

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**



Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión
arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de
Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-
EsSalud. Ayacucho -2018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICA

Presentado por:

Bach. HUAMAN CHAVEZ, Ruth Yanet

AYACUCHO – PERÚ

2018

Con infinita gratitud a Dios, quien supo guiarme y darme fuerzas para seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mis padres y hermanos por sus consejos y apoyo incondicional durante mi formación profesional y espiritual.

AGRADECIMIENTO

A mi *Alma Mater* la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, donde se forman profesionales humanistas al servicio de la sociedad y a la Facultad de Ciencias de la Salud sobre todo a la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica y a sus docentes por su aporte invaluable para la formación personal y profesional. Al Hospital II Carlos Tupia García Godos - EsSalud, en especial al Q.F. Luis Vicuña y al personal del área de farmacia, excelentes profesionales, grandes compañeros y amigos, gracias por el apoyo y la confianza brindada.

A mi asesor, Químico Farmacéutico Edgar Cárdenas Landeo, por su orientación, persistencia, consejos, sugerencias y sobre todo paciencia que han sido motivo fundamental durante el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE

	Páginas
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xiii
RESUMEN	xvii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
2.1. Antecedentes del estudio	3
2.2. Hipertensión Arterial	10
2.2.1. Clasificación de la Hipertensión Arterial (HTA).	11
2.2.2. Clasificación de los Agentes Antihipertensivos	12
2.3. Adherencia terapéutica	17
2.3.1. Factores determinantes de la adherencia.	18
2.3.2. Métodos para medir la adherencia al tratamiento terapéutico	18
2.3.3. Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)	19
2.3.4. Test de Batalla (test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)	20
III. MATERIALES Y MÉTODOS	21
3.1. Ubicación	21
3.1.1. Límites de estudio	21
3.2. Materiales	21
3.2.1. Población	21
3.2.2. Muestra	21
3.2.3. Criterios de inclusión	21
3.2.4. Criterios de exclusión	21
3.2.5. Instrumento de estudio	22
3.3. Diseño metodológico	22
3.4. Metodología	22
3.4.1. Determinación del tamaño de muestra	22
3.5. Prueba piloto	22
3.6. Procedimiento y recolección de datos	22
3.7. Estudio final	24
3.8. Análisis estadístico	24
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN	33
VI. CONCLUSIONES	43
VII. RECOMENDACIONES	45
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión Arterial, cifras aceptadas de presión arterial sistólica y presión arterial diastólica aceptadas en el séptimo reporte del Joint National Commite y en las guías ACC/AHA 2017.	11
Tabla 2. Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre cifras de presión arterial.	11
Tabla 3. Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre la escogencia del fármaco antihipertensivo	12
Tabla 4. Clasificación de diuréticos	13
Tabla 5. Clasificación de Beta Bloqueantes	14
Tabla 6. Clasificación de Calcioantagonistas	15
Tabla 7. Fármacos que actúan en el sistema renina-angiotensina	16
Tabla 8. Adherencia terapéutica, según las características sociodemográficas en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	28

ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1.	Representación de las combinaciones terapéuticas más empleadas. Los diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora angiotensina (IECA), antagonista de los receptores angiotensina (ARA), calcioantagonista, betabloqueante, inhibidor directo de renina. 17
Figura 2.	Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018 27
Figura 3.	Adherencia terapéutica según años de diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018 29
Figura...4.	Adherencia terapéutica según tratamiento higiénico-dietético en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018 30
Figura 5.	Adherencia terapéutica según el número de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018 31
Figura 6.	Adherencia terapéutica en relación al nivel de conocimiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018 32

ÍNDICE DE ANEXOS

	Páginas
Anexo 1. Validación del cuestionario de MBG en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	57
Anexo 2. Farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018	58
Anexo 3. Receta del servicio de cardiología admitida en farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018	59
Anexo 4. Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG	60
Anexo 5. Test de Batalla (Test de Autoconocimiento)	62
Anexo 6. Tríptico de la Hipertensión Arterial anverso que se realizó para la orientación farmacéutica en farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho-2018	63
Anexo 7. Tríptico de la Hipertensión Arterial reverso que se realizó para la orientación farmacéutica en farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho-2018	64
Anexo 8. Orientación farmacéutica en farmacia de consultorio en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	65
Anexo 9. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	66
Anexo 10. Adherencia terapéutica según edad en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	67
Anexo 11. Adherencia terapéutica según sexo en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el	

	Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	68
Anexo 12.	Adherencia terapéutica según Ocupación en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	69
Anexo 13.	Adherencia terapéutica según Grado de instrucción en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	70
Anexo 14.	Adherencia terapéutica según estado civil en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	71
Anexo 15.	Adherencia terapéutica según años de diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	72
Anexo 16.	Adherencia terapéutica según tratamiento higiénico-dietético en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	73
Anexo 17.	Relación de hábitos higiénico – dietético de los pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	74
Anexo 18.	Adherencia terapéutica según el número de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	75

Anexo 19.	Relación de grupos farmacológicos de medicamentos prescritos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018	76
Anexo 20.	Adherencia terapéutica según el nivel de conocimiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho – 2018	77
Anexo 21.	Total de respuestas correcta e incorrecta de las preguntas del test de Batalla (autoconocimiento) en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho – 2018	78
Anexo 22.	Matriz de consistencia	79

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial hospital II Carlos Tuppia del García Godos-EsSalud, en la ciudad de Ayacucho. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, durante el periodo de mayo a setiembre del 2018. La muestra fue constituida por 82 pacientes entre las edades de 30 a 60 años de edad, quienes eran atendidos en el servicio de cardiología. Se aplicó el cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) para determinar la adherencia terapéutica y el Test de Batalla para identificar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial. Se obtuvo como resultados que el 64,6% tiene adherencia parcial, los que tienen de 30 a 40 años predominan en el estudio, el sexo tiene resultados semejantes, el desempleado y empleado tienen mayor porcentaje de desarrollar adherencia parcial, los que tienen grado de instrucción secundaria desarrolla mayor adherencia parcial, así como los pacientes que son casados muestran mayor porcentaje de adherencia terapéutica, predominaron los que tienen entre 5 a 8 años de diagnóstico, la mayoría desarrolla un hábito higiénico-dietético regular y los pacientes tienen monoterapia siendo el medicamento más prescrito el valsartán de 80mg. El nivel de conocimiento es un factor que influye en la adherencia terapéutica.

Se concluye que la adherencia terapéutica es parcial en los pacientes del hospital II Carlos Tuppia del García Godos-EsSalud.

Palabras clave: hipertensión arterial, adherencia terapéutica, conocimiento

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial.¹ En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes.² Se estima que esta enfermedad afecta a uno de cada tres adultos mayores de 25 años de edad. La hipertensión es uno de los principales factores asociados a cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad.³

En el Perú, en las últimas décadas han acontecido importantes cambios en la distribución de la población, con un incremento acelerado, básicamente por una gran migración del campo a la ciudad, en busca de mejores niveles de vida.⁴ El Perú es un país con alta prevalencia de los factores de riesgo conocidos para el desarrollo y pobre control de la hipertensión arterial (HTA), lo que, sumado al bajo nivel educativo con su consecuente pobre nivel de conocimiento de la enfermedad y de las implicancias del tratamiento, constituyen un caldo de cultivo para el desarrollo y evolución natural de la misma.⁵ El cumplimiento terapéutico se define como la adherencia del paciente a las normas o consejos dados por el personal de salud. El incumplimiento terapéutico, es una causa frecuente de mal control de la Hipertensión Arterial (HTA) hasta el punto de que su diagnóstico debe valorarse en los primeros pasos del estudio de una falta de respuesta al tratamiento.⁶

El Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud hasta la fecha tiene registrado 435 pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial que están entre las edades de 30 y 60 años, que acuden a su control de manera mensual, sin embargo no cuentan con registros que indique la cantidad de pacientes que cumplan con el

tratamiento correctamente, existen pacientes con un cuadro de hipertensión arterial no controlada, algunos desconocen la enfermedad, siendo motivo emprender esta investigación de determinar la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial del hospital II Carlos Tuppia García Godos EsSalud, con este conocimiento se ayudará la prevención y manejo adecuado en grupo vulnerables que padezcan de la enfermedad, así mismo, exigir una actitud proactiva y educativa del profesional de salud que contribuye a un acercamiento del paciente y el uso de herramientas que favorezcan el cumplimiento del tratamiento. Así mismo, incentivar a profundizar la investigación para desarrollar estrategias y así mejorar la calidad de atención en el hospital II de Ayacucho - Es Salud, para los cuales se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General

Determinar la Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Servicio de Cardiología del hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud.

Objetivos Específicos

- Medir la Adherencia terapéutica, según las características sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, estado civil en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Servicio de Cardiología del hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud.
- Medir la Adherencia terapéutica, según los años de tratamiento en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Servicio de Cardiología del hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud.
- Medir la Adherencia terapéutica, en relación al tratamiento Higiénico - Dietético en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Servicio de Cardiología del hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud.
- Medir la Adherencia terapéutica, según el número de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Servicio de Cardiología del hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud.
- Medir la Adherencia al tratamiento terapéutico, en relación al nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Servicio de Cardiología del hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son las responsables del 63% de las muertes, indicando que solo en el año 2008 36 millones de personas fallecieron por causa de este tipo de enfermedades; es tal la preocupación de los países sobre esta problemática que en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en el mes de abril de 2008, coincidieron en que la única forma de combatir esta problemática era trabajar conjuntamente realizando compromisos puntuales para controlar y prevenir este tipo de enfermedades.⁷

Un estudio transversal multipaís realizado en adultos de 35 a 70 años reclutados durante el periodo 2003-2009, encontró que solo 46,5% de las personas diagnosticadas de hipertensión arterial estaban conscientes de su diagnóstico. A su vez, se encontró que el 87,5% de personas diagnosticadas recibía tratamiento farmacológico, y de ellos, solo el 32,5% estaba controlado.¹

En relación a la información oficial de nuestro país, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2013, realizada en personas de 15 años a más, mostró una prevalencia de presión arterial alta de 16,6%; siendo esta prevalencia de 21,5% en hombres y 12,3% en mujeres. Además, encontró que solo el 12,2% de estos fueron diagnosticados por un médico. De este total, el 62% recibe tratamientos.¹

Martín et al.⁸, en el año 2009, realizaron una investigación denominada “Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubana”, el estudio se realizó en el policlínico universitario “Manuel Piti Fajardo”, provincia Cienfuegos (Cuba) en el año 2009. La muestra fue conformada por 351 pacientes. La información se obtuvo con la aplicación del cuestionario MBG (Martín, Bayarre y Grau) y un cuestionario para estudiar los factores que influyen en la adherencia, concluyendo que la adherencia al tratamiento antihipertensivo se manifiesta en diferentes grados considerados como niveles: total, parcial y no adherencia con predominio del nivel de adherencia total, sin embargo en una magnitud insuficiente en relación con la necesidad de lograr altos

niveles de adherencia para el control de la enfermedad. El proceso de adherencia al tratamiento estuvo favorecido por el componente implicación personal del paciente, también por el relacionado con "cumplimiento de las indicaciones médicas" en especial las referidas al consumo de medicamentos en dosis y horas adecuadas. En tanto, la práctica de ejercicios físicos resultó ser la indicación menos ejecutada por los pacientes.

En Ecuador Bravo⁹ realizó, una investigación denominada "Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. Santa Rosa-El Oro, 2016", en pacientes hipertensos de 45 años en adelante que pertenecen al Centro Anidado Santa Teresita de la ciudad de Santa Rosa, provincia de El Oro, durante el año 2016. La muestra fue seleccionada de manera no probabilística conformada por 100 pacientes, 50 pacientes para grupo control y 50 pacientes para grupo de intervención, el test que se utilizó en este estudio para medir la adherencia al tratamiento farmacológico se denomina Test de cumplimiento auto comunicado de Morisky-Green, un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, así mismo, también se hace uso del cuestionario Funcionamiento Familiar FF-SIL, este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario, concluyendo en ambos grupos de estudio predominó el sexo femenino, siendo la edad dentro del intervalo de los 45 a 64 años, el estado civil casado; la ocupación más frecuente fue el empleado privado y la instrucción primaria prevaleció. La mayoría de los participantes e involucrados tenía antecedentes familiares de HTA, el tratamiento más frecuente fue con una sola droga siendo en la mayoría de los casos provenientes de familias funcionales. La intervención fue efectiva, tanto en adherencia al tratamiento como en el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial (HTA).

Pomares et al.¹⁰ en el año 2009, realizaron un estudio denominado "Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos - Cuba, realizó un muestreo aleatorio simple quedando conformada la muestra por 27 pacientes, utilizó como instrumento de evaluación el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martin-Bayarre-Grau). Se aplicaron dichas herramientas de forma individual a cada paciente obteniendo como resultado que el grupo etario de más de 60 años tiene mayor cantidad de hipertensos, el sexo femenino tiene

mayor prevalencia, mayor nivel de escolaridad, así como los profesionales. El tiempo de evolución de la enfermedad que prevaleció fue el de más de 10 años, dando como resultado a conocer una adherencia parcial a tratamiento.

En Cuba Santiago et al¹¹ en el año 2013 a 2014, realizaron una investigación denominada "Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años", se tuvo de muestra 245 hipertensos mayores de 60 años con tratamiento farmacológico del Consultorio 16, Policlínico "26 de Julio", Municipio Playa, La Habana, concluyendo que la adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja. Es causado por diversos factores, uno de los principales es el olvido para tomar los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la Hipertensión Arterial.

En Colombia, Ramírez¹² en el año 2014, realizó un estudio denominado "Adherencia a la farmacoterapia en pacientes hipertensos ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, Norte de Santander (Colombia)", basado en el test de Morisky-Green, se realizó un análisis multivariado de los pacientes ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, de Villa del Rosario, Norte de Santander, concluyendo que los medicamentos más utilizados para la hipertensión arterial fueron los del grupo farmacológico antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II) y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), acompañados con diuréticos y antiagregantes plaquetarios. Es frecuente que los pacientes suspendan sus medicamentos por periodos y esto es causal de su no adherencia a la farmacoterapia.

