

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE FARMACIA Y
BIOQUÍMICA**



Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

PRESENTADO POR:

Bach. MARTÍNEZ CAJAMARCA, CÉSAR

AYACUCHO - PERÚ

2012

*A mi pequeño André, a mi amor Anthonela, por ser
la razón de mi vida.*

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por ende a los docentes, por su constancia en el desarrollo profesional de sus estudiantes.

A la Facultad de Ciencias Biológicas, en especial a la Escuela de Formación Profesional de Farmacia y Bioquímica.

Al asesor Dr. Q.F. Edwin Carlos ENCISO ROCA, por su dedicación y apoyo constante.

A mi asesora externa Mg. Q.F. Magali Janette Vicente Sánchez, por su asesoría constante en la realización del presente trabajo.

A todos los profesionales que me brindaron su apoyo en la realización de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

	RESUMEN	v
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
2.1.	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	5
2.2.	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	8
2.2.1.	Definición	8
2.2.2.	Tipos	8
	a) Hipertensión arterial primaria	8
	b) Hipertensión arterial secundaria	8
2.2.3.	Tratamiento con Antihipertensivos	10
	Diuréticos	10
	Beta bloqueadores	11
	leca	11
	Ara II	12
	Bloqueadores de calcio	13
2.3.	Adhesión al tratamiento	14
2.4.	Factores asociados con la adhesión	14
2.4.1.	Factor Socioeconómico	15
2.4.2.	Factor Demográfico	15
2.4.3.	Factores relacionados con el equipo	15
2.4.4.	Factores relacionados con la enfermedad	16
2.4.5.	Factores relacionados con el tratamiento	16
2.4.6.	Factores relacionados con el paciente	16
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	17
3.1.	UBICACIÓN	17
3.2.	Diseño de investigación	17
3.3.	Población	17
3.4.	Criterios de inclusión	17
3.5.	Criterios de exclusión	17
3.6.	Muestra	18
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.8.	Tratamiento estadístico	19
IV.	RESULTADOS	20
V.	DISCUSIÓN	27
VI.	CONCLUSIONES	32
VII.	RECOMENDACIONES	33
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
	ANEXOS	37

Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

AUTOR : Bach. César MARTÍNEZ CAJAMARCA

ASESOR : Dr. Q.F. Edwin Carlos ENCISO ROCA

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como objetivo determinar los factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. La muestra estuvo constituida por 169 adultos voluntarios. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento empleado es el test de Morisky - Green - Levine. Los resultados de la investigación determinaron que, el 8,3% de adultos mayores son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo; mientras que, el 91,7% no mostró esta adhesión. Los varones presentan 4,82 veces más riesgo de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en comparación a las mujeres (Ic 95% = 1,20; 27,69). Los adultos con politerapia presentan 87 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que los adultos mayores con monoterapia (Ic 95% = 15,25; 841,97). Conclusión, el sexo y el esquema terapéutico fueron los principales factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Adhesión al tratamiento, hipertensión arterial, adulto mayor.

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial continúa siendo una de las enfermedades cardiovasculares de mayor incidencia en el ámbito mundial y afecta principalmente a la población adulta, siendo sus consecuencias una importante causa de mortalidad e incapacidad (Arana, 2010).

Se estima que mundialmente existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial y existen 15 millones de defunciones de personas que son provocadas por enfermedades cardiovasculares. 7.2 millones son por enfermedad coronaria y 4.6 millones por accidente vascular encefálico; siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo activo más común en la mayoría de ellas. La prevalencia de hipertensión arterial en la Región de las Américas oscila de 10 a 25% en la población adulta, aunque existen estudios que indican cifras mayores (Valor, 2011).

En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial varía según grupo etáreo. En adultos entre 60 a 69 años asciende a 26.2% y en mayores de 69 años a 36.3%; lo que ha convertido a esta enfermedad no transmisible en un problema de salud pública apremiante. Por estrato geográfico, la prevalencia de hipertensión arterial entre adultos de 60 a 69 años de Lima Metropolitana corresponde a 30.9%, el 31.9% en el resto de la costa; 21.2% en la sierra y 25.6% en la selva. Entre adultos de 70 a más años, la prevalencia corresponde a

30.9% en Lima Metropolitana, a 31.9% en el resto de la costa, 21.2% en la sierra y 25.6% en la selva (INEI, 2010).

Sin lugar a dudas, la hipertensión arterial se encuentra distribuida indistintamente en todas las regiones del mundo y su prevalencia está asociada a factores de riesgo de orden económico, social, cultural, ambiental y étnico (Díaz, 2010).

La hipertensión arterial está asociada a factores de riesgo porque entre el 90 a 95% de los casos de hipertensión arterial no tienen causa conocida, por lo que recibe el nombre de hipertensión arterial esencial o primaria (Sánchez, 1998).

En la Región Ayacucho, se desconoce la prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta mayor, puesto que es una enfermedad crónica que puede permanecer asintomática por espacios prolongados de tiempo y si no es tratada oportunamente provoca complicaciones severas como: infarto cardiaco o accidente cerebro vascular. En el Programa de Control de Hipertensión Arterial del Centro de Atención Primaria III EsSalud Huamanga, se ha registrado 300 adultos mayores con hipertensión arterial quienes reciben tratamiento farmacológico. Existe amplia evidencia de que la morbilidad y mortalidad cardiovascular en relación con la hipertensión arterial pueden reducirse con una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo; es decir, es necesario garantizar su cumplimiento para lograr el éxito esperado (EsSalud, 2011).

Los pacientes asegurados del Centro de Atención Primaria III Metropolitano, acceden en forma permanente y gratuita al tratamiento farmacológico antihipertensivo; sin embargo, se observa con frecuencia el incumplimiento del tratamiento farmacológico sobre todo en adultos de sexo masculino con instrucción primaria, lo que genera enfermedades cardiovasculares, particularmente enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca

congestiva que aumenta significativamente el riesgo de enfermedad vascular cerebral (EsSalud, 2011) .

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos pilares fundamentales. El primero, está orientado a los cambios en el estilo de vida como la adopción de un régimen dietético hiposódico, el incremento de la actividad física y disminución de peso. El segundo, hace referencia al tratamiento farmacológico que debe ser riguroso. Si bien, ambos tratamientos son coadyuvantes, la presente investigación se circunscribió únicamente en la determinación de la adherencia al tratamiento farmacológico así como los factores sociodemográficos y contextuales (EsSalud, 2011).

La falta de adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico antihipertensivo es una problemática que atañe a todos los profesionales vinculados a la salud, puesto que el lograr la adherencia al tratamiento significa mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, lo cual fue el propósito de nuestra labor. Por los motivos expuestos se planteó como objetivo general:

Determinar los factores asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud; y como objetivos específicos:

- a) Identificar los factores sociodemográficos (grupo de edad, sexo y nivel de instrucción) asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.
- b) Establecer los factores contextuales (esquema terapéutico y comorbilidad cardiovascular) asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.

- c) Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.

