaciones sobre el uso del fármaco en horarios- Comprensión de las dosis- Relación con las comidas- Efectos adversos- Suspensión del tratamiento con mejoría de sintomatología- Dificultades para cumplir el tratamiento médico <p>Factores del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Conciencia de su enfermedad- Conciencia de su rol en el autocuidado de su salud- Malas creencias sobre el tratamiento farmacológico- Baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad	
--	--	--	--	--