En Guatemala Vásquez¹³ en el año 2016, realizó un diseño de estudio denominado "Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial", dado en el Hospital Regional de Cobán Alta Verapaz, cuyo instrumento de evaluación fue del Test Morisky-Green-Levine aplicados a 103 pacientes ingresados al servicio de medicina interna, obteniendo como resultado que el 47,57% es adherente y un 52,42% es no adherente al tratamiento farmacológico llegando a la conclusión de que existe una escasa adherencia terapéutica, no todos los pacientes con esquema terapéutico se adhieren al tratamiento por múltiples factores.

En Ecuador Cañar³, realizó un estudio denominado “Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, sector er05, santos marcos, 2016”, conformada por 69 pacientes hipertensos en el centro de salud San Marcos periodo 2015-2016. Se incluyeron personas mayores de 35 años con diagnóstico previo de hipertensión arterial compuesta por 46 mujeres (66,7%) y 23 hombres (33,3%), aplicó el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau, por medio de la cual se obtuvo información del tratamiento no farmacológico y farmacológico de los pacientes sobre la adherencia al tratamiento; se utilizó una escala para poder valorar el grado de adherencia de los pacientes, concluyendo que la población hipertensa de este estudio presenta mala adherencia al tratamiento, predominando el adulto joven, sexo femenino, nivel de instrucción básica y ocupación laboral. Los pacientes que presentan hipertensión Grado II y III son los que abandonan el tratamiento con mayor frecuencia, manteniéndose no controlados, presentan mayor riesgo para la aparición de complicaciones. La relación médico-paciente en su mayoría se estimó como buena, aun así, no ha sido efectiva para lograr la adherencia al tratamiento. La mayoría de las personas hipertensas no realizan actividad física, teniendo una vida sedentaria y no incorporan la dieta sin-sal. En relación a la medicación prevalece la terapia combinada, son mínimos los efectos colaterales, no cumplen con el horario establecido del fármaco. La familia en su mayoría no apoya ni supervisa al hipertenso para que cumpla con las prescripciones médicas.

En México Ruiz¹⁴ en el año 2012 a 2014, realizó un estudio denominado “Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz”, usando como instrumento de recolección el test de Martin-Bayarre-Grau, obteniendo como resultado que el 61% son del género masculino, con una edad promedio de 44,8 años, la ocupación más frecuente empleado en un 78%, el 48 % de la población presento nivel de educación secundaria, relacionado al grado de adherencia se encontró una adherencia parcial del 88%, una adherencia total del 1%, no adherencia del 11% de los pacientes estudiados, mediante el cual se llegó a la conclusión de que se evidenciaron tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial y no adheridos, predominaron los adheridos parciales con respecto a los demás, pero a pesar de que fueron superiores en magnitud, resultan insuficientes en relación con la importancia de la adherencia total para esta enfermedad. Se evidencia que los factores relacionados con la adherencia total de manera

favorable fueron nivel de escolaridad secundaria y ocupación empleado en el grado de no adherencia.

En México, Maldonado et al.¹⁵ en el año 2011 realizaron un estudio denominado “Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau”, conformada por 322 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial cuyas edades oscilan entre 20 a 69 de la unidad familiar del instituto mexicano del seguro social que acudieron a consulta externa de medicina familiar de enero a abril del 2011, el instrumento que mide la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, fue el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau), llegando a los resultados que 39% tiene adherencia total al tratamiento, 59% adheridos parciales y 2% no adheridos, concluyen que se puede mejorar la adherencia terapéutica para disminuir las complicaciones de la enfermedad a largo plazo.

En Perú Rodríguez et al.¹⁶, realizaron un estudio denominado “Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015”, el muestreo fue por conveniencia que incluyó 340 pacientes hipertensos de consultorios de cardiología en el periodo mayo-agosto de 2015. La variable principal de exposición fue grado de conocimiento sobre hipertensión medida con el cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión (CSH) y la variable respuesta fue grado de adherencia al tratamiento medida con el cuestionario Martin-Bayarre-Grau (MBG). Se utilizó regresión de Poisson para calcular razones de prevalencias (RP) con intervalos de confianza del 95% y valor de $p < 0.05$ para establecer significancia estadística. Dan por conclusión que los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen más probabilidad de tener adherencia parcial al tratamiento.

La epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú ha sido preocupación permanente de los investigadores peruanos, los que han realizado múltiples estudios en las distintas ciudades del país, con resultados variados, diferentes e inconsistentes, por haberse realizado en lugares y en grupos poblacionales distintos, aplicando metodología y criterios de definición diversos.¹⁷

En Perú, la hipertensión también es un problema importante. La prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 18 años ha aumentado de 23,7% en 2004 a

27,3% en 2010. Además, la hipertensión arterial es el segundo factor de riesgo que contribuye a la carga de enfermedad en el año 2010.¹⁶

En cuanto el estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología en el Perú el 27% aproximadamente son hipertensos, con ligera diferencia entre hombres y mujeres, de 26% y 20% respectivamente, tendencia que se observa también en otros estudios. Así mismo el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2015 reporta que la prevalencia de HTA en el Perú de la población general fue 23,7% (varones 13,4% y mujeres 10,3%). En la Costa, la prevalencia fue 11,8%; en la Sierra 8,9%; en la Selva, 10,0%. A partir de la cuarta década de la vida, la posibilidad de desarrollar hipertensión fue mayor en la costa que en las otras regiones. El Perú es un país geográficamente accidentado, con sus tres regiones costa, sierra y selva. En cada región, las costumbres de trabajo, alimentación, educación y cultura son diferentes, lo que influye en los factores de riesgo cardiovascular.¹⁸

Otros estudios que han evaluado tanto el tratamiento y control de la HTA en el Perú, muestran resultados diversos, aunque al parecer peores que los encontrados en otras ciudades de Latinoamérica. Estos resultados son heterogéneos debido al tipo de población estudiada y que a continuación mostramos en forma cronológica. Rivas-Chávez et al.⁵ en el año 2008 realizaron un estudio reportando los patrones de tratamiento en 865 pacientes del Hospital PNP Augusto B. Leguía, cuya edad promedio fue de 63,5±12,2 años y el 54,5% era de sexo masculino. Los fármacos más usados fueron el enalapril (56,61%), seguido por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (amlodipino, 16,87% y nifedipino, 5,05%), los betabloqueadores (atenolol 9,79%) y los diuréticos tiazídicos (9,60%). En Lambayeque, Becerra M⁶, realizó una investigación denominada “Grado de adherencia terapéutica en Pacientes Hipertensos atendidos en la cartera del Adulto/Adulto Mayor del Policlínico EsSalud Agustín Gavidia Salcedo-Lambayeque- 2015”, el objetivo fue determinar el grado de adherencia terapéutica mediante un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, en 238 pacientes hipertensos atendidos en la cartera del adulto/adulto mayor, se aplicó el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau). Aplicando la estadística descriptiva, como resultado se obtuvo que el 72,3% son mayores de 60 años, el 58,9% son mujeres, el 32% de nivel secundaria, predominan los jubilados con 50,4%; procedencia urbana 89,9%; estado civil casado 58,9% y con menos de 5 años de HTA 42 % y el 20.2% ingresó a emergencia, manifestaron dolor de cabeza 46,6%; zumbido de oídos 37,7%;

mareos 29,4%, visión borrosa 24,3%; epistaxis 1,7%; sólo el 38% fueron asintomáticos, con bajo cumplimiento de hábitos dietéticos de 36% y actividad física de 26,5%. Predominó el grado de adherencia parcial 92,9%; con una calificación de bueno en 56% para cumplimiento de tratamiento (CT), 57,2% para implicación personal (IP), y 70,6% para relación transaccional (RT).

En Cajamarca Sánchez¹⁹, realizó un estudio denominado “Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento Antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes- Chiclayo, enero- noviembre 2016”, el objetivo fue Determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el año 2016. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos de cardiología y medicina utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial, obteniendo como resultado 64,1% eran del sexo masculino; 77,7% tenían 60 años o más. El 44,7% no tienen educación; 58,3% eran casados; 41,7% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 47,6%. Se halló asociación entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$), concluyendo que la adherencia al tratamiento farmacológico fue baja y la principal causa de incumplimiento de la medicación antihipertensiva fue el olvido de la toma del medicamento.

En Iquitos Romero & Tanchiva²⁰, realizaron una investigación denominada “Adherencia al programa del tratamiento de Hipertensión Arterial Primaria en adultos del Cap III-Metropolitano Iquitos–EsSalud-Año 2011”, la investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de adherencia al programa de tratamiento de la hipertensión arterial primaria en adultos hipertensos del CAP III-Metropolitano Iquitos Es Salud, 2011, durante los meses de agosto a noviembre. El estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, transversal. Fue medido a través de la aplicación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). La muestra estuvo constituida por 62 pacientes, 36 (58,1%) mujeres y 26 (41,9%) hombres, que acudieron al programa para su control y continuación del tratamiento en el referido Centro Metropolitano. Los resultados del estudio fueron el 57,29% del total de la población encuestada alcanzó 29,14 puntos, lo cual se ubica en la categoría de adherencia parcial (18 - 37 puntos). El 42,71% del total de la población encuestada

alcanzó menos de 18 puntos, lo cual se ubica en la categoría de falta de adherencia al programa (0 – 17 puntos).

2.2. Hipertensión Arterial

Se llama hipertensión arterial a la patología causada por la elevación persistente de los niveles de presión arterial por encima de los valores establecidos en las guías de práctica clínica. Es una patología crónica, con una elevada prevalencia en la población adulta y que constituye uno de los principales factores de riesgo vascular (FRV) y renal. En la mayoría de los casos tiene un origen desconocido, aun así, hay conocimiento de muchos factores de riesgo que predisponen a la aparición de la misma, algunos inherentes al individuo (factores genéticos, factores ambientales, edad) y otros adquiridos a lo largo de la vida (ingesta de sodio, sobrepeso y obesidad, ingesta de alcohol, hábito tabáquico, sedentarismo), factores psicosociales y niveles elevados de proteína C reactiva (PCR) de alta sensibilidad, por ello se puede decir que tiene un origen multifactorial.²¹

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae, el segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. La tensión arterial normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg.²

Sin embargo, los beneficios cardiovasculares de la tensión arterial normal se extienden incluso por debajo de esos niveles de tensión sistólica (105 mmHg) y de tensión diastólica (60 mmHg). La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mmHg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mmHg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, para la salud y el bienestar en general.²

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades de mayor incidencia a nivel mundial que produce importante mortalidad y discapacidad las que pueden ser prevenidas con el adecuado control de la presión arterial, así mismo es un signo de riesgo muy alto de enfermedad cardiovascular y otras patologías, se ha clasificado no sólo como una enfermedad sino como un factor de riesgo de otras enfermedades aún más graves como son la cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal, retinopatía, entre otras.¹⁷

Según el séptimo reporte el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII), La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades de mayor incidencia a nivel mundial que produce importante mortalidad y discapacidad las que pueden ser prevenidas con el adecuado control de la presión arterial, así mismo es un signo de riesgo muy alto de enfermedad cardiovascular y otras patologías, se ha clasificado no sólo como una enfermedad sino como un factor de riesgo de otras enfermedades aún más graves como son la cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal, retinopatía, entre otras.²²

2.2.1. Clasificación de la Hipertensión Arterial (HTA).

Tabla 1. clasificación de la Hipertensión Arterial, cifras aceptadas de presión arterial sistólica y presión arterial diastólica aceptadas en el séptimo reporte del Joint National Commitee y en las guías ACC/AHA 2017.²³

PAS Y PAD (mm Hg)	JNC 7	ACC/AHA 2017
<120 y <80	PA normal	PA normal
120 -129 y <80	Prehipertensión	PA elevada
130-139 o 80-89	Prehipertensión	HTA estadio 1
140 -159 o 90-99	HTA estadio 1	HTA estadio 2
≥160 o ≥100	HTA estadio 2	HTA estadio 2

Tabla 2. Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre cifras de presión arterial.²⁴

Grupo Poblacional	Inicio de terapia	Cifra meta de	Grado de
-------------------	-------------------	---------------	----------

	Farmacológica Antihipertensiva	Presión arterial	recomendación
Población general, > 60 años	PA > 150/90 mmHg	< 150/90 mmHg	Fuerte, grado A
Población general, < 60 años	PAD > 90 mmHg	PAD < 90 mmHg	Fuerte, grado A para edades entre 30 y 59 años
Población general, < 60 años	PAS > 140 mmHg	PAS < 140 mmHg	Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años
Población general > 18 años, con enfermedad renal crónica	PA > 140/90 mmHg	< 149/90 mmHg	Opinión de expertos, grado E
Población general, >18 años, con diabetes	PA > 140/90 mmHg	< 140/90 mmHg	Opinión de expertos, grado E

Tabla 3. Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre la escogencia del fármaco antihipertensivo²⁴

Grupo poblacional	Terapia farmacológica antihipertensiva inicial	Grado de recomendación
Población general, no negros, incluidos los diabéticos	Diurético tipo tiazida, BCC, IECA o ARA	Moderada, grado B
Población general de negros, incluidos los diabéticos	Debe incluir una tiazida o un BCC	Moderada, grado B, para la población negra en general. Débil, grado C para los negros con diabetes
Población ≥ 18 años con enfermedad renal crónica e hipertensión	Debe incluir un IECA o un ARA para mejorar los eventos renales	Moderada, grado B

2.2.2. Clasificación de los Agentes Antihipertensivos

a. Diuréticos Antihipertensivos

Los diuréticos son fármacos utilizados desde hace muchos años en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y con los que se tiene la experiencia más prolongada. Tienen la ventaja de su fácil manejo y bajo coste, aunque, debido a sus efectos secundarios, su prescripción se ha limitado y últimamente se han visto desplazados por otros grupos farmacológicos. No obstante, los diuréticos siguen siendo considerados como fármacos de primera elección en el tratamiento de la HTA, debido a que han demostrado en numerosos estudios controlados su capacidad para reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a la HTA.²⁵

El efecto antihipertensivo de los fármacos de este grupo es debido principalmente a la acción natriurética (aumento en la excreción de sodio) que finalmente disminuye la respuesta vasoconstrictora.²⁶