II. REVISIÓN BIBLIOGRÀFICA

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÒN

Vrijens (2008). Realizó el estudio retrospectivo en San Francisco; Estados Unidos, sobre “La adherencia a los tratamientos farmacológicos antihipertensivos prescritos: estudio longitudinal de las historias de la administración electrónica compilado”, en una población de 4783 pacientes hipertensos que pertenecían a 21 ensayos clínicos de fase IV, que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo diario, determinando que: el 2% de los participantes nunca lo comenzó; el 95% de los pacientes omitió, al menos una vez la ingesta del medicamento por un día; y el 48% de los pacientes omitió el tratamiento farmacológico por más de 3 días. La adherencia disminuía los fines de semana y en verano, y era menor en los pacientes que no tenían un horario fijo para la toma de la medicación.

Granados (2007). España, en la investigación analítica-transversal sobre; “Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión”, trabajó con una muestra de 163 pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, evaluando tanto la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, como la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico prescrito mediante el cuestionario; determinó que existe una fuerte asociación entre informes de creencias en forma de síntomas e

informes de falta de adherencia. Se discute la importancia de estos datos por cuanto entre las variables asociadas a la ruptura de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos no se incluye la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial y la necesidad de incorporar su evaluación a los protocolos de control de la adherencia en esta enfermedad crónica.

Díaz (2010). En Cuba, en la investigación descriptiva sobre “Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos un Área de Salud del Municipio San Miguel de la Ciudad de La Habana”, investigó en una muestra de 101 pacientes que se encontraban bajo tratamiento antihipertensivo con certificado médico registrado en la Farmacia Especial de Área de Salud, de la localidad de San Francisco de Paula, para lo cual se empleó el Test de Morisky-Green-Levine, determinando que el 57% de la muestra resultó no adherente al tratamiento antihipertensivo. Se encontró dependencia entre las variables adherencia al tratamiento y el tipo de terapia.

Agámez (2008). En Cuba, en el estudio descriptivo transversal sobre “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”, estudió a 230 pacientes que no cumplieron o cumplieron parcialmente el tratamiento médico antihipertensivo de acuerdo con las orientaciones médicas, aplicando el cuestionario y se concluyó que: el sexo masculino tuvo menor adherencia (71,73%) que el femenino con (28,27%); a mayor escolaridad menor adherencia (66,95%), al igual que la soledad con (63,91%). Los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones con una terapia combinada (60%). Dificultó la adherencia y la subvaloración de la enfermedad (63,04%), el factor psicológico fue determinante de la no adherencia. En conclusión, se logró demostrar que factores como el sexo masculino, la escolaridad, la soledad, las

terapias combinadas, la subvaloración de la enfermedad indujeron a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo.

Oliva (2009). En Chile, en un estudio cualitativo de carácter fenomenológico sobre “Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche”, empleado un muestreo no probabilístico, de caso consecutivo en la población pehuenche se recolectó la información mediante entrevistas semiestructuradas, concluyó que el problema de la adherencia en pacientes indígenas, radica en que los fármacos son vistos como calmantes que no curan las causas de las enfermedades, debido a que éstas, en un contexto étnico, se encuentran en un plano físico, espiritual y religioso, desde un punto de vista cultural, mágico y religioso, y no en contextos clínicos e individuales. En conclusión, los pehuenches poseen problemas de adherencia farmacológica antihipertensiva, siendo definida como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico. Sus tradiciones no definen a la hipertensión como una enfermedad válida e histórica, en consecuencia la farmacoterapia resulta suntuaria y disociativa de ritos y tradiciones que mantienen viva su cultura. La farmacoterapia antihipertensiva es evaluada como un factor perjudicial a las instituciones tradicionales pehuenches.

Tapia (2006). En Chile, en la investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal sobre “Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten”, empleando el Test de Morisky-Green-Levine, que consiste en un autoinforme de los pacientes sobre adherencia terapéutica, el cual ha demostrado gran capacidad para predecir el control de la presión arterial, sobre una muestra de 144 pacientes, tomando un 95% de nivel de confianza y una prevalencia esperada de 40%, concluyendo que

la adherencia al tratamiento antihipertensivo está dada por múltiples causas, lo cual le otorga dinamismo e inestabilidad a este fenómeno. Esto último se relaciona directamente con la relevancia de este problema sanitario, ya que no permite establecer directrices fijas que nos orienten a mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos que se les otorgan, así como controlar sus cifras de presión arterial.

2.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.2.1. Definición

La hipertensión arterial se define operativamente como una presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg, medidas en al menos dos visitas diferentes, en óptimas condiciones, en un período máximo de 2 meses. La hipertensión arterial (HTA) no sólo puede ser definida como una condición clínica de cifras elevadas de presión arterial (PA), sino como un síndrome que incluye alteraciones clínicas, hemodinámicas, tróficas y metabólicas (MINSa, 2005).

2.2.2. Tipos

A) Hipertensión arterial primaria:

No hay una causa definida. Hay múltiples factores involucrados y un importante componente genético (familiar) (MINSa, 2005).

B) Hipertensión arterial secundaria: (MINSa, 2005)

Ocurre como manifestación de una enfermedad conocida o por medicamentos con marcada acción hipertensiva:

- Enfermedades renales y del tracto urinario: pielonefritis crónica, glomerulonefritis, riñón poliquístico, tumores productores de renina.
- Hipertensión renovascular (obstrucción de arterias renales uní o bilateral).
- Coartación de aorta.

- Enfermedades endocrinas: Acromegalia, hipo e hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, tumor carcinoide.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Apnea del sueño.
- Medicamentos: anticonceptivos orales, corticosteroides, agentes vasoconstrictores, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, anfetaminas, AINES, ciclosporina, eritropoyetina.
- Otros: enfermedad de Paget, enfermedades del SNC (con hipertensión intracraneal), estrés agudo (cirugías, quemaduras, post-resucitación, pancreatitis, hiperventilación psicógena).

Tabla N° 1: Clasificación de la Tensión Arterial según OMS.

TENSIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120 – 139	80–89
Hipertensión grado 1	140–159	90–99
Hipertensión grado 2	≥ 160	≥ 100

Fuente: MINSA, 2005.

Tabla N°2: Clasificación de la Tensión Arterial según JNC-VII.

Clasificación	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)	Manejo		
			Modificación del estilo de vida	Tratamiento inicial con drogas	
				Sin indicaciones precisas	Con indicaciones precisas
Normal	<120	<80	estimular		
Pre-Hipertensión	120-139	80-89	Si	No indicar drogas antihipertensivas	Drogas indicadas en la urgencias
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99	Si	Diuréticos tiazídicos para la mayoría; se puede considerar inhibidores de la ACE, bloqueadores de los receptores de angiotensina, Beta bloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio, o combinación.	Drogas para las indicaciones precisas. Otras drogas antihipertensivas (diuréticos, inhibidores de la ECA, bloqueadores de los receptores de angiotensina, Beta bloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio) según necesidad.
Hipertensión estadio 2	≥160	≥100	Si	Combinación de 2 drogas para la mayoría (usualmente diuréticos tiazídicos e inhibidores de la ACE, o bloqueadores de los receptores de angiotensina, o Beta bloqueantes, o bloqueadores de los canales de calcio	Drogas para las indicaciones precisas. Otras drogas antihipertensivas (diuréticos, inhibidores de la ECA, bloqueadores de los receptores de angiotensina, Beta bloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio) según necesidad.