Tabla 4. Clasificación de diuréticos

Tiazidas y derivados	Diuréticos del asa	Ahorrradores de potasio
Clorotiazida	Furosemida	Espironolactona
Hidroclorotiazida	Bumetanida	Amilorida
Clortalidona	Torasemida	Triamterene
Bendroflumetiazida	Piretanida	Eplerenona
Hidroflumetiazida	Ácido etacrínico	
Metolazona		
Indapamida		
Xipamida		

Fuente: Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial: fármacos antihipertensivos.²⁵

b. Betabloqueadores

Los bloqueadores beta reducen la presión arterial (PA) en pacientes hipertensos, aunque su mecanismo de acción no está claro se ha implicado la disminución del gasto cardíaco, la inhibición de la secreción de renina en el aparato yuxtaglomerular, efectos sobre el sistema nervioso central, un incremento de la sensibilidad de los barorreceptores, un aumento de la secreción de prostaglandinas y otros péptidos vasodilatadores, así como la disminución del calcio libre citosólico. Los bloqueadores beta han demostrado ampliamente su eficacia, tanto en monoterapia como asociados, en el tratamiento de la HTA ligera moderada, así como en la prevención de sus complicaciones cardiovasculares. Los bloqueadores beta potencian los efectos antihipertensivos de otros fármacos como los vasodilatadores, antagonistas del calcio tipo dihidropiridínicos, diuréticos

o bloqueadores alfa. Su asociación con antagonistas del calcio tipo verapamilo o diltiazem aumenta el riesgo de hipotensión, bradicardia, bloqueo aurícula ventricular(AV) e insuficiencia cardíaca. La asociación con digoxina incrementa el riesgo de bradicardia y bloqueo AV, pero no atenúa el aumento de la contractilidad cardíaca inducida por ésta. Los antiinflamatorios no esteroideos, como la indometacina, atenúan el efecto hipotensor de los bloqueadores beta al inhibir la síntesis de prostaglandinas vasodilatadoras. ²⁵

Tabla 5. Clasificación de Beta Bloqueantes

Cardioselectivos	Bloqueadores alfa	No cardioselectivos
Acebutolol	Labetalol	Carteolol
Atenolol	Carvedilol	Nadolol
Bisoprolol		Oxprenolol
Celiprolol		Pindolol
Metoprolol		Propranolol
		Timolol

c. Calcioantagonistas

Al igual que los bloqueadores beta, los antagonistas del calcio son fármacos inicialmente empleados para el tratamiento de la cardiopatía isquémica, que posteriormente ampliaron su campo de acción al de la HTA, gracias a sus propiedades hipotensoras. ²⁵

Los calcioantagonistas evitan parcialmente la entrada de Ca⁺⁺ a las células, en general son considerados sin distinción en un solo grupo, debiendo ser diferenciados en relación a su mayor acción, ya sea sobre el corazón como el verapamilo y el diltiazem y los de mayor efecto a nivel vascular periférico como los derivados de las dihidropiridinas.²⁶

Tabla 6: Clasificación de Calcioantagonistas

Dihidropiridinas	Fenilalquilaminas	Benzotiazepinas
Amlodipino	Verapamilo	Diltiazem
Barnidipino		
Felodipino		
Isradipino		
Lacidipino		
Lercanidipino		
Nicardipino		
Nifedipino		
Nimodipino		
Nisoldipino		
Nitrendipino		

d. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

Fueron los primeros antihipertensivos que lograron el bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) con eficacia y seguridad, por lo que pudieron ser llevados a la práctica clínica. Con diferentes mecanismos de acción, entre los que destaca el bloqueo de la enzima dipeptidilcarboxipeptidasa que evita por un lado la transformación de la angiotensina I en la II (vasoconstrictora) y por otro la degradación de la bradicinina (vasodilatadora).²⁶

e. Antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II (ARAI)

Bloquean los efectos de la angiotensina II en el receptor AT1, ya sea la que se forma por el SRAA o la que se produce de manera local (tisular), favoreciendo con ello la vasodilatación, la disminución de la hipertrofia ventricular izquierda y del músculo liso vascular, así como protección endotelial.²⁶

f. Inhibidores directos de la renina (IDR)

El aliskiren es en la actualidad el único fármaco de este nuevo grupo, que inhibe en forma directa a la renina humana al unirse al sitio activo de la misma e inhibir su actividad, con lo que se evita la transformación del angiotensinógeno en angiotensina I. Reduce la presión sistólica y diastólica en promedio 15,7/10,3mmHg y esa respuesta se incrementa al combinarse con otros antihipertensivos. Ofrece un control más completo y prolongado sobre el sistema de la renina al neutralizar los incrementos de la actividad plasmática de la renina

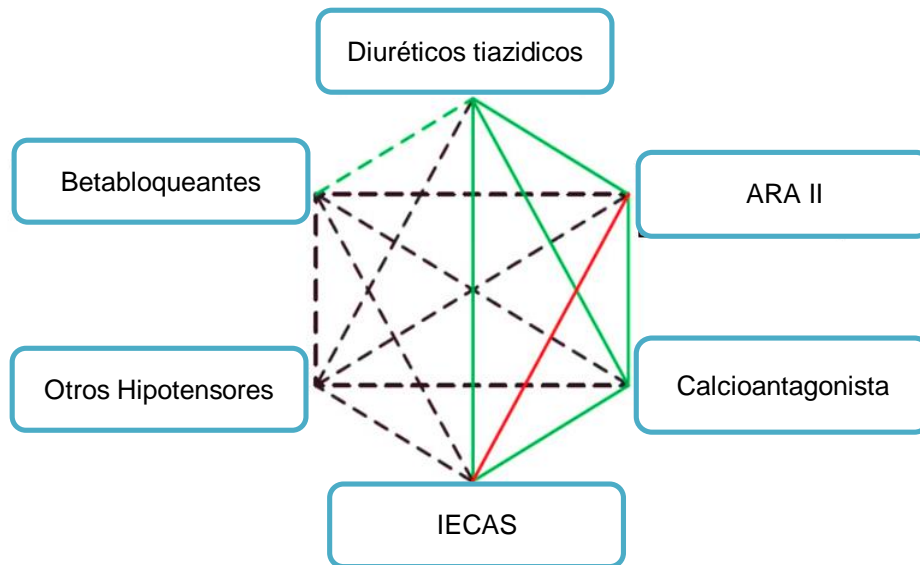
provocados por los natriuréticos, los IECA y los ARAII. Contraindicado en el embarazo.²⁶

Tabla 7: Fármacos que actúan en el sistema renina-angiotensina

IECA	Antagonistas de los receptores AT1
Benazepril	Candesartán
Captopril	Eprosartán
Cilazapril	Irbesartán
Enalapril	Losartán
Fosinopril	Telmisartán
Lisinopril	Valsartán
Perindopril	
Quinapril	
Ramipril	
Spirapril	
Trandolapril	
Zofenopril	

g. Combinaciones del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

La terapia combinada puede conseguir una mejor respuesta antihipertensiva en forma más temprana, con lo que se logra la reducción de la mortalidad y el daño a diversos órganos, además se emplean dosis menores de cada medicamento, con lo que se evitan o disminuyen los efectos adversos que se tendrían al emplear la monoterapia a dosis mayores. La asociación de combinaciones en una sola tableta, favorece además la adherencia al tratamiento.²⁶



Línea verde continua: combinación preferente

Línea verde discontinua: combinación usada con algunas limitaciones

Línea negra discontinua: posible, pero con escasa experiencia

Línea roja: utilizada en ocasiones muy específicas (patología glomerular)

Figura 1. Representación de las combinaciones terapéuticas más empleadas. Los diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora angiotensina (IECA), antagonista de los receptores angiotensina (ARA), calcioantagonista, betabloqueante, inhibidor directo de renina.

2.3. Adherencia terapéutica

Desde el punto de vista médico, la adherencia se conceptualiza en términos de las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud y que coinciden con las prescripciones y recomendaciones profesionales, sobre la base de teorías acerca de los comportamientos adecuados de los pacientes frente a los efectos de las enfermedades. Se propende así al cuidado con la expectativa del cumplimiento y pensando básicamente en las acciones que pueden poner en juego los individuos afectados.⁹

A nivel internacional, actualmente la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, se considera un problema importante para la salud de la población. Este problema se da sobre todo en aquellas enfermedades de larga duración o crónicas como es la hipertensión. Se ha estimado que en los países desarrollados alrededor del 50% de los pacientes con enfermedades crónicas tienen mala adherencia terapéutica. Esta problemática con frecuencia pasa desapercibida en el ámbito sanitario, ya que mayormente este centra sus esfuerzos en estudiar y

aplicar los nuevos y mejores tratamientos. Dada la magnitud del problema sería más eficiente invertir esfuerzos en conocer en profundidad los factores que intervienen en los pacientes con mala adherencia al tratamiento, y desde estos factores trabajar para mejorar la adherencia. Este cambio de actitud reportaría beneficios en cuanto a resultados en salud (menor comorbilidad de enfermedades crónicas), utilización eficiente de los recursos de los sistemas sanitarios, y resultados clínicos objetivos para la realización de estudios científicos.⁹

2.3.1. Factores determinantes de la adherencia.

La OMS identifica cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas de adherirse a su tratamiento. Estas dimensiones o factores son: socioeconómicos y demográficos, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento, relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria y los relacionados con el paciente.²⁷

2.3.2. Métodos para medir la adherencia al tratamiento terapéutico

Se dividen en dos grandes grupos: los métodos directos y los indirectos.

Los métodos directos, se basan en la cuantificación del fármaco o sus metabolitos en algún fluido biológico como sangre, orina, saliva, piel. Este método consiste en monitorizar las concentraciones de los medicamentos en la sangre, medir la eliminación en la orina de los medicamentos o sus metabolitos, emplear marcadores asociados al fármaco, medir las concentraciones en saliva, medir concentraciones en otros fluidos biológicos. Las características principales de estos métodos es que son objetivos, específicos, fiables, complejos, limitados a ciertos fármacos, exactos e incluso, en ocasiones, invasivos para el paciente. Sin embargo, su elevado costo impide emplearlos en el sector público.²⁷

Los métodos indirectos, son métodos menos fiables que los directos, pero son más sencillos y baratos, además de reflejar la conducta de los pacientes, por lo que son muy útiles en atención primaria. Se los puede caracterizar como no objetivos, inespecíficos, válidos para cualquier tipo de fármaco y tienden, en general, a sobreestimar el cumplimiento, con lo que sólo se identifica una parte de los incumplidores. Además, no se puede cuantificar el cumplimiento, aunque se puede valorar de forma subjetiva, utilizando una valoración cualitativa, bien nominal (buen o mal cumplidor), u ordinal en función del número de respuestas de un cuestionario, y establecer un orden de puntuación.²⁷

2.3.3. Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)

El cuestionario que se propone, suple en alguna medida la carencia existente en el ámbito investigativo cubano de instrumentos razonables, que permitan evaluar de manera rápida y sencilla la adherencia al tratamiento médico y encaminar la ejecución de investigaciones en este tema. Además, permite ofrecer al personal médico de asistencia una herramienta metodológica, para evaluar el comportamiento del paciente más allá del manejo empírico de datos que obtiene por la simple observación de la conducta cotidiana o habitual del paciente, la cual muchas veces está sesgada por la subjetividad natural del profesional o el poco conocimiento sobre este.²⁸

Este instrumento está compuesto por 12 afirmaciones que comprenden las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica: cumplimiento del tratamiento (CT), implicación personal (IP), relación transaccional (RT). Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala.²⁸

- **Cumplimiento del tratamiento:** Es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas. Ítems 1, 2, 3 y 4.²⁸
- **Implicación personal:** Es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios. Ítems 5,6, 8, 9 y 10.²⁸
- **Relación transaccional:** Es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos. Ítems 7, 11 y 12. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde siempre hasta nunca, marcando una periodicidad que considera ejecutar lo planteado.²⁸

El cuestionario recoge, además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnóstico de la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético). Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: total, parcial y no adherido.²⁸

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.²⁸

El cuestionario ha sido aplicado a amplias muestras de pacientes hipertensos, los datos derivados de esta aplicación se encuentran en proceso de ejecución y análisis para su posterior publicación. También en la práctica se comprobado su funcionalidad al ser utilizado para discriminar con rapidez grupos de pacientes hipertensos adheridos y no adheridos al tratamiento, antes de la aplicación de técnicas de investigación cualitativa, por ejemplo, grupos nominales o entrevistas, donde los propios pacientes han confirmado *a posteriori* pertenecer a uno u otro grupo. Actualmente se ha extendido su uso en investigaciones aún en curso, con pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 y con personas portadoras de VIH.²⁸

2.3.4. Test de Batalla (test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

Analiza el grado de conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad, asumiendo que un mayor grado de conocimiento el test de batalla para la HTA es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las respuestas.

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
 2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
 3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.
- Estas preguntas se pueden modificar para aplicarse a otras enfermedades crónicas.²⁹

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ubicación

El trabajo de investigación se realizó en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud durante los meses de mayo a setiembre del 2018.

3.1.1. Límites de estudio

Se realizó en el área farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud durante los meses Mayo a Setiembre del 2018.

3.2. Materiales

3.2.1. Población

Estuvo constituida por todos los pacientes que tienen hipertensión arterial atendidos en el servicio de cardiología en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud durante los meses de mayo a setiembre del 2018.

3.2.2. Muestra

Estuvo conformada por 82 pacientes de 30 a 60 años de edad con hipertensión arterial atendidos en farmacia de consulta externa derivados del servicio de cardiología del hospital II Carlos Tuppia García godos –EsSalud.

3.2.3. Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados con hipertensión arterial más de 01 año.
- Pacientes de 30- 60 años.
- Pacientes que estuvieron en el área de salud durante la aplicación de instrumentos y técnicas seleccionadas.
- Estar dispuesto a colaborar y participar en la investigación.

3.2.4. Criterios de exclusión

- Pacientes que tenían menos de un año de diagnóstico.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o físicos que limiten limitantes para participar en la investigación.
- Pacientes menores de 30 años.
- Pacientes mayores de 60 años.