Fuente: JNC-VII, 2006.

Tabla N°3: Clasificación de la Tensión Arterial según SEHA-C.

TENSIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130– 139	85–89
Hipertensión grado 1	140 – 159	90–99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	<90

Fuente: SEHA-C, 2006.

2.2.3. Tratamiento con antihipertensivos

Datos de excelentes ensayos clínicos han probado que la reducción en la presión arterial con varias clases de fármacos incluyendo inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA), betabloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio (BCC) y diuréticos tipo tiazidas reducen las complicaciones de la hipertensión. Además de la terapia antihipertensiva se ha recomendado el uso de agentes antiplaquetarios como el ácido acetil salicílico (aspirina) a bajas dosis (75 a 100 mg/día) en la prevención secundaria de pacientes con cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular. En prevención primaria la aspirina puede ser

usada en pacientes hipertensos con diabetes tipo 2 y probablemente también sea beneficioso en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular alto siempre que su hipertensión arterial esté bien controlada (MINSa, 2005).

❖ DIURÉTICOS

Los diuréticos son fármacos de primera línea por su bajo costo, buena tolerancia, escasez de efectos metabólicos adversos a las dosis utilizadas actualmente, y por sus efectos beneficiosos sobre la morbilidad cerebrovascular y en menor medida sobre la cardiopatía isquémica (Nivel de evidencia A) (MINSa, 2005).

Son utilizados desde hace muchos años en el tratamiento de la hipertensión arterial, y constituyen los fármacos antihipertensivos con los que se tiene la experiencia más prolongada; se clasifica en:

- Tiazidas y Agentes Relacionados (Hidroclorotiazida).
- Diuréticos de asa (Furosemida).
- Diuréticos ahorradores de potasio (Espironolactona) (Alvarado, 2009).

Mecanismo de Acción

Las tiazidas aumentan la excreción de cloruro de sodio y un volumen acompañante de agua, por inhibición del sistema electroneuro de cotransporte (simportador) $\text{Na}^+ - \text{Cl}^-$, probablemente compitiendo por el sitio cloruro, lo que afecta los mecanismos de reabsorción de electrolitos (Alvarado, 2009).

❖ BETA BLOQUEADORES

Existe evidencia que los betabloqueadores están especialmente indicados en pacientes hipertensos con cardiopatía isquémica (angina e infarto de miocardio) (Nivel de evidencia A), insuficiencia cardíaca (Nivel de evidencia A), taquiarritmias, taquicardia en reposo y excesiva taquicardia en situaciones de estrés físico o emocional (MINSa, 2005).

Se clasifican según el grado de afinidad por los receptores beta:

- Antagonistas no cardioselectivos: bloquean los receptores beta 1 y beta 2. Ej.: Propanolol.
- Antagonista cardioselectivos: tiene mayor afinidad por los receptores beta 1. Ej.: Atenolol (Alvarado, 2009).

Mecanismo de Acción

Bloquea los receptores beta del aparato yuxtaglomerular, que disminuye la secreción de renina y, en consecuencia, reduce la producción de angiotensina II circulante (Brunton y col., 2007)

❖ INHIBIDORES DE ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA)

Los IECA disminuyen la producción de angiotensina II y la actividad del sistema nervioso simpático e incrementan la bradiquinina. Su beneficio ha sido probado pues disminuye la progresión de la insuficiencia renal crónica y tiene una poderosa influencia en el control de la insuficiencia cardiaca progresiva, atenuando su morbilidad y mortalidad. Su uso está recomendado, salvo contraindicación formal, en pacientes hipertensos con insuficiencia cardiaca congestiva, disfunción ventricular izquierda sintomática, post-infarto de miocardio y en nefropatía diabética y no diabética (MINSAL, 2005).

Mecanismo de Acción

Actúan produciendo un bloqueo competitivo de la enzima convertidora de Angiotensina I en II, con lo cual tiene lugar una disminución de aldosterona y adrenalina. La estructura de la ECA es muy similar a la de quinasa II que degrada la bradiquinina, por lo que los IECA aumentan los niveles de las quininas produciendo potentes efectos vasodilatadores y liberando óxido nítrico y prostaglandinas vasodilatadoras (Bravo y col., 2005).

❖ ANTAGONISTAS DE RECEPTORES ANGIOTENSINA II (ARA II)

Son conocidos como “sartanes”, entre ellos tenemos al losartan que fue el primer ARA – II disponible para el uso clínico y el fármaco del grupo del que se dispone de mayor experiencia (Alvarado, 2008). Estos fármacos poseen efectos reparadores sobre el miocardio, como la regresión de la hipertrofia ventricular en la hipertensión y la prevención del remodelado ventricular (Bravo y col., 2005).

Mecanismo de Acción

Los antagonistas de los receptores de angiotensina II bloquean selectivamente los receptores AT 1. A diferencia de los IECA, los ARA II bloquean el sistema renina angiotensina pero no estimulan la bradiquinina (vasodilatador y mediador de la tos por IECA).

La angiotensina II contribuye en el cuadro clínico de hipertensión de dos formas principales: 1) Acción vasoconstrictora directa e indirecta y 2) Efectos tróficos (promueve el crecimiento) sobre el corazón y vasos sanguíneos (MINSa, 2005).

❖ BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO

Los bloqueadores de canales de calcio son agentes vasodilatadores. Se clasifican en dihidropiridinas y no dihidropiridinas. En contraste a las dihidropiridinas (Nifedipino, Nimodipino, Amlodipino), los agentes no dihidropiridinas (Verapamilo, Diltiazem) tienen efectos sobre el sistema de conducción cardíaca, disminuyendo la frecuencia cardíaca y retardando la velocidad de conducción, así como también tienen efecto inotrópico negativo por lo que deben evitarse en pacientes con falla cardíaca (MINSa, 2005).

Mecanismo de Acción

Los bloqueadores de canales de calcio se une a la subunidad alfa-1 de los canales de calcio de voltaje de tipo L, impidiendo que el calcio ingrese a la célula, con lo que se deprimen todas las funciones cardiovasculares relacionadas con el calcio como la contracción del miocardio, relajación del

musculo liso vascular, vasodilatación arterial de los vasos sanguíneos (Rang y col, 2008).

❖ ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO

El ácido acetilsalicílico o AAS, es un fármaco de la familia de los salicilatos, usado frecuentemente como antiinflamatorio, analgésico, para el alivio del dolor leve y moderado, antipirético (para reducir la fiebre) y antiagregante plaquetario indicado para personas con riesgo de formación de trombos sanguíneos, principalmente individuos que ya han tenido un infarto agudo de miocardio (López y col, 2006).