- Pacientes que ya hayan sido encuestados.

3.2.5. Instrumento de estudio

- Se usó el cuestionario de Martin Bayarre Grau.
- Test de batalla (Autoconocimiento).
- 01 cámara fotográfica.

3.3. Diseño metodológico

Tipo de estudio: Observacional, Prospectivo, Descriptivo - transversal.³⁰

3.4. Metodología

3.4.1. Determinación del tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de muestra se consideró el total de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que estén dentro de los criterios de inclusión y exclusión.

3.5. Prueba piloto

Para fines de este estudio sobre la adherencia terapéutica se realizó uso el instrumento validado por Martín - Bayarre y Grau. La validación del cuestionario MBG fue en la Habana en el 2008.²⁸ Es un cuestionario que consta de 12 preguntas que mide por puntaje que va de 0-48, donde cada pregunta tuvo 5 posibles respuestas con una escala tipo Likert: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Se consideró como adheridos totales a quienes obtuvieron 38-48 puntos, adheridos parciales, 18-37 puntos, y no adheridos, 0-17 puntos.²⁸

Se realizó una prueba piloto con 20 pacientes antes de iniciar formalmente la recolección de los datos con la finalidad de identificar problemas durante la recolección de la información, realizar el reconocimiento del área de estudio, evaluar los instrumentos de recolección de la información y verificar el sistema de manejo de datos. Por la cual se obtuvo el resultado de Alfa de Cronbach de 0,813 que da la buena utilidad del test. (Anexo 1)

3.6. Procedimiento y recolección de datos

Para recolección de información se presentó una solicitud al director del Hospital Il Carlos Tuppia García Godos-EsSalud.

Se realizó mediante el método de orientación farmacéutica en el área de farmacia de consultorio externo, específicamente a los pacientes que eran atendidos en el servicio de cardiología que acuden a farmacia para recoger su tratamiento mensual. La Farmacia de consultorio externo cuenta con el área de entrega de recetas y dispensación.(anexo 2)

- a) Primero en el área de entrega de recetas se observó características de la receta que indicaran que el paciente cumpla con los criterios para el estudio como el diagnóstico que tiene como CIE 10 (I10.X), edad (30 a 60 años), servicio de procedencia (cardiología). (anexo 3)
- b) Segundo, después de identificar al paciente se informo acerca del estudio y una vez que haya dado su consentimiento a participar en el estudio se procedió a aplicar el instrumento de recolección cuestionario Martin–Bayarre-Grau, que consta de tres partes: la primera que corresponde a los datos generales del paciente que incluye: estado civil, edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad y años de diagnóstico de la enfermedad, para determinar los años de diagnóstico se clasifico en tres partes:
- De 1 a 4 años
 - De 5 a 8 años
 - De 9 a más años
- c) Tercero, la segunda parte de la encuesta mide las variables en relación al tratamiento higiénico-dietético, si el paciente sigue un tratamiento a base de dieta sin sal o baja de sal, consume grasa no animal y realiza ejercicio físico, para evaluar se categorizo de la siguiente manera:
- **Bueno** si responde 3 preguntas correctas (si, sí, sí),
 - **Regular** si responde 2 preguntas correctas (si, no, si), (no, sí, sí), (si, si, a veces).
 - **Malo** si responde una pregunta: (si, no, no), (no, si, a veces)
 - **Muy Malo** si no responde correctamente a las preguntas: (no, a veces, no), (no, no, no), así mismo, para el tratamiento farmacológico se registró la cantidad de medicamentos que tomaba el paciente.
- d) Cuarto, se procedió a medir la adherencia terapéutica, para evaluar se usó la tercera parte de la encuesta que tiene 12 afirmaciones que mide la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau, Se le dio al paciente la opción de respuesta en una escala de lickert, dando puntuaciones a cada respuesta siendo desde siempre (4), casi siempre (3), a veces (2), casi nunca (1) y nunca (0), clasificándolos en los siguientes grados:
- Adheridos totales, si los pacientes llegan al puntaje de 38 a 48 puntos
 - Adheridos parciales, si los pacientes llegan de 18 a 37 puntos
 - No adheridos si los pacientes responden de 0 a 17 puntos. (anexo 4)

e) Posterior al cuestionario de Martin Bayarre Grau, si indico llenar al paciente el segundo instrumento: el Test de Batalla que mide el grado de conocimiento, para evaluar, se basa en dos preguntas y la exigencia de indicar el órgano posible a dañarse.

- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
- ¿se controla con dieta y medicación?
- cite dos más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada.

Una respuesta incorrecta de las 3 conlleva falta de adherencia o nivel inadecuado de cumplimiento. **Las respuestas correctas:** según orden de preguntas, si, si, órganos potenciales de dañarse corazón, cerebro, riñón u ojos. (anexo 5)

Una vez llenada el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau y el test de Batalla (test de autoconocimiento) se le indico al paciente la puntuación obtenida de acuerdo a sus respuestas. Posterior a ello se procedió a explicar la enfermedad y sus complicaciones mediante un tríptico (anexo 6)

f) Concluida las explicaciones se procedió a dar orientación farmacéutica acerca de los medicamentos que tomaba para su tratamiento y entre otros. (anexo 8)

3.7. Estudio final

Se encuestaron en total a 82 pacientes que cumplieron con los criterios solicitados en el estudio.

3.8. Análisis estadístico

Los resultados obtenidos fueron tabulados y representados a través de gráficos e histogramas para facilitar la representación y el entendimiento; utilizando el programa Excel versión 2016.

IV. RESULTADOS

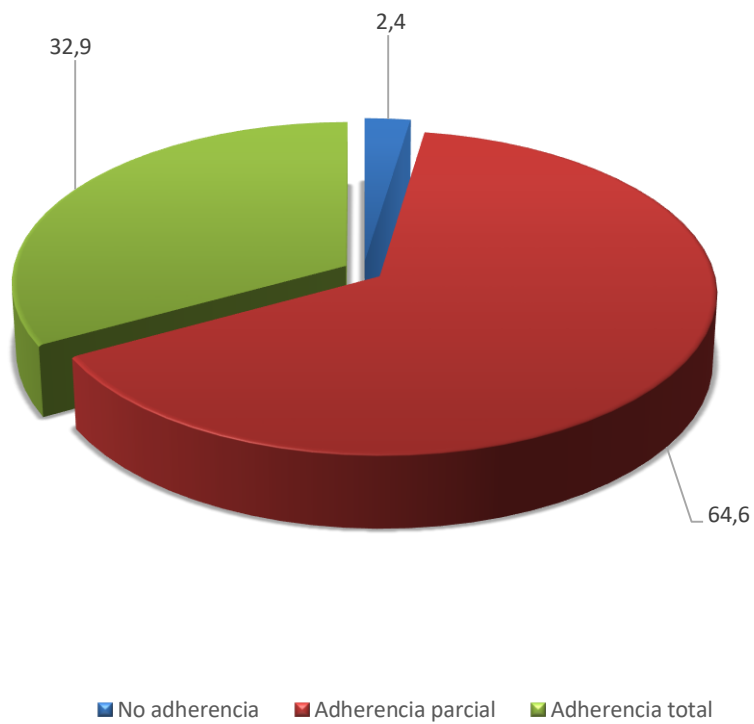


Figura 2. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018

Tabla 8. Adherencia terapéutica, según las características sociodemográficas en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Características sociodemográficas		No adherencia		Adherencia parcial		Adherencia total		total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Edad (años)	30 - 40	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3	100,0
	41 - 50	1	7,1	10	71,4	21,4	21,4	14	100,0
	51 - 60	1	1,5	40	61,5	24	36,9	65	100,0
Sexo	Masculino	0	0,0	26	61,9	16	38,1	42	100,0
	Femenino	2	5,0	27	67,5	11	27,5	40	100,0
Ocupación	Empleado	2	2,9	45	66,2	21	30,9	68	100,0
	Desempleado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
	Cesante	0	0,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0
	Ama de casa	0	0,0	5	62,5	3	37,5	8	100,0
Grado de instrucción	Primaria	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	100,0
	Secundaria	0	0,0	12	70,6	5	29,4	17	100,0
	Superior	1	1,6	40	65,6	20	32,8	61	100,0
Estado civil	Soltero	1	8,3	6	50,0	5	41,7	12	100,0
	Casado	1	2,4	26	61,9	15	35,7	42	100,0
	Divorciado	0	0,0	8	66,7	4	33,3	12	100,0
	Conviviente	0	0,0	12	75,0	4	25,0	16	100,0

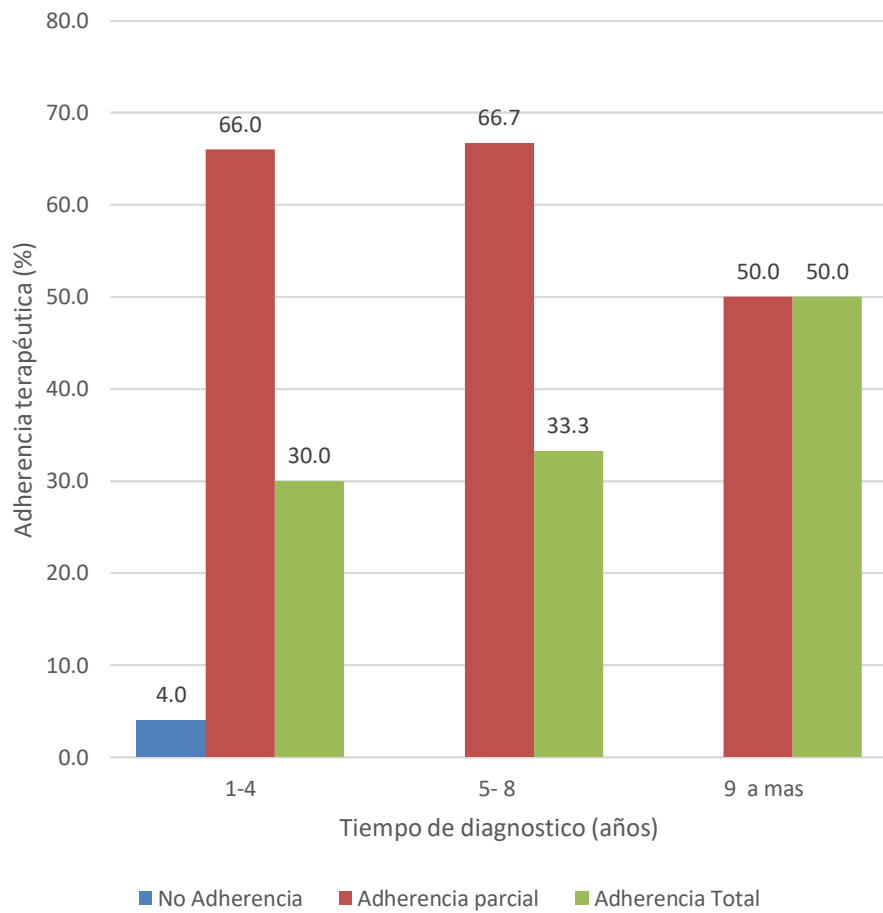


Figura 3. Adherencia terapéutica según años de diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018

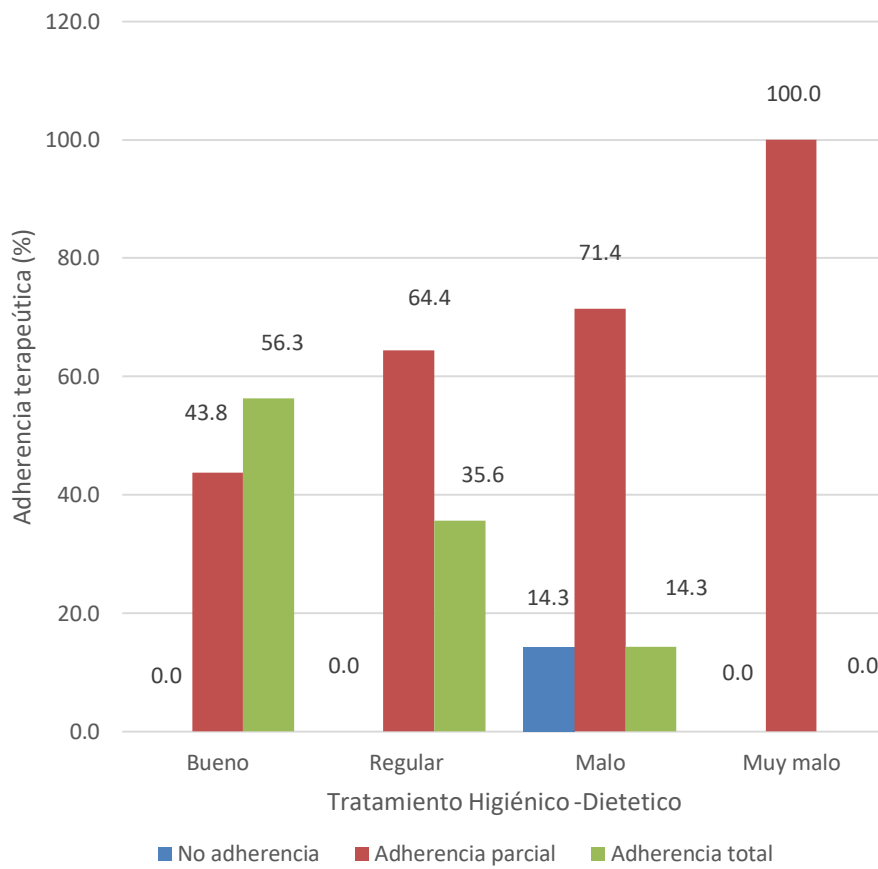


Figura 4. Adherencia terapéutica según tratamiento higiénico-dietético en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018