Mecanismo de Acción

Las dosis bajas de aspirina, de 81 mg diarios, producen una leve prolongación en el tiempo de sangrado, que se duplica si la administración de la aspirina continúa durante una semana. El cambio se debe a la inhibición irreversible de la COX de las plaquetas, por lo que se mantiene durante toda la vida de las mismas (entre 8 y 10 días). Esa propiedad anticoagulante hace que la aspirina sea útil en la reducción de la incidencia de infartos en algunos pacientes (Elad y col, 2002).

2.3. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

El término adhesión se aplica al grado de cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, concreción de cambios en estilos de vida, etc. Numerosos autores proponen el uso del término adhesión en lugar de “compliance” pues este sugiere una actitud de pasividad en un paciente que sigue fielmente las indicaciones del personal de salud (Mann, 1993).

El concepto de adhesión implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta. Comprende varios aspectos:

- La planificación y mantenimiento de un tratamiento
- La concurrencia a las consultas de control.
- El uso correcto de la medicación prescrita.
- La concreción de los cambios de estilo de vida requeridos (por ej.: dieta, ejercicio, abandono de hábitos nocivos)
- Evitar conductas contraindicadas (por ej.: no usar alcohol con sedantes) (Mann, 1993).

2.4. FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHESIÓN (Sabate, 2004)

La Organización Mundial de la Salud (OMS citado por Tapia, 2006), en su informe de Adherencia a los tratamientos a largo plazo, nos da un esquema oficial de los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre los que se cuentan:

- **Factor Socioeconómico:** Dentro de los factores que influyen en la adherencia, este se define como un factor independiente, sin embargo, en países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir, como ocurre en diferentes países, donde el arsenal farmacológico es limitado en clases de medicamentos, formas de presentación y atributos propios de fármacos de última generación. Otros factores socioeconómicos incluyen la cesantía, analfabetismo, bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo, el costo elevado de algunos medicamentos, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- **Factor Demográfico:** Un factor importante es el demográfico, en el que se destaca la población adulto mayor, que desde el punto de vista

epidemiológico, representa un vuelco desde los accidentes y enfermedades neoplásicas como causa de comorbilidad de la edad y enfermedades principalmente cardiovasculares. Se estima que aproximadamente un 50% del total de prescripciones farmacológicas están dirigidas a este grupo etáreo, a pesar de representar cerca del 12 a 18% de la población mundial, fenómeno del cual Chile no se excluye, con un 10.63% de su población total.

- **Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria:** Aunque se han realizado pocos estudios al respecto, está comprobado que una buena relación asistente sanitario - paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento.
- **Factores relacionados con la enfermedad:** Las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo, influyen en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La presencia de síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión, gravedad de la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos, repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y la importancia que le otorgan al seguimiento.
- **Factores relacionados con el tratamiento:** Son múltiples las implicancias vinculadas a este, como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales.
- **Factores relacionados con el paciente:** Estos representan los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad

y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo transversal observacional

3.2. LUGAR DE EJECUCION

Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud, Ayacucho.

3.3. POBLACIÓN

Estuvo constituida por 300 adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que voluntariamente participaron en la investigación, firmando el respectivo consentimiento informado.
- Pacientes adultos mayores entre 60 a 79 años de edad.
- Pacientes adscritos al Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.
- Pacientes tratamiento de hipertensión arterial mayor de un año.

3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no participaron voluntariamente en la investigación.
- Pacientes adultos mayores de 80 a más años de edad.

- Pacientes que no se encontraban adscritos al Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.
- Pacientes que iniciaron con el tratamiento en hipertensión arterial (menor de un año).

3.6. MUESTRA

Estuvo constituida por 169 adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Centro de Atención Primaria III Metropolitano, determinada a través de la siguiente fórmula estadística:

$$n \geq \frac{NZ^2pq}{\{[e^2 N] + [Z^2 pq]\}} \quad (\text{Gil y col, 2008})$$

$$n \geq \frac{300 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{\{[0.05^2 \times 300] + [1.96^2 \times 0.5 \times 0.5]\}}$$

$$n \geq 169$$

Dónde:

n: Tamaño mínimo de muestra.

Z: Es el nivel de confianza al 95% (1.96).

p: Es la variabilidad positiva (0.50).

q: Es la variabilidad negativa (0.50).

N: Es el tamaño de la población (300).

e: Es la precisión o el error (0.05).

3.7. PERIODO DE ESTUDIO

Se realizó durante el mes de Octubre del 2011, con la finalidad de captar a la mayor población de pacientes adultos mayores pertenecientes al Programa de Control de Hipertensión Arterial.

3.8. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento empleado fue el test de Morisky - Green - Levine (Tapia, 2006).

Test de Morisky- Green – Levine

Este método, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine (Morisky y col, 2006) para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión. Lo denominaron inicialmente "The Medication Adherent Questionnaire" (MAQ) (cuestionario de adherencia a la medicación). Desde que el test fue introducido ha sido usado en la valoración de la adherencia en diferentes patologías como la hipertensión, SIDA, esquizofrenia, diabetes, cáncer, cardiopatía, osteoporosis, enfermedad tromboembólica, patología infecciosa, tabaquismo, dislipidemias, EPOC y asma (García y col. 2005)

Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica si/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a la cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor. Por otra parte, presenta la ventaja de que nos puede proporcionar información sobre las causas de incumplimiento, en función de las respuestas incorrectas. Las preguntas se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

- “¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su enfermedad?”
- “¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?”
- “Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?”
- “Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?”

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las cuatro preguntas: NO/SI /NO/NO. Existe otra variante en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea “NO”, y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas de la misma forma: NO/NO/NO/NO.

- “¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?” o “¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?”. Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación de la versión española del test para la hipertensión (Val y col, 2002).

3.9. PROCEDIMIENTO DETALLADO DEL ESTUDIO

Con el propósito de asegurar lo máximo posible el estudio observacional, se aseguró el cumplimiento de los siguientes pasos:

1. Se asignó, en forma aleatoria, el paciente al cual se realizó la respectiva entrevista. La asignación se realizó de manera aleatoria en una secuencia de uno a uno determinado por su orden de ingreso al servicio de farmacia.
2. A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se les pidió autorización para participar en el estudio (consentimiento informado, Anexo N° 1).
3. A los pacientes que aceptaron participar, se les realizó la entrevista sobre el cuestionario de información, que incluyó el test de Morisky-Green-Levine (Anexo N° 2). Las cuatro preguntas se realizaron entremezcladas con la conversación durante la entrevista, de forma cordial.

4. Se realizó la valoración de los indicadores de los objetivos del estudio, para lo cual se procedió a dicotómizar las alternativas del cuestionario de recopilación de datos y así realizar el tratamiento estadístico respectivo.

Edad se procedió a dicotómizar pacientes adultos mayores de 60- 69 años y 70- 79 años.

El nivel de instrucción se procedió a dicotómizar en: nivel de instrucción baja (ninguna, primaria incompleta y completa) y nivel de instrucción alta (secundaria incompleta y completa, técnico incompleto y completo y superior incompleto y completo).

Ocupación se procedió a dicotómizar en: Empleado (independiente, jubilado) y Desempleado (hogar y otros).

Constitución familiar se procedió a dicotómizar en: Solo y En compañía (con pareja, e hijos y otros).

Ingreso económico se procedió a dicotómizar en: Baja (Nivel D y E) y Alta (Nivel A, B y C).

Esquema terapéutico se procedió a dicotómizar en: Monoterapia (Un solo medicamento) y Politerapia (Dos o tres medicamentos).

Tiempo en tratamiento para el control de la hipertensión arterial se procedió a dicotómizar en: Mayor a un año y Mayor a 2 año más.

3.8. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El tratamiento estadístico fue descriptivo e inferencial mediante la utilización del paquete estadístico SPSS versión 19, 0. Los estadígrafos de contraste de hipótesis fueron la Oportunidad de Riesgo (Odds Ratio) y Chi Cuadrado de Pearson con un nivel de confianza del 95%.

IV. RESULTADOS

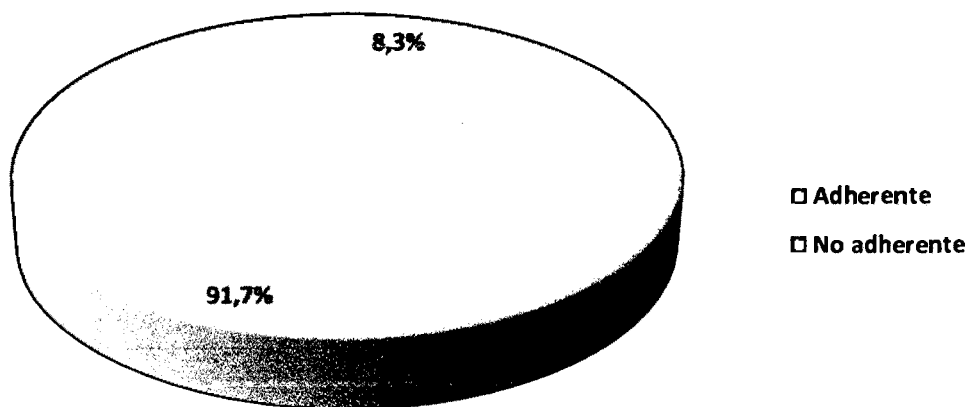


GRÁFICO Nº 01.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

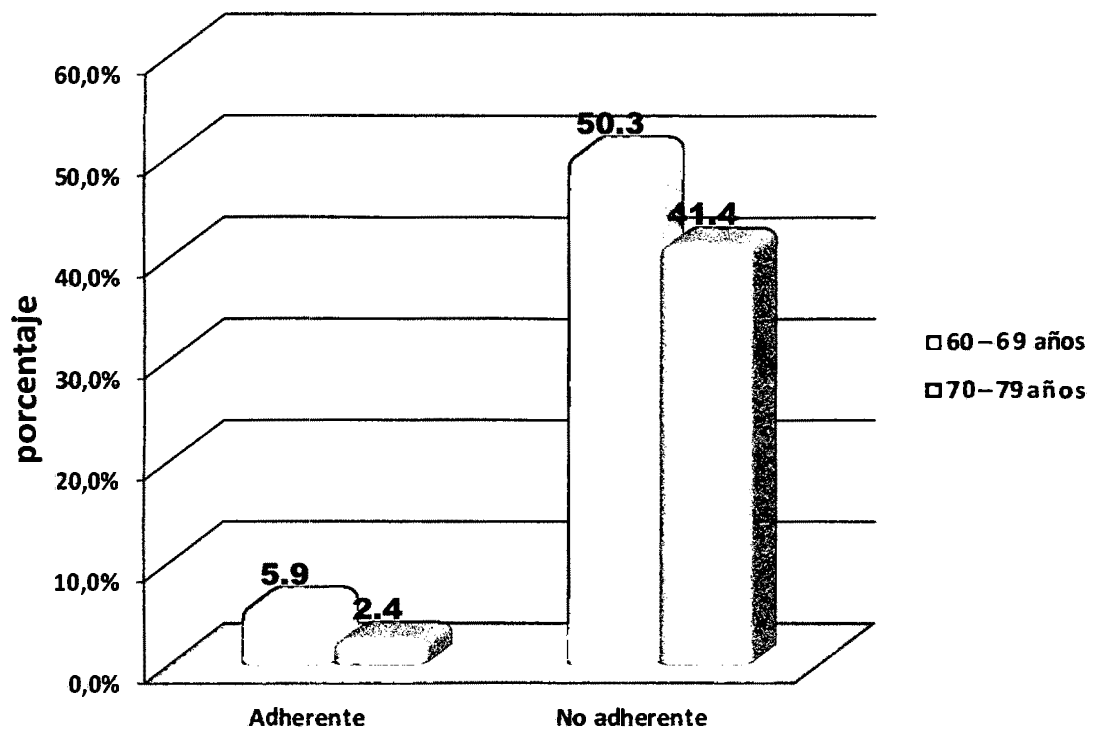


GRÁFICO N° 02.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según grupo de edad en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

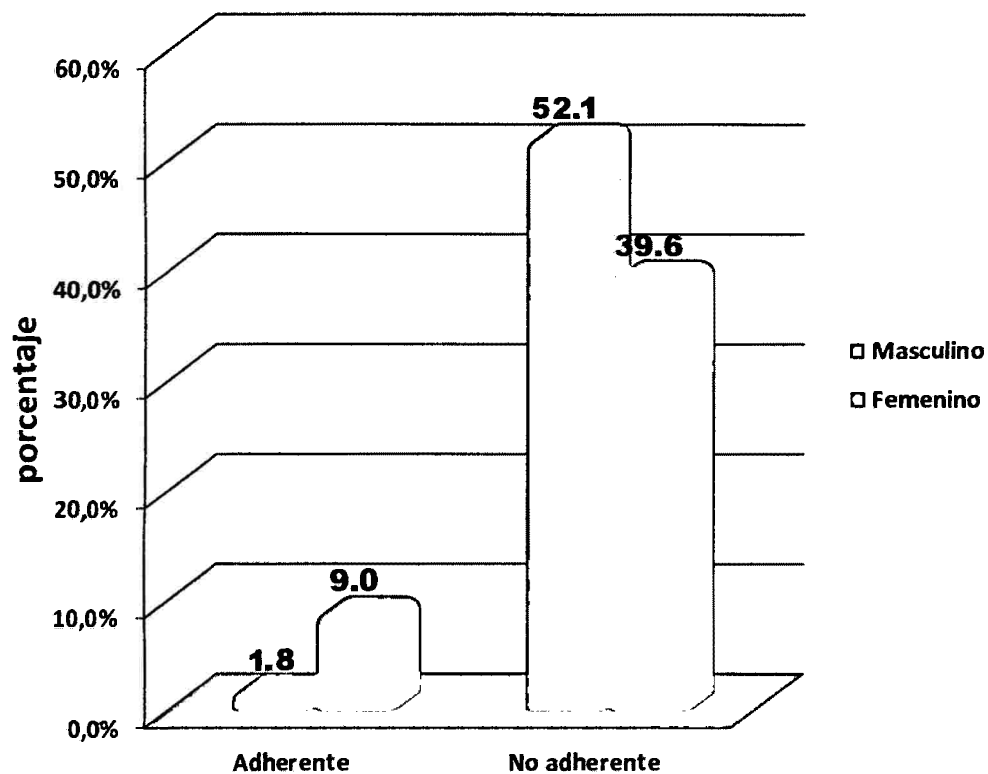


GRÁFICO Nº 03.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según sexo en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