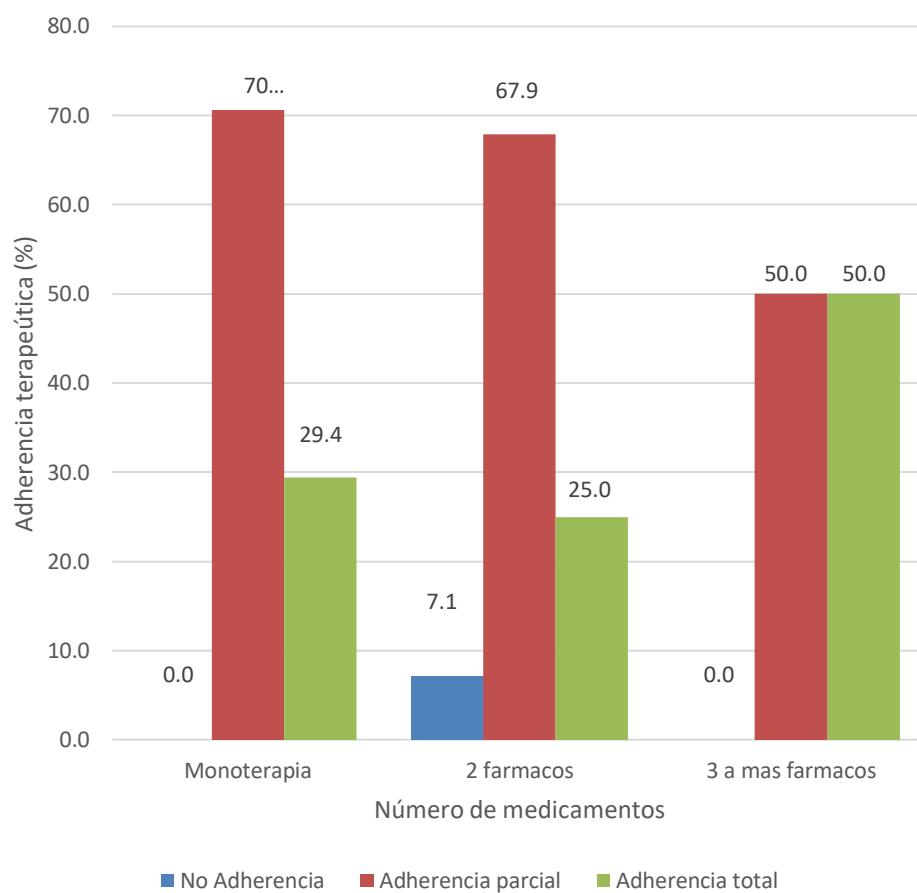


Figura 5. Adherencia terapéutica según el número de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

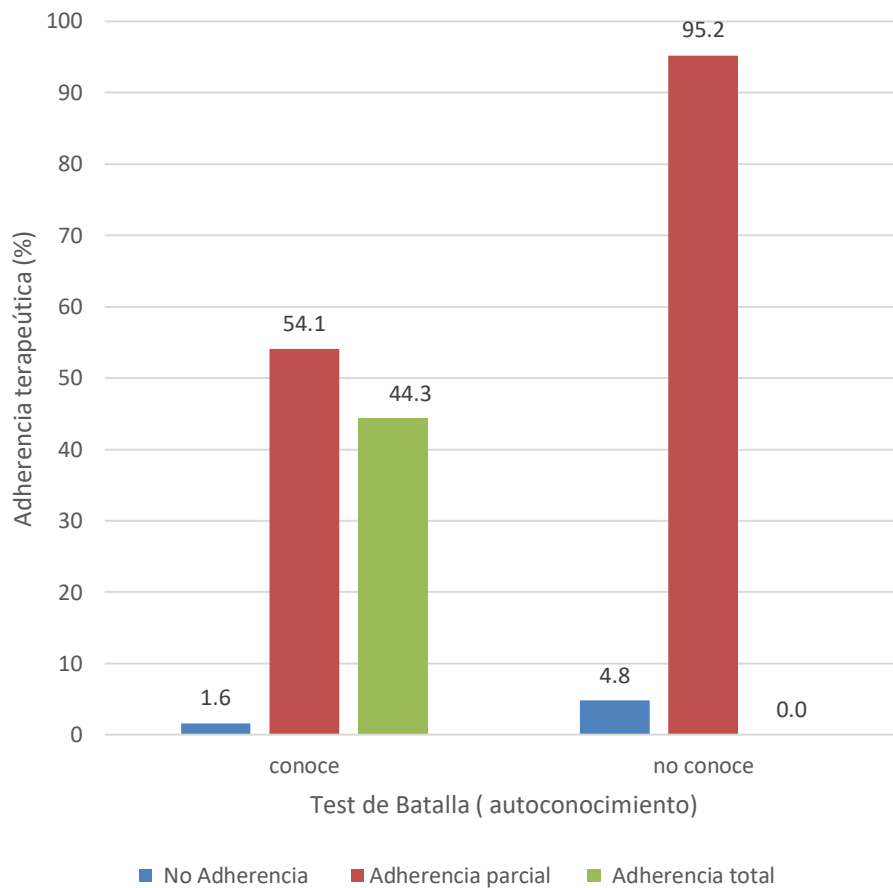


Figura 6. Adherencia terapéutica en relación al nivel de conocimiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupiza García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

V. DISCUSIÓN

El instrumento validado que se utilizó fue el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau), instrumento propuesta por Moriyama con condiciones adecuadas y criterios válidos que permitió su uso y aplicación en el presente estudio, permitió al paciente otorgarle la opción de respuesta en una escala Lickert, compuesta por cinco posibilidades que van desde siempre, casi siempre, casi nunca y nunca. Además, permitió recoger datos socio-demográficos del paciente (edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad y estado civil). Así mismo, se recogieron datos sobre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o dietético.⁶

La presencia de problemas en adherencia terapéutica a los tratamientos, puede manifestarse en distintas conductas entre las dificultades para su inicio, la suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones como la dosis, tiempo, la equivocación del uso de medicamento uno por otro por la similitud de presentación farmacéutica.

En la figura 2, se presenta el porcentaje de adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en el Servicio de Cardiología, siendo la población con mayor predominio con 64,6% adherencia parcial, el 32,9% con adherencia total y 2,4% los no adheridos. El estudio realizado por Pomares et al.¹⁰ en el año 2017, encontró la predominación de la adherencia parcial 67,7% seguido de la adherencia total de 18,5% y los no adherentes 14,8%. Dentro de los pacientes encuestados, los que tenían la edad de 41 a 60 años predominó la adherencia parcial de 72,7% con respecto al estudio realizado por Becerra⁶ en el 2015 en el hospital Agustín Gavidia Salcedo–Lambayeque, encontró que la población más numerosa le corresponden al grado de adherencia parcial representando el 92,9% seguido por el grado de adherencia total con 5,5% y por último los no adheridos 1,7%. La Organización Mundial de la Salud, en un informe presentado en el 2004, ha destacado que en los países desarrollados la adherencia terapéutica en

pacientes hipertensos, es solo del 50% además supone que esta situación debe ser peor en países en vías de desarrollo, debido a la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria². En el 2009 los pacientes hipertensos de áreas de la atención primaria de salud en Cuba, mostró que los niveles de adherencia total se comportan ligeramente por encima del 50%, las restantes no llegan a superar esta cifra.³¹ El estudio realizado en México por Ruiz¹⁴ en el 2014 encontró una adherencia parcial del 88%, una adherencia total del 1%, no adherencia del 11% de los pacientes estudiados, encontrando una adherencia total por debajo de las cifras estimadas por la OMS. En Cuba Coruego et al³² en el 2011, realizó un estudio en el policlínico universitario "Manuel Fajardo" evidencian tres niveles de adherencia terapéutica, siendo el mayor porcentaje los adheridos totales con 55,6% seguidos de 36,8% de adheridos parciales y los no adheridos con 7,7%; demostrando que deben presentar más atención al grupo no adherente ya que podrían conllevar a muchas complicaciones clínicas y arriesgar la vida de los pacientes. En Colombia Castaño³³ en el 2012, ejecutó un estudio de la adherencia terapéutica midiéndola mediante dos test: el test Morinsky-Green y cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) en la que encontró que el 45% eran adherentes totales mediante el test de Morinsky-Green y 51% adherentes totales mediante el cuestionario MBG. Otro estudio realizado en Iquitos, por Romero y Tanchiva²⁰ en el 2011, halló que el 100% de su población tiene adherencia parcial, como se puede observar en nuestro estudio los resultados obtenidos son semejantes a la gran mayoría de los autores quienes indican el predominio de la adherencia parcial, estos resultados se deben a varios factores que influyen en adherencia terapéutica tales como nivel de escolaridad, tiempo de diagnóstico, estado civil, edad, hábitos higiénico-dietéticos y el nivel de conocimiento, según nuestro estudio son concordantes con otros datos encontrados en otros estudios, concluyendo que la adherencia terapéutica en nuestra población es parcial siendo demasiado bajo a comparación de los países desarrollados que cuentan con una adherencia terapéutica del 50%, por lo cual se debe aplicar estrategias y buscar recursos que permitan mejorar la adherencia terapéutica en esta población.

En la tabla 8 se describe las características sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, estado civil y grado de instrucción) En el anexo10 se evidencia las edades de los pacientes atendidos en el Servicio de Cardiología las cuales se clasificaron en 3 grupos, el primer grupo conformada por los pacientes de 30 a 40 años, siendo el 100% de la población con adherencia parcial, en cuanto a los

pacientes que están entre 41 a 50 años, ya existe una mayor población, siendo de mayor predominio los que tienen adherencia parcial de 71,4% seguidos de los adherentes totales con 7,1%. Así mismo, los pacientes que oscilan entre 51 a 60 años tienen 61,5% de adherencia parcial y 36,9% de adherencia total. Respecto al estudio realizado por Becerra⁶ en el 2015, encontró que los pacientes mayores de 60 años tienen una adherencia parcial de 67,2% y los pacientes que tienen las edades entre 45 a 60 años tienen una adherencia parcial de 22,2%. Pomares et al.¹⁰ en el 2017 menciona que la edad es un factor de riesgo no modificable, ya se encuentran un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. El estudio de Santiago et al.³⁴ en el 2016 menciona que los pacientes mayores de 60 años son los que incumplen su tratamiento. Otro estudio realizado por Sánchez¹⁹ en el 2016 encontró que 77,7% son mayores de 60 años y 22,3% tienen menos de 60 años, afirma que los pacientes mayores de 60 años tienen mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial, ya que a medida que aumentan de edad existe riesgo de incumplimiento al tratamiento terapéutico, con respecto a nuestro estudio los pacientes que tienen de 30 a 40 años presentan el porcentaje mayor de adherencia parcial siendo el 100%, debido a que la población estudiada es un grupo joven, tienen diagnósticos recientes y están adaptándose a los cambios y cuidados que exige la enfermedad para llevar una mejor adherencia terapéutica. Los pacientes que tienen de 41 a 50 años muestran tres niveles de adherencia terapéutica siendo el 71,4% con adherencia parcial, el 21,4% tiene adherencia total y el 7,1% es no adherente. La presencia de la adherencia total en este grupo etareo indica que hay una mejoría de la adherencia terapéutica, así mismo el porcentaje mayor está representado por los pacientes que tienen adherencia parcial, debido a que la gran mayoría de los pacientes tienden a ser diagnosticados con la enfermedad entre los 30 a 60 años de edad, en caso de los pacientes que tienen de 51 a 60 años de edad, también se evidencian tres niveles de adherencia terapéutica donde el 61,5% tienen adherencia parcial, el 36,9% adherencia total y el 1,5% es no adherente, se observa que ya el porcentaje de los pacientes con adherencia total va incrementando, pero también la mayor población de pacientes diagnosticados pertenecen al mayor grupo etario, llegando a la conclusión que la edad un factor importante en la adherencia terapéutica, encontrando así el mayor número de pacientes de 51 – 60 años de edad, pero los que representan un mayor porcentaje son los que tienen de 30 -40 años, siendo el grupo más vulnerable a desarrollar adherencia parcial.

Otra característica sociodemográfica es el sexo (anexo 11), siendo de mayor predominio el sexo femenino con una adherencia parcial de 67,5% seguido de una adherencia total de 27,5% seguido por el sexo masculino con una adherencia parcial de 61,9% seguido de la adherencia total de 38,1%. Respecto al estudio de Becerra⁶ en el 2015, encontró que sexo predominante fue el femenino con un grado de adherencia parcial de 55,5%. Otro estudio realizado en México por Ruiz¹⁴ en el 2014, halló que el grado de adherencia es semejante en ambos sexos. El estudio realizado por Santiago et al.³⁴ en el 2016, encontró que el 61,7% del total de su muestra, lo cual demuestra que no existe asociación significativa entre las variables sexo y adherencia terapéutica. Según el estudio realizado por Sánchez¹⁹ en el 2016, encontró que el 64,1% de los pacientes son de sexo masculino, llegando a la conclusión que la adherencia terapéutica y el sexo no siempre muestra resultados concordantes. En comparación con los resultados de otros estudios se concluye que el sexo masculino y femenino tienen resultados semejantes, por tanto, que el sexo no es un factor que influye en la adherencia terapéutica.

La característica sociodemográfica es la ocupación (anexo 12), donde se presenta el porcentaje de adherencia terapéutica según la ocupación, la mayor población está conformada aquellos pacientes que son empleados con 66,2% de adherencia parcial seguido de 30,9% de adherencia total, el desempleado muestra el 100% de la población. Con respecto al estudio de Ruiz¹⁴ en el 2014 indica que un factor relacionado con la adherencia es la ocupación de las cuales encontró que son los únicos con una adherencia parcial de 68% y adherencia total de 1%. En el estudio realizado por Becerra⁶ en el 2015, encontró que la ocupación que más predomina es jubilado con 46,6% de adherencia parcial, seguido de empleado con 34,9% de adherencia parcial y luego labor de hogar con 11,4% adherencia total. Un estudio realizado en Cuba por Coruego et al.³² en 2011 menciona que un factor relacionado con la adherencia terapéutica es la ocupación, ya que encontró una asociación significativa con menores posibilidades de adherirse al tratamiento aquellos pacientes que tienen una vida laboral activa están relacionados con la presencia de responsabilidades lo que provoca una falta de cuidado en la atención de su salud. Pomares et al.¹⁰ en el 2017, encontró el predominio de los profesionales, ya que plantea que la actividad laboral se asocia a incrementos de la presión arterial. En nuestro estudio se observa que la ocupación de mayor número de pacientes es el empleado con 66,2% adherencia parcial, lo cual indica

que los pacientes que tienen actividad laboral activa no pueden llegar a tener una adherencia total significativa, pero a desarrollar el mayor porcentaje de adherencia parcial es la ocupación de desempleado siendo el 100%, la falta de actividad también conlleva a un cuadro de estrés y preocupaciones que impide la correcta adherencia al tratamiento, dentro de la ocupación de cesantes se observa que el 40% tiene adherencia parcial y el 60% adherencia total, dando a conocer que estos pacientes no realizan actividad laboral y tienen mayor disponibilidad para dedicarse a seguir un buen tratamiento. En caso de la ocupación de amas de casa, se observa que el 62,5% tiene adherencia parcial y el 37,5% tiene adherencia total, estos resultados se deben a que las pacientes de este grupo cumplen actividades laborales en el hogar, con respecto a los estudios anteriores se concluye que la ocupación es un factor influyente en la adherencia terapéutica, los que tienen actividad laboral tienen a desarrollar más adherencia parcial, debido a que la misma actividad los imposibilita de tener una mejor adherencia terapéutica. Otra característica sociodemográfica es el grado de instrucción (anexo 13), se evidenciaron tres niveles de grado de instrucción: superior, secundaria y primaria, en la cual se muestra que la mayor población está conformada por los pacientes de nivel superior que tienen 65,6% de adherencia parcial, seguido de la adherencia total de 37,5% y no adherencia 1,6%; en el nivel secundario el de mayor porcentaje está dado por pacientes con adherencia parcial de 70,6%, seguido de 29,4% de adherencia total, del mismo modo el nivel primario el 25% tiene adherente parcial, el 50% tiene adherente total y 25% es no adherentes, Con respecto al estudio realizado por Santiago et al.³⁴ en el 2016 encontró que 74% de su población es adherente al tratamiento ya que los pacientes con estudios universitarios tienen mayor adherencia a la terapia. Otro estudio realizado en México por Ruiz ¹⁴ en el 2014 encontró un mayor porcentaje de los tres grados de adherencia en el nivel secundario con una adherencia total de 1%, adherencia parcial de 42% y no adheridos de 5%. Otro estudio realizado por Sánchez S¹⁹ en el 2016, halló que el 23,3% tienen nivel de instrucción secundaria, el 25,2% nivel primario; el 6,7% nivel superior y un 44,7% no tienen educación. Otro estudio por Becerra Y⁶ en el 2015 encontró que los grados de instrucción primaria y secundaria fueron los que predominaron para el grado de adherencia parcial con 26,5% y 28,6% respectivamente. En Colombia Castaño³³ en el 2012, encontró que mayor población corresponde al nivel secundario con 59,5%. Pomares et al.¹⁰ en el 2017 indica el bajo nivel de escolaridad es directamente proporcional con la

aparición de enfermedades crónicas. Respecto a nuestro estudio no podemos realizar una comparación significativa entre los grados de instrucción de nivel superior y secundaria, ya que hay una gran diferencia de población entre estos grupos, estos resultados se deben a que la población de pacientes pertenece al seguro social, pero dentro de los paciente con adherencia total se puede observar quien tiene mejor adherencia son de nivel superior esto se debe a que la gran mayoría tiene un nivel cultural mayor en comparación a aquellos pacientes pertenecen al MINSA donde la gran mayoría tiene un nivel de instrucción predominante de nivel secundaria y primaria, siendo esto un caso importante el conocimiento para la mejor adherencia.

Otra característica sociodemográfica es el estado civil (anexo 14), de acuerdo a los resultados del estudio, se presenta el porcentaje de la adherencia terapéutica según el estado civil. Encontramos una predominación de la adherencia parcial dentro de los cuatro grupos (soltero casado, divorciado y conviviente) donde hay mayor población es el estado civil casado con una adherencia total de 35,7% y de una adherencia parcial de 61,9% seguido de los que tienen estado civil de divorciado con una adherencia total de 33,3% y adherencia parcial de 66,7%, el estado civil de conviviente que presenta el 25% de adherencia total y 75% de una adherencia parcial. Otro estudio realizado por Sánchez¹⁹ en el 2016, encontró que 58,3% son casados. Becerra⁶ en el 2015, encontró la predominancia del estado civil casado con 54,2% con un grado de adherencia parcial. En nuestro estudio los resultados muestran que la mayor población está conformada por el estado civil casado, Concluyendo que el estado civil es un factor que influye la buena adherencia esto se debe a que el ambiente familiar apoya al paciente a tener una mejor adherencia terapéutica debido a la preocupación de los integrantes a diferencia de los pacientes pertenecientes al estado civil divorciado o soltero quienes tienen tendencia de realizar adherencia parcial y no adherencia, no se puede realizar una comparación significativa debido a que esta población es menor.

En la figura 3, se presenta el porcentaje de la adherencia terapéutica según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, donde se clasifica en tres grupos (de 1 a 4 años, 5 a 8 años y 9 a mas), dentro de los que tienen entre 1 a 4 años de diagnóstico el 66% tiene adherencia parcial seguido de la adherencia total con 30% y el 4% no tienen adherencia. Los que tienen entre 5 a 8 años de diagnóstico el 66,7% de adherencia parcial y el 33,3% de adherencia total. Becerra⁶ en el

2015, encontró que los pacientes con menos de 5 años de diagnóstico predominan con 39,1% de adherencia parcial. Pomares et al.¹⁰ en el 2017, indica el predominio de pacientes que llevan la enfermedad por más de 10 años, ya que a medida que se prolonga el tiempo la persona se hace más consciente del riesgo de la enfermedad. pero en nuestro estudio los pacientes mayores de 9 a más años diagnosticados poseen el mismo porcentaje de nivel de adherencia terapéutica. En nuestro estudio podemos observar dentro de los pacientes que tienen de 1 a 4 años de diagnóstico presenta tres niveles de adherencia terapéutica, estos resultados se debe a que tienen un tiempo menor de diagnóstico y están sometidos a cambios que exige el tratamiento de la enfermedad, así mismo en pacientes que tienen entre 5 a 8 años de diagnóstico presenta dos niveles de adherencia terapéutica donde el 66,7% tiene adherencia parcial y el 33,3% tiene adherencia total, este resultado indica que el paciente va tomando conciencia para mejorar su adherencia al tratamiento, dentro de los pacientes que tienen 9 años a más tiempo de diagnóstico muestra el mismo porcentaje de adherencia terapéutica, debido que a una edad mayor presentan complicaciones con algunas patologías que tuvieron como antecedente conllevándolos a una polimedicación y está en parte impide cumplir una adherencia terapéutica completa. En conclusión, el tiempo de diagnóstico no es un factor que influya en la adherencia terapéutica. En la figura 4, se muestra el porcentaje de la adherencia terapéutica según el tratamiento Higiénico – dietético. Se clasificó como bueno, regular, malo y muy malo, donde los que tienen un hábito higiénico–dietético bueno tienen una adherencia total de 43,8%, seguido de una adherencia parcial de 56,3%., en los que tienen habito higiénico – dietético regular la mayor población está conformada por 64,4% de adherencia parcial y 35,6% de adherencia total. Con respecto al estudio de Ruiz¹⁴ en el 2014, encontró que de los pacientes encuestados el 4% de los adherentes totales tiene un hábito higiénico- dietético regular, el 15,2% de los pacientes con adherencia parcial tienen un hábito higiénico–dietético muy malo y 42% malo. En el estudio de Becerra⁶ en el 2015, encontró que su población consume una dieta sin sal o baja sal en 35,7%, baja en frituras o sin frituras 38,7% y realizan actividad física 26,5% en consecuencia, los pacientes no cumplen los hábitos. Otro estudio realizado por Coronado³⁵ en el 2014, encontró en su población que el 100% de los pacientes saben que el exceso consumo de sal es dañino para la salud, el 94% conocen dieta poca en grasas y mucha fruta y verduras para bajar la presión arterial. En nuestro estudio (anexo 17) el 62,2%

consumen alimentos baja en sal o sin sal, el 51,2% no consume grasas y el 45.1% realiza actividad física. los hábitos higiénicos-dietéticos influyen en la elevada frecuencia de síntomas, por lo cual es importante evaluarla, por conclusión se demuestra que el hábito higiénico dietético es un factor que influye en la adherencia terapéutica, se encontró una similitud frente a los resultados de otros autores, que, siendo un mayor porcentaje los que tienen un hábito higiénico - dietético regular, siendo muy pocos los que conocen el tratamiento no farmacológico y ponen en práctica para la mejorar adherencia al tratamiento terapéutico.

En la figura 5, se presenta el porcentaje de la adherencia terapéutica según el número de medicamentos, donde observamos que hay una mayor población toma un solo medicamento (monoterapia). El 70,6% tiene adherencia parcial y el 29,4% tienen adherencia total, los que toman dos fármacos tienen 67,9% de adherencia parcial y 25% adherencia total, con respecto a los que toman más de tres fármacos muestran el 50% de adherencia parcial y 50% de adherencia total respectivamente. El estudio realizado por Santiago et al.³⁴ en el 2016, demuestra que los pacientes que toman un solo medicamento de manera diaria tiene un porcentaje mucho mayor de 73,9% que a los que llevan tratamiento de dos fármacos, los medicamentos más empleados fueron enalapril 88,1%, amlodipino 88,9% y atenolol 92,3%. En Iquitos Romero M y Tanchiva P²⁰ en el 2011, encontraron que el mayor tratamiento fue la monoterapia, de los cuales el medicamento de mayor prescripción fue el captopril con 31 pacientes (50%), seguido del enalapril con 26 pacientes (41,9%), lo cual indica que el 57% de los pacientes reciben IECAS, 2 pacientes betabloqueantes y 4,9% reciben bloqueadores de los canales de calcio. Otro estudio realizado por Becerra Y⁶ en el 2015, encontró predominio de la monoterapia en 45.9%, seguida de terapia doble con 34% y terapia triple a más 20,1%. El grupo de los (IECAS) fueron los más utilizados 34,6%, seguido de los antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA II) 26,94%, diuréticos 17,07%, calcio antagonista 11,17% y betabloqueantes 10,13%. En Colombia Castaño³³ en el 2012, encontró un tratamiento individual empleada por enalapril con 17,9%, el verapamilo con 10,7% y losartán con 9,2% y el diurético más usado fue la hidroclorotiazida. Segura et al³⁶, en el estudio Tornasol I se consignó que la mayoría de hipertensos recibió inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) con 82,2%, seguidos de calcio antagonistas dihidropiridínicos con 12%. Con respecto a

nuestro estudio se encontró gran semejanza a los resultados con otros autores, que concuerdan que la mayor y mejor adherencia terapéutica tienen monoterapia estos resultados se deben a que la población estudiada es joven y no tiene complicaciones, el medicamento con mayor prescripción fue el valsartán de 80mg (anexo 19) con 20,5% seguido por enalapril con 17,1% y el diurético más usado fue la hidroclorotiazida con 12,8%.

En la figura 6, se muestra el porcentaje de adherencia terapéutica en relación al conocimiento de la enfermedad, donde el porcentaje de los pacientes que conocen la enfermedad tienen el 44,3% de adherencia total, 54,1% adherencia parcial y 1,6% es no adherente. En caso de los que no conocen el 95,2% tienen adherencia parcial y 4,8% es no adherente. Un estudio realizado por Herrera et al.⁵ en el 2017, encontró que el nivel de conocimiento es aún deficiente. En cuanto a su distribución el autoconocimiento es mejor en las zonas urbanas que en las áreas rurales, menciona que, aunque haya mejorado aún se está en desventaja con relación a otras ciudades de Latinoamérica. En el 2011 en el estudio Tornasol II, los autores encontraron que el nivel de autoconocimiento de la hipertensión arterial fue de 48,2% siendo mayor que en el estudio tornasol I en 2006 donde el nivel de autoconocimiento fue de 44,9%³⁷. Otro estudio realizado por Rodríguez¹⁶ en el 2015, realizó un estudio de asociación de conocimiento de la hipertensión arterial con adherencia terapéutica, donde encontró que los pacientes con bajo conocimiento de la hipertensión tienen 1,5 veces más probabilidad de desarrollar adherencia parcial al tratamiento que los pacientes con alto conocimiento; el 29,5% de los pacientes no habían recibido información sobre la enfermedad por parte de los médicos. En Colombia Castaño³³ en el 2012 encontró en los pacientes que conocen la enfermedad 2,4 eran no adherentes 43,1% adherentes parciales y 54,5 adherentes totales, con respecto a los que no conocían la enfermedad un 9,7% eran no adherentes, el 54,8% adherentes parciales y el 35,5% adherentes totales, donde da conocer que tienen mejor adherencia los que conocen de la enfermedad. En tumbes el estudio realizado por coronado³⁵ en el 2014, encontró que el 89,9% saben sobre la hipertensión arterial, 81% saben que es incurable, 82% se toma con regularidad la presión arterial y el 91% conoce los síntomas cuando sube la presión arterial. Alejos y Maco³⁸, realizaron un estudio donde evaluó el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial, encontrando que el 52,5% tiene nivel de conocimiento bajo seguido del nivel medio con 40% y los de nivel alto con 7,5%. En nuestro estudio dentro del grupo de pacientes que conocen

de la enfermedad se evidencian los tres niveles de adherencia terapéutica, en la cual el 44,3% tiene adherencia total, lo que indica que hay conciencia de la enfermedad y conocimiento acerca de las complicaciones, siendo un factor para tener una buena adherencia terapéutica, en caso de los pacientes con adherencia parcial de 54,1% indica que hay cierta deficiencia para cumplir el tratamiento y esto se debe a la presencia de algunos factores que impiden la mejora de adherencia terapéutica como la ocupación, los hábitos higiénico-dietético, entre otros. En caso de los pacientes que son no adherentes de 1,6%, conoce pero no es consciente sobre la enfermedad, no lo acepta como parte de sí mismo y pueda realizar un tratamiento adecuado, los pacientes que no conocen tienen 95,2% de adherencia parcial, el paciente desconoce o no ha tenido información adecuada acerca de la hipertensión arterial y sus complicaciones, por lo cual el paciente no tiene suficiente información que lo lleve a realizar un tratamiento adecuado, los no adherentes con 4,8% son los pacientes que no recibieron información por parte del profesional de salud, como en la mayoría de los autores menciona que el médico no orienta al paciente, solo prescriben sus medicamentos, el paciente se acerca a farmacia recoge los medicamentos para calmar sus molestias, una vez calmadas el paciente suspende el tratamiento, tiempo después el paciente vuelve por las sintomatología presentada, llegando a la conclusión al igual que la mayoría de los autores mencionados, muestran que los pacientes con conocimiento tienen mejor adherencia terapéutica respecto a los que no conocen.