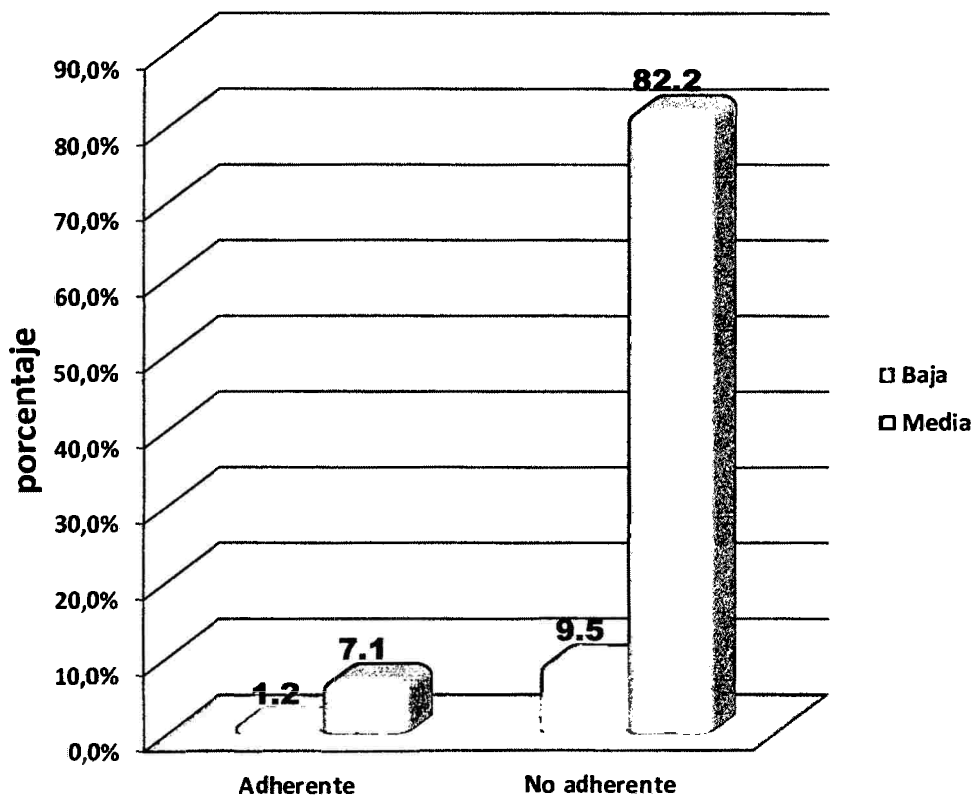


GRÁFICO N° 04.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según nivel de instrucción en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

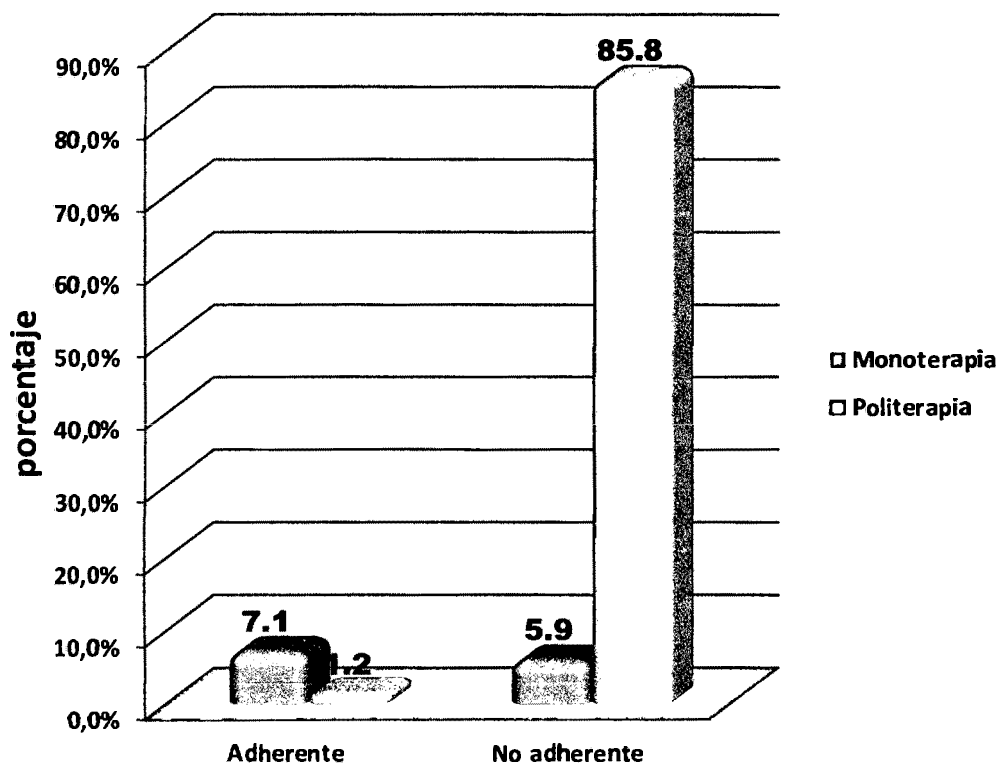


GRAFICO N° 05.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según esquema terapéutico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