VI. CONCLUSIONES

1. El 64,6% de pacientes hipertensos que fueron atendidos en el servicio de cardiología presenta una adherencia terapéutica parcial, el 32,9% adherencia total y 2,4 no presentan adherencia terapéutica
2. Se logró medir las características sociodemográficas como la edad siendo de mayor predominio los que tienen de 30 a 40 años con 100% de adherencia parcial, el sexo tiene resultados muy semejantes habiendo predominio de la adherencia parcial, según ocupación el desempleado y los empleados desarrollan adherencia parcial, los que tienen grado de instrucción secundaria desarrolla mayor adherencia parcial, así mismo los pacientes que son casados muestran mayor porcentaje de adherencia terapéutica siendo un factor que influye en la adherencia terapéutica.
3. Con respecto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, los pacientes atendidos en el Servicio de Cardiología tienen entre 5 a 8 años de diagnóstico, con 66,7% de adherencia parcial.
4. En cuanto al hábito higiénico-dietético, se logró identificar que la mayoría desarrolla un hábito higiénico-dietético regular con 64,4% de adherencia parcial, así mismo, los que tienen hábito higiénico-dietético bueno tienen mejor adherencia terapéutica.
5. Con respecto al tratamiento el porcentaje mayor de pacientes realiza monoterapia siendo el 70,6% de adherencia parcial y el medicamento más prescrito es el valsartán de 80mg.
6. El nivel de conocimiento es un factor que influye en la adherencia terapéutica, siendo los que tienen conocimiento a desarrollar mayor adherencia terapéutica.

VII. RECOMENDACIONES

1. Que las autoridades y responsables del Hospital Il Carlos Tuppia García Godos EsSalud-Ayacucho conjuntamente con el servicio de cardiología implementen estrategias, campañas, talleres y trípticos con mensajes cortos que permitan al paciente conocer y concientizar la importancia del tratamiento y control de la hipertensión arterial.
2. Que el área de farmacia de consultorio externo solicite un personal (Químico Farmacéutico) quien se dedique solo a realizar orientación farmacéutica, así despejar algunas dudas, creencias y miedo que imposibiliten a cumplir el tratamiento adecuado.
3. Implementar un área en el servicio de farmacia de consultorio externo destinado específicamente para brindar orientación farmacéutica a los pacientes.
4. Nuestros resultados indican que aún hay deficiencia de los pacientes en tener adherencia al tratamiento terapéutico, por tanto, se debería profundizar la investigación mediante el seguimiento fármacoterapéutico en pacientes ambulatorios, con la finalidad de observar factores que impidan la adherencia y orientar a seguir un mejor tratamiento terapéutico.
5. Realizar estudios clínicos prospectivos de cohorte o de casos y controles que analicen los factores que influyen en la adherencia terapéutica, así mismo, realizar estudios en otros centros asistenciales.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resolución Ministerial N° 031-2015-MINSA [Internet]. [citado 29 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195692-031-2015-minsa>
2. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2013 [citado 29 de octubre de 2018];40. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=F816204B3C37B862EB59B5FF0DBCC243?sequence=1
3. Cañar J. evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, sector er05, San Marcos, 2016 [internet] [tesis de grado]. [ecuador]: universidad tecnica de Ambato; 2016 [citado 10 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24105/1/Ca%c3%b1ar%20Jim%c3%a9nez%20Miryam%20Janeth.pdf>
4. Régulo C. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med Per [Internet]. 2006 [citado 29 de octubre de 2018];23(2):7. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a05>
5. Herrera P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodriguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 29 de octubre de 2018];34:497. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2622>
6. Becerra L. Grado de Adherencia terapeutica en pacientes Hipertensión Arterial atendidos en la cartera del Adulto/Adulto Mayor del Policlínico EsSalud "Agustín Gavidia Salcedo"- Lambayeque - 2015. [Internet] [Tesis de grado]. [Lambayeque]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/552/BC-TES-4579.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Muñoz P, Herrera M. Nivel de adherencia a tratamientos farmacológicos antihipertensivos y su relación con el control de los niveles de presión arterial en un grupo de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Mallamas (I.P.S) Indígena de Ipiales, durante los años 2010 a 2012 [Internet] [Tesis de grado]. [Ecuador]: Universidad San Francisco de Quito; Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2539/1/109177.pdf>
8. Martín M, Corugedo Rodríguez M, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña M de la C. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 27 de septiembre de 2017];41 (1):9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004
9. Bravo B. Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. Santa Rosa- El Oro, 2016 [Internet] [Tesis de grado]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2017 [citado 24 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18161/1/TESES%20DR A.%20BERTHA%20BRAVO.pdf>
10. Avalos A, Núñez MAV, Domínguez ESR. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev Finlay [Internet]. 2017 [citado 27 de septiembre de 2017];7(2):7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S222124342017000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
11. Santiago A, López Vázquez, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 [citado 29 de julio de 2017];vol.15 (1):9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X2016000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Ramírez C. Adherencia a la farmacoterapia en pacientes hipertensos ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, Norte de Santander (Colombia). Ciencia &

Tecnología para la Salud Visual y Ocular [Internet]. 2015 [citado 1 de noviembre de 2018];12:27. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/3291>

13. Morales G. Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial [Internet] [Tesis de grado]. [Guatemala]: Universidad Rafael Landívar; 2015 [citado 6 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Vasquez-Gregorio.pdf>
14. Ruiz T. Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz [Internet] [tesis especialidad]. [Mexico]: Universidad Veracruzana; 2014 [citado 1 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24105/1/Ca%c3%b1ar%20Jim%c3%a9nez%20Miryan%20Janeth.pdf>
15. Maldonado FJ, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales JI, Ortega-Padrón M. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. Atención Familiar [Internet]. 2016 [citado 27 de septiembre de 2017];23:48-52. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405887116301134>
16. Rodríguez J, Solís-Visscher R, Rogic-Valencia S, Román Y, Reyes-Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2017 [citado 2 de noviembre de 2018];65:55-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00055.pdf>
17. Villacorta D. Grado De Adherencia Terapéutica En Pacientes Hipertensos Atendidos en la botica “yuliana”. La esperanza- Trujillo.2013 [Internet] [Tesis de grado]. [Peru]: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015 [citado 3 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/209/villacorta_razon_%20dianne_paola_adherencia_terapeutica_pacientes_hipertensos.pdf?sequence=1&isallowed=y

18. Alza Rodriguez J. Factores Asociados a la Adherencia Terapéutica en Adultos con Hipertensión Arterial Del Hospital I Luis Albrecht EsSalud [Internet] [Tesis de grado]. [Peru- trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 [citado 24 de agosto de 2017]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2251/1/re_med.huma_jimena.alza_factores.asociados.a.la.adherencia.terapeutica_datos.pdf
19. Sanchez S. Adherencia Terapéutica en Pacientes con Tratamiento Antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes- Chiclayo, Enero- Noviembre 2016 [Internet] [Tesis de grado]. [Peru - cajamarca]: Universidad Nacional Cajamarca; 2016 [citado 23 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1165/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Romero M, Tanchiva P. Adherencia al Programa de Tratamiento De Hipertensión Arterial Primaria En Adultos del Cap III-Metropolitano Iquitos– EsSalud-Año 2011 [Internet] [Tesis de grado]. [Peru -Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2011 [citado 25 de junio de 2018]. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3691/Marco_Tesis_Titulo_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Chamorro A. Seguimiento Farmacoterapéutico en el Control de Pacientes Hipertensos (Emdader-Hta) [Internet] [tesis Doctoral]. [España]: Universidad de Granada; 2014 [citado 5 de julio de 2017]. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/24463644.pdf>
22. Joint National Committeeon Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
23. Espinosa A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista Finlay. [Internet].2018 [citado 3 de noviembre de 2018];8 (1):9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf08108.pdf>

24. James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison-Himmelfarb C, Handler et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. [Internet].2014 [citado 3 de noviembre de 2018];311:507. Disponible en: <http://www.cimcbc.sld.cu/Articulos/Guias%20para%20el%20manejo%20de%20la%20presion%20arterial.pdf>

25. Antonio M. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial: fármacos antihipertensivos. 2001 [citado 3 de noviembre de 2018];37 (5):7. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tratamiento-farmacologico-hipertension-arterial-farmacos-10022764>

26. Hernández M, Lezana Fernández MÁ, Barriguete Meléndez JA, Mancha Moctezuma C, Ortiz Solís GR, García de León Farías A, et al. Guía de Tratamiento Farmacológico y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. Rev Mex Cardiol [Internet]. 2011 [citado 19 de abril de 2018];2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2011/hs111a.pdf>

27. Monsalvez F. Evaluación Diagnóstica de 2 Instrumentos que miden Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores Hipertensos [Internet] [Tesis de grado]. [Chile]: Universidad de Concepción dirección de Postgrado Concepción-Chile; 2014 [citado 3 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1693/Tesis_Evaluacion_Diagnostica_de_Dos_Instrumentos.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Martín Alfonso L, Bayarre Veá, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev cub salud pública [Internet]. 2008 [citado 3 de octubre de 2017];34. Disponible en: http://scielohttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012

29. Rodríguez M, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico

- utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria [Internet]. 2008 [citado 5 de noviembre de 2018];40:413-7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708720766>
30. Supo jose. Niveles de Investigación [Internet]. Power presentado en; [citado 10 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://clasesenblog2.files.wordpress.com/2012/08/investigacioncuanti.ppt>
 31. Quintana C, Fernández J, Britto Rodríguez. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev Cubana Invest Bioméd. 2009;28:5.
 32. Corugedo M del C, Martín Alfonso L, Bayarre Veja H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario «Manuel Fajardo» en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 [citado 24 de agosto de 2017];27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 33. Castaño J, Echeverri-Rubio C, Fernando J, Maldonado-Mora Á, Melo-Parra J, Meza-Orozco A, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 201. Rev Fac Med.. [Internet]. 2012 [citado 6 noviembre de 2018];60(3):11 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v60n3/v60n3a01.pdf>
 34. Santiago A, López Vázquezl, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev haban cienc méd. [Internet]. 2016 [citado 29 de julio de 2017]2016;15 (1):9. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X2016000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
 35. Coronado Y. Influencia del Conocimiento de la Hipertensión Arterial en el Control De La Salud de los Pacientes Hipertensos. Hospital I- Essalud-Tumbes-2014 [Internet] [tesis de maestria]. [Tumbes]: Universidad Nacional de Tumbes; 2016 [citado 23 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/unitumbes/203/tesis%2>

0%20de%20maestria%20%20-
%20yomery%20coronado%20cruz.pdf?sequence=1&isallowed=y

36. Segura L, Agusti C, Parodi Ramírez J. Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú. Revista Peruana de Cardiología. [Internet]. 2006 [citado 17 de mayo de 2018];32:47. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v39n1/a1.pdf>
37. Segura L, Agusti C, Ruiz Mori E. Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con TORNASOL I después de cinco años. Revista Peruana de Cardiología. [Internet]. 2013 [citado 17 de mayo de 2018];34:55. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v39n1/a1.pdf>
38. Alejos M, Maco Pinto J. Nivel de Conocimiento Sobre Hipertensión Arterial en Pacientes Hipertensos [Internet] [tesis especialidad]. [Lima]: Universidad Nacional Cayetano Heredia; [citado 23 de octubre de 2018]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1. Validación del cuestionario de MBG en pacientes con hipertensión arterial del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Nº	item1_1	item1_2	item1_3	item1_4	item1_5	item1_6	item1_7	item1_8	item1_9	item1_10	item1_11	item1_12	Total
1	3	4	2	4	5	3	3	2	3	1	1	3	34
2	5	4	4	1	4	4	1	5	5	1	1	4	39
3	4	2	4	2	1	2	1	4	5	2	3	3	33
4	5	3	3	4	2	5	4	5	5	2	2	3	43
5	4	4	4	4	4	3	1	2	4	2	4	3	39
6	3	3	2	3	1	5	5	2	4	2	3	5	38
7	5	2	5	5	4	5	1	2	5	2	2	4	42
8	5	4	2	5	4	4	2	2	5	3	1	3	40
9	5	5	5	5	3	5	5	3	5	3	5	4	53
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	58
11	5	4	2	4	3	2	5	5	4	3	1	3	41
12	5	4	4	4	5	5	2	1	3	3	3	3	42
13	4	3	4	4	5	2	1	4	5	3	1	3	39
14	4	3	3	1	5	3	4	4	4	3	5	5	44
15	5	3	5	5	5	5	4	5	5	4	2	5	53
16	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	56
17	5	4	3	3	3	4	3	4	5	4	3	3	44
18	5	2	5	4	4	5	1	5	5	4	2	4	46
19	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	58
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
VARIANZA	0,44	0,93	1,26	1,53	1,69	1,29	2,83	1,89	0,44	1,25	2,29	0,73	64,99

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_j^2}{S_T^2} \right]$$

$\alpha = 0.813$

INTERPRETACIÓN

Rangos	Magnitud
0.81 a 1.00	Muy Alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy Baja

[Firma]
 Edgar Cárdenas Landa
 Químico Farmacéutico
 C.O.P. 6950

Anexo 2. Farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018



Área de
Dispensación

Área de
recepción de
recetas

Anexo 3: Receta del servicio de cardiología admitida en farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018

Diagnóstico del paciente

Servicio de procedencia

Rango de edad (30-60 años)