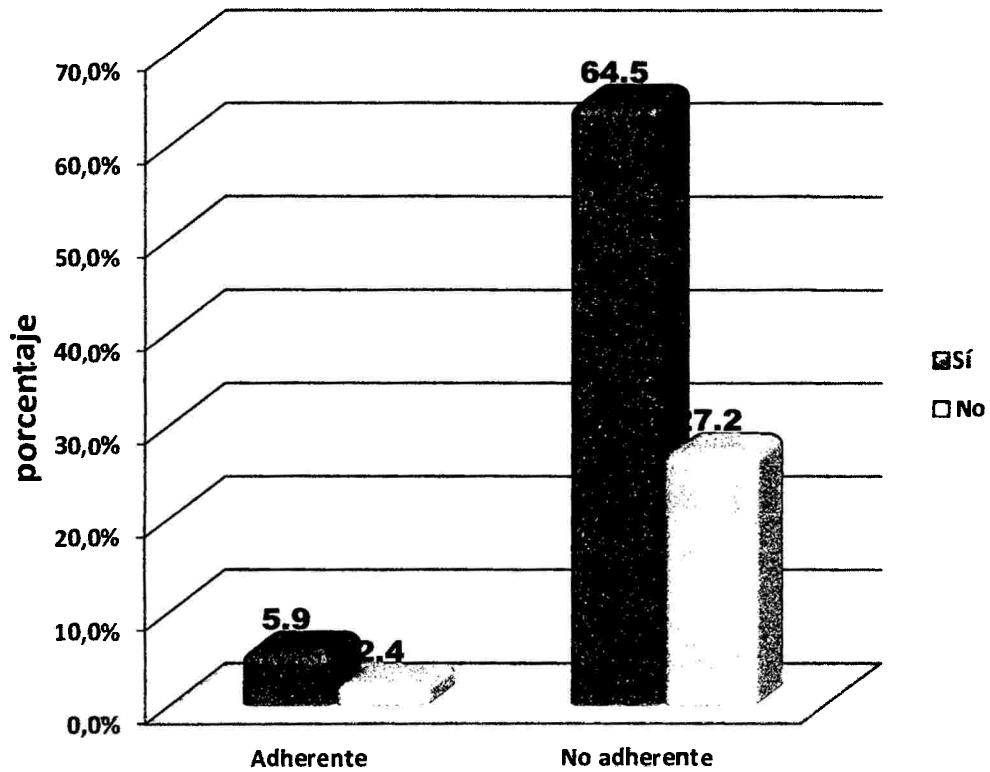


GRAFICO N° 06.- Porcentaje de Adhesión al tratamiento farmacológico según comorbilidad cardiovascular en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

V. DISCUSIÓN

La falta de adherencia al tratamiento en hipertensión arterial es muy frecuente. En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, sólo el 8,3% de adultos mayores está adherido al tratamiento farmacológico antihipertensivo; mientras que, el 91,7% no mostró esta adhesión.

El porcentaje de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo, en la muestra en estudio, es muy inferior a los hallazgos que reportan otras investigaciones en el ámbito internacional y nacional.

Ingaramo (2005), en Argentina, estima en un 50% el número de pacientes que abandonan o modifican la terapia antihipertensiva dentro del año de realizado el diagnóstico.

Díaz (2010), en Cuba, determinó que el 57% de la muestra resultó no adherente al tratamiento antihipertensivo.

Arana (2010), en el Hospital de EsSalud en Trujillo reportó una tasa de adhesión al tratamiento antihipertensivo de 54%; mientras que, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, de Lima, fue de 63%.

Carhuallanqui y col. (2010), en Lima, concluyó que la tasa de no adhesión al tratamiento farmacológico fue similar a otros estudios realizados en Latinoamérica, que muestran cifras que oscilan de 48 a 63%.

En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, 9 de cada 10 adultos mayores no están adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo, quienes desarrollan complicaciones agudas y crónicas producto del inadecuado control de la hipertensión arterial, descendiendo de manera progresiva su calidad de vida.

El gráfico N° 02 describe que el 50,3% de adultos mayores de 60 a 69 años y el 41,4% de 70 a 79 años, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Para Vik y col. (2004), la edad está relacionada con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. A medida que incrementa la edad existe mayor riesgo de incumplimiento a las orientaciones médicas.

Puigventos y col. (2007), refiere que las tasas de incumplimiento terapéutico, entre pacientes hipertensos, se incrementan en edades avanzadas.

Sometidos los datos al estadígrafo Chi Cuadrado con Corrección de Yates, existe suficiente evidencia para inferir que la edad adulta entre 70 a 79 años no se asocia con la falta de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 0,84$; $\chi^{2t} = 3,84$; $p > 0,05$) (Anexo N° 04), afirmación que es corroborada por la oportunidad de riesgo (OR) cuyo intervalo de confianza al 95% incluye la unidad (OR = 2,06; I_c95% = 0,56; 9,35)(Anexo N° 04).

De acuerdo a los resultados obtenidos, la probabilidad de no adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo es similar en adultos mayores de 60 a 69 años como de 70 a 79 años, probablemente debido al cansancio con el régimen terapéutico, por los efectos secundarios de las drogas o simplemente porque perciben cierta mejoría y deciden discontinuar o abandonar la terapia farmacológica.

El gráfico N° 03 describe que los adultos mayores de sexo masculino 52.1% y de sexo femenino 39.6%, no estuvieron adheridos al tratamiento

farmacológico antihipertensivo; presentan 4,82 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que las adultas mayores (Ic95% = 1,20; 27,69) (Anexo N° 05). Vale decir, que el sexo masculino en la población adulta mayor está asociada con una mayor tasa de no adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 5,11$; $\chi^2_t = 3,84$; $p < 0,05$) (Anexo N° 05).

Ingaramo (2005) refiere que no existen muchos datos en la literatura acerca de la adhesión al tratamiento en relación con el género. Los varones adherentes tuvieron un mejor control de la hipertensión arterial, tanto sistólica como diastólica y sistodiastólica; mientras que, en las mujeres no hubo diferencia significativa entre los dos grupos.

Agámez (2008), en Cuba, concluyó que la falta de adherencia predominó en pacientes de sexo masculino con 71,73%; el sexo femenino resultó menos representativo con solo 28,26%.

En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, los adultos mayores de sexo masculino mostraron menor adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo que las mujeres, hallazgo que confirma las afirmaciones de Agámez (2008). La mayor tasa de adhesión en las mujeres referencia un mayor compromiso con su autocuidado y con la prescripción médica.

El gráfico N° 04 describe que el 82,2% de adultos mayores con instrucción media y el 9,5% con instrucción baja, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo. De acuerdo al estadígrafo Chi Cuadrado con Corrección de Yates, existe suficiente evidencia para inferir que el nivel de instrucción no se asocia con la falta de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 0,00$; $\chi^2_t = 3,84$; $p > 0,05$) (Anexo N° 06), afirmación que es contratada con la oportunidad de riesgo (OR) cuyo intervalo de confianza al 95% incluye la unidad (OR = 0,69; Ic95% = 0,13; 6,92) (Anexo N° 06).

Agámez (2008), en Cuba, refiere que los pacientes con instrucción técnica media presentaron mayor número de no adherencia al tratamiento con un 43,91%, seguido de los universitarios con 23,04%, luego el grupo de secundaria con 19,13% y primaria completa con 8,26%. En consecuencia, a mayor escolaridad fue menor la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, entidad prestadora de servicios de salud a la población asegurada, predomina la instrucción media entre los adultos mayores (89,3%). Si bien este nivel es una fortaleza para lograr la adecuada adhesión de los pacientes, los resultados muestran que tanto los adultos mayores con bajo nivel de instrucción como con instrucción media tienen similar probabilidad de no adherirse al tratamiento antihipertensivo, lo que refleja la escasa sensibilización para cumplir con la prescripción médica.

El gráfico N° 05 describe que los adultos mayores con monoterapia 5.9% y con politerapia 85.8%, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo; y con politerapia presentan 87 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que las adultos mayores con monoterapia (IC95% = 15,25; 841,97) (Anexo N° 07). Es decir, la prescripción médica de más un fármaco está asociada con una mayor tasa de no adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 64,42$; $\chi^2_t = 3,84$; $p < 0,05$) (Anexo N° 07).