No. DE ORDEN: 0000002
HOSP. II CARLOS TUPPIA GARCIA G - ESSALUD
DIRECC.: AV VENEZUELA S/N CANAAN ALTO SAN JUAN B TELF.: 066316506
: 066316506
CONSULTA EXTERNA
FECHA: 19/07/2018 HORA: 15:01 SERV.: **CARDIOLOGIA**
ASEGURADO: HUARCAYA JAULLA CELIA MERY
AD: 58 EDAD: 58
AUTOG.: 5911200HRJLC006 H/C: 13425 ACTO MEDICO: 4522000
: 4522000
DIAGN.: I10.X
NRO RECETA COD.MEDIC. DENOMINACION U.M. SOL. ATE. PEN.
4748400 010400109 IRBESARTÁN 150 MG TB 60. 0 0
Ult.Ate: / /
MEDICO: 27162 GUEVARA DOMINGUEZ RAMIRO A.
FIRMA DEL ASEGURADO FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
Mensaje: NO SE AUTO MEDIQUE
Usuario: GDR01 - Fec.Imp.: 19/07/2018 - Hora:
:26
28308317
966 818311
Ramiro A. Guevara Domínguez
CARDIOLOGO
CMP-28720 RNE: 22294

Anexo 4: Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG

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

Estimado paciente:

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

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

Ocupación: Empleado Desempleado cesante Ama de casa

Grado de instrucción:

Iletrado Primaria Secundaria Superior

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Conviviente

Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad:

De 1 -4 años

De 5 a 8 años

De 9 a más

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

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal: Si No A veces

2. Consumir grasa no animal: Si No A veces

3. Realizar ejercicio físico: Si No A veces

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. cuantos _____

Nombre

Nombre

Nombre

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

AFIRMACIONES	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
	4	3	2	1	0
1) Toma sus medicamentos en el horario indicado					
2) Se toma todas las dosis indicadas					
3) Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4) Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5) Realiza los ejercicios físicos indicado por su médico					
6) Acomoda sus horarios para tomar sus medicamentos					
7) Usted y su médico, deciden el tratamiento a seguir					
8) Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9) Lleva su tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10) Utiliza recordatorios que faciliten su tratamiento					
11) Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12) Usted acepta el tratamiento que ha prescrito su médico					

GRADO DE ADHERENCIA	PUNTAJE
Adherente total	
Adherente parcial	
No adherente	

Anexo 5 : Test de Batalla (Test de Autoconocimiento)

TEST DE BATALLA (TEST DE AUTOCONOCIMIENTO)

Preguntas	Respuestas
¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	
¿Se puede controlar con dieta y medicación?	
Cite dos a más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada.	

Adherente	No adherente

Anexo 6 : Tríptico de la Hipertensión Arterial anverso que se realizó para la orientación farmacéutica en farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tupia García Godos-EsSalud. Ayacucho-2018

¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

Es la elevación crónica de la presión arterial, por encima del cual aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrales.

¿QUÉ ES LA PRESIÓN ARTERIAL?

Es la fuerza que ejerce la sangre en contra de los vasos sanguíneos (arterias) como resultado de la función de bombeo que tiene el corazón.

Se mide en mmHg

Normal
120/80mmHg



Hipertenso
140/90mmHg



¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN?

¿A QUIENES AFECTA?

Afecta a personas de cualquier edad






En el Perú 1 de cada 3 personas no sabe que tiene presión alta

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes familiares de HTA
- Sedentarismo (falta de actividad física)
- Consumo excesivo de sal en alimentos
- Consumo de tabaco y alcohol
- Exceso de peso
- Diabetes
- Estrés o depresión



HEREDITARIO

SEDENTARISMO



SINTOMAS

No presenta síntomas en el 80% de los casos, por lo que es llamada la "enfermedad silenciosa". Sin embargo, puede manifestarse con dolores de cabeza, zumbidos de oído, mareos, visión borrosa o luces centellantes y sangrado por la nariz.

COMPLICACIONES

LA HTA no tratada o controlada puede llevar a muchas complicaciones.



DERRAME CEREBRAL

Primera causa de discapacidad en el mundo



INFARTO CARDIACO

Primera causa de muerte en el mundo



DAÑO OCULAR

Lleva a la ceguera



INSUFICIENCIA RENAL

Lleva a la hemodiálisis

Anexo 7 : Tríptico de la Hipertensión Arterial reverso que se realizó para la orientación farmacéutica en farmacia de consultorio externo del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho-2018

TRATAMIENTO

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa.



- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento no farmacológico


MEDIDAS PREVENTIVAS

Evitar la enfermedad o controlarla si ya la tienes, es importante:

- Mantener el peso ideal
- Realizar actividad física al menos 30 minutos al día



- Reducir el consumo de sal



menos sal más *Vida*

- Reducir el consumo de grasas de origen animal
- Evitar el consumo de alcohol



Alimentación pobre en frutas y vegetales

- Evitar el consumo de tabaco y no exponerse a su humo.





HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Anexo 8: Orientación farmacéutica en farmacia de consultorio en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018



Anexo 9. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	Total de pacientes	Porcentaje
No Adherencia	2	2,4
Adherencia Parcial	53	64,6
Adherencia Total	27	32,9
Total	82	100,0

Anexo 10. Adherencia terapéutica según edad en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupiza García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	EDAD						TOTAL
	30- 40		41-50		51-60		
	n	%	n	%	n	%	
No Adherencia	0	0,0	1	7,1	1	1,5	2
Adherencia parcial	3	100,0	10	71,4	40	61,5	42
Adherencia total	0	0,0	3	21,4	24	36,9	38
Total	3	100,0	14	100,0	65	100,0	82

Anexo 11. Adherencia terapéutica según sexo en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	SEXO				TOTAL
	Femenino		Masculino		
	n	%	n	%	
No Adherencia	2	5,0	0	0,0	2
Adherencia parcial	27	67,5	26	61,9	53
Adherencia total	11	27,5	16	38,1	27
Total	40	100,0	42	100,0	82

Anexo 12. Adherencia terapéutica según Ocupación en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	OCUPACIÓN								TOTAL
	Empleado		Desempleado		Cesante		Ama de casa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
No Adherencia	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
Adherencia parcial	45	66,2	1	100,0	2	40,0	5	62,5	53
Adherencia total	21	30,9	0	0,0	3	60,0	3	37,5	27
Total	68	100,0	1	100,0	5	100,0	8	100,0	82

Anexo 13. Adherencia terapéutica según Grado de instrucción en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	GRADO DE INSTRUCCIÓN								TOTAL
	Iletrado		Primaria		Secundaria		superior		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
No Adherencia	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	1,6	2
Adherencia parcial	0	0,0	1	25,0	12	70,6	40	65,6	53
Adherencia total	0	0,0	2	50,0	5	29,4	20	32,8	27
Total	0	0,0	4	100,0	17	100,0	61	100,0	82

Anexo 14. Adherencia terapéutica según estado civil en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	ESTADO CIVIL								TOTAL
	Soltero		Casado		Divorciado		conviviente		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
No Adherencia	1	8,3	1	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2
Adherencia parcial	6	50,0	26	61,9	8	66,7	12	75,0	52
Adherencia total	5	41,7	15	35,7	4	57,1	4	25,0	28
Total	12	100,0	42	100,0	12	100,0	16	100,0	82

Anexo 15. Adherencia terapéutica según años de diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	AÑOS DE DIAGNOSTICO (años)						TOTAL
	1-4		5-8		9 a mas		
	n	%	n	%	n	%	
No Adherencia	2	4	0,0	0,0	0,0	0,0	2
Adherencia parcial	33	66,0	16	66,7	4	50,0	53
Adherencia total	15	30,0	8	33,3	4	50,0	27
Total	50	100,0	24	100,0	8	100,0%	82

Anexo 16. Adherencia terapéutica según tratamiento higiénico-dietético en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	Tratamiento higiénico - dietético								TOTAL
	BUENO		REGULAR		MALO		MUY MALO		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
No Adherencia	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	2
Adherencia parcial	7	43,8	29	64,4	10	71,4	7	100,0	53
Adherencia total	9	56,3	16	35,6	2	14,3	0	0,0	27
Total	16	100,0	45	100,0	14	100,0	7	100,0	82

Anexo 17. Relación de hábitos higiénico – dietético de los pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	TRATAMIENTO HIGIENICO - DIETETICO																	
	SIN SAL O BAJA SAL						GRASA NO ANIMAL						REALIZAR EJERCICIO FISICO					
	SI		NO		A VECES		SI		NO		A VECES		SI		NO		A VECES	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No Adherencia	1	1,2	0	0	1	1,2	1	1,2	0	0	1	1,2	1	1,2	0	0	1	1,2
Adherencia parcial	29	35,4	4	4,9	20	24,4	7	8,5	24	29,3	22	26,8	21	25,6	10	12,2	22	26,8
Adherencia total	21	25,6	0	0	6	7,3	1	1,2	18	22	8	9,8	15	18,3	0	0	12	14,6
Total	51	62,2	4	4,9	27	32,9	9	11	42	51,2	31	37,8	37	45,1	10	12,2	35	42,7

Anexo 18. Adherencia terapéutica según el número de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

Adherencia terapéutica	Tratamiento con Medicamentos						TOTAL
	Monoterapia		2 fármacos		3 a más fármacos		
	n	%	n	%	n	%	
No Adherencia	0	0,0	2	7,1	0	0,0	2
Adherencia parcial	24	70,6	19	67,9	10	50,0	53
Adherencia total	10	29,4	7	25,0	10	50,0	27
Total	34	100,0	28	100,0	20	100,0	82

Anexo 19. Relación de grupos farmacológicos de medicamentos prescritos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos-EsSalud. Ayacucho - 2018

GRUPO FARMACOLOGICO	Fármaco	N	%	Total, n por grupo farmacológico	Total de % por grupo farmacológico
IECA	Captopril 25mg	19	16,2	39	33,3
	Enalapril 10mg	20	17,1		
Calcio antagonista	Amlodipino 10mg	4	3,4	9	7,7
	Nifepino 10mg	2	1,7		
	Nimodipino 30mg	1	0,9		
	Diltiazem 60mg	2	1,7		
ARA II	Losartan 50mg	18	15,4	46	39,3
	Valsartan 80mg	24	20,5		
	Ibesartan 150mg	4	3,4		
Beta bloqueantes	Atenolol 100mg	2	1,7	7	6
	Bisoprolol 5mg	5	4,3		
Diuréticos	Hidroclorotiazida 25 mg	15	12,8	16	13,7
	Furosemida 40mg	1	0,9		

Anexo 20. Adherencia terapéutica según el nivel de conocimiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho – 2018

Adherencia terapéutica	TEST DE BATALLA (AUTOCONOCIMIENTO)				TOTAL
	CONOCEN		NO CONOCEN		
	n	%	n	%	
No Adherencia	1	1,6%	1	4,8%	2
Adherencia parcial	33	54,1%	20	95,2%	53
Adherencia total	27	44,3%	0	0,0%	27
Total	61	100,0%	21	100,0%	82

Anexo 21. Total de respuestas correcta e incorrecta de las preguntas del test de Batalla (autoconocimiento) en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupia García Godos-EsSalud. Ayacucho – 2018

Test de batalla (test de autoconocimiento)	Adherencia terapéutica				TOTAL
	CORRECTO		INCORRECTO		
	n	%	n	%	
1. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	67	81,7	15	18,3	82
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?	80	97,6	2	2,4	82
3. Cite dos a más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada.	52	63,4	30	36,6	82

Anexo 22. Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEORICO	VARIABLES	METODOLOGIA
Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos –EsSalud. Ayacucho – 2018	¿Cuál es la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos – EsSalud?	<p>Objetivos Generales Determinar la Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud.</p> <p>Objetivos Específicos Medir la Adherencia terapéutica, según las características sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción estado civil, en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos –EsSalud</p> <p>Medir a Adherencia terapéutica según los años de tratamiento en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos – EsSalud</p> <p>Medir la Adherencia terapéutica, en relación al tratamiento higiénico - dietético en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos –EsSalud.</p> <p>Medir la Adherencia terapéutica, según el número de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos – EsSalud.</p> <p>Medir la Adherencia terapéutica, en relación al nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos –EsSalud</p>	<p>Hipertensión arterial Clasificación de la presión arterial. Adherencia terapéutica Factores de la adherencia terapéutica</p> <p>Métodos para mediar la adherencia al tratamiento. Cuestionario MBG</p>	<p>Variable de interés adherencia al tratamiento terapéutico</p> <p>Indicadores: Adheridos totales: 38 a 48 puntos Adheridos parciales: 18 a 37 puntos No Adheridos: 0 a 17 puntos</p> <p>Variable de caracterización: Indicadores: Características sociodemográficas : Edad, Sexo, Ocupación, Grado de instrucción, Estado Civil., Años de diagnóstico, tratamiento Higiénico – Dietético según cuestionario MBG (Martin – Bayarre-Grau). Nivel de conocimiento (test de Batalla)</p>	<p>Tipo de investigación Tipo: Básica Nivel: Descriptiva Definición de la Población y muestra. Población: La población está conformada por pacientes con hipertensión arterial que llegan a recoger los medicamentos en farmacia de consultorio externo y que accedan a ser participantes de la investigación del hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Muestra: La muestra está constituida por todos 82 pacientes de 30 a 60 años con Hipertensión Arterial atendidos en farmacia de consulta externa derivados del servicio de cardiología del hospital II Carlos Tuppia García godos – EsSalud. Se realizará un muestreo no probabilístico. Unidad experimental: Pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial más de un año Metodología: Para fines de este estudio y garantizar una adecuada recolección de datos, se hará uso de un instrumento validado, el cuestionario MBG (Martín- Bayarre - Grau) validado en la Habana el 2008. Utilizado para determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, consta de 12 ítems en forma de 12 afirmaciones que incluyen las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Otro instrumento a usar es el test de batalla quien identifica el nivel de grado de conocimiento de la patología en los pacientes Diseño de la investigación: Se realizará un diseño observacional, descriptivo, prospectivo transversal, estudio que se llevará a cabo mediante encuestas validadas. G – O Donde: G: Grupo O: observación Análisis estadístico: Los datos serán tabulados y sometidos, a un análisis estadístico descriptivo, utilizando paquetes estadísticos, según necesidad.</p>