Díaz (2010), en Cuba, determinó que la politerapia incrementa el riesgo de no adherencia al tratamiento antihipertensivo. De igual manera, Agámez (2008), concluyó que la terapia combinada o politerapia (60%) dificultó la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

La prescripción médica con más de una droga, incrementa la posibilidad de no adhesión al tratamiento farmacológico, lo que refleja una actitud de rechazo hacia este tipo de tratamiento, sea por creencias erróneas, temor a que puedan generarle mayor daño o porque no se acostumbran a este tipo de medicación.

El gráfico N° 06 describe que el 64,5% de adultos mayores con alguna comorbilidad cardiovascular y el 27,2% sin esta condición, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo. El estadígrafo Chi Cuadrado con Corrección de Yates establece que la comorbilidad cardiovascular en el adulto mayor no se asocia con la falta de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 0,05$; $\chi^2_t = 3,84$; $p > 0,05$) (Anexo N° 08), afirmación que es contratada con la oportunidad de riesgo (OR) cuyo intervalo de confianza al 95% incluye la unidad (OR = 0,95; I_c95% = 0,21; 3,50) (Anexo N° 08).

Agámez (2008), en Cuba, concluyó que los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones cardiovasculares.

El objetivo del tratamiento antihipertensivo es reducir la morbimortalidad, preservando la calidad de vida, tratando de alcanzar cifras menores de 140/90 mmHg, o la más baja que el paciente tolere. En este grupo etario, es indispensable la adecuada adhesión al tratamiento farmacológico para prevenir otras enfermedades cardiovasculares.

En la muestra en estudio, 7 de cada 10 pacientes hipertensos presentan alguna complicación como diabetes o dislipidemia, lo que revela una pobre adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo que ha deteriorada aún más la salud de los adultos mayores.

VI. CONCLUSIONES

1. Los factores que se encuentran asociados con la adhesión al tratamiento en adultos mayores hipertensos son el sexo y el esquema terapéutico.
2. Los adultos de sexo masculino presentan 4,82 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que los adultos mayores de sexo femenino; la edad, nivel de instrucción y comorbilidad cardiovascular en el adulto mayor no estuvieron relacionados con la adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($p>0,05$).
3. Los adultos mayores con politerapia presentan 87 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que los adultos mayores con monoterapia ($p<0,05$).
4. En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, sólo el 8,3% de adultos mayores está adherido al tratamiento farmacológico antihipertensivo; mientras que, el 91,7% no mostró esta adhesión.

VII. RECOMENDACIONES

1. A la Gerencia del Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud, debe realizar el seguimiento domiciliario de los adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo con la finalidad de promover la adecuada adhesión a este tipo de tratamiento.
2. Realizar diferentes estrategias de intervención farmacéutica en educación sanitaria, con el fin de mejorar el cumplimiento terapéutico.
3. Proseguir investigando qué otros factores biopsicosociales están asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Agámez, A. (2008).** Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Revista cubana de Medicina.* 5^a Ed. Cuba.
2. **Alvarado, J. (2009).** Apuntes de Farmacología. 3^a Ed. Edit. Apuntes Médicos del Perú. Carmen de la Legua, Callao, Perú. Pag: 825, 904.
3. **Arana, G. (2010).** Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray – EsSalud, Trujillo. *Revista de Medicina Herediana.* Lima. Pag: 120-126.
4. **Bravo, L. y Marhuenda, E. (2005).** Manual de Farmacoterapia. 3^a Ed. Edit. Elsevier España S.A. Madrid, España. Pag: 247-252.
5. **Brunton, L.; Lazo, J. y Parker, K. (2007).** Goodman & Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 11^{ma} Ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. Santa Fe, Colombia. Pag: 847-851.
6. **Carhuallanqui, R.; Diestra G. y Tang J. (2010).** Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes Hipertensos Atendidos en un Hospital General. *Revista Médica Herediana.* Pag: 197-201. Vol. 21.
7. **Díaz, M. (2010).** Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos un Área de Salud del Municipio San Miguel del Padrón en Ciudad de La Habana. *Revista de Medicina Preventiva y Salud Pública.* Cuba. 1^a Ed. Pag: 25-36.
8. **EsSalud. (2011).** Protocolo del manejo y tratamiento de urgencias emergencias hipertensivas. Edit. Hospital II EsSalud Huamanga. Ayacucho.
9. **Elad, J.; Diez, B.; Farre, M. (2002).** Principios de farmacología clínica. Bases científicas de la utilización de medicamentos. 2^{da} Ed. Edit. Massun. Barcelona, España. Pág.: 141- 142.
10. **García, P.; Leiva, F.; Martos, F.; García, A.; Prados, D.; Sánchez, C. y Alarcón, F. (2005)** ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de familia.* 1^{era} Ed. Pág.: 13-19.
11. **Gil, A.; Calderón, J. y Alzamora, L. (2008).** ¿Cómo hacer una investigación epidemiológica y aplicar adecuadamente la estadística? 1^o Ed. Lima, Perú. Pag: 72-73.

12. **Granados, G. (2007).** Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3ª Ed. España. Pag: 697-707.
13. **Ingaramo, R. (2005).** Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Revista de Hipertensión Arterial*. Pag: 5-34. Argentina.
14. **INEI. (2010).** Prevalencia de la hipertensión arterial en personas de 50 años y más años de edad. Informe Técnico N° 01, Salud Familiar – ENDES. Lima.
15. **Mann, N. (1993).** Improving adherence behavior with treatment regimens. Behavioral science learning modules. WHO. Div. Mental Health. Genova-España.
16. **MINSA. (2005).** Guía de Hipertensión arterial. Edit. Ministerio de Salud. Lima. Pag: 33-38.
17. **Morisky, D. y Green, L. (2006).** Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*
18. **López, A.; Villagrasa, V.; Moreno, L. (2006).** Manual de farmacología. Guía para el uso racional de medicamentos. 3ª Edición. Editorial Elsevier S.A. Madrid, España. Pág.: 307- 312.Pag:67-64.
19. **Oliva, P. (2009).** Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. *Revista Chilena Salud Pública*. 3ª Ed. Chile. Pag: 67 - 71.
20. **Puigventos V.; Villanova M.; Delgado O.; Lázaro M.; Forteza J. y Serra J. (2007).** Cumplimiento Terapéutico en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial: 10 Años de Publicaciones en España. *Medicina Clínica*. Pag: 702-706. Vol. 10.
21. **Rang, H.; Dale, M.; Ritter, J.; Flower, R. (2008).** Farmacología. 6ª Ed. Editorial Elsevier S.A. Madrid, España. Pag: 277-279.
22. **Sabate, E. (2004).** Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Organización Mundial de la Salud. Génova - España.
23. **Sánchez, M. (1998).** Hipertensión Arterial. VI Reporte del Comité Nacional Conjunto de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América Innovartis. Washington.
24. **Tapia, J. (2006).** Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten. Tesis de Pre Grado de la Escuela de Enfermería - Universidad Austral. Pag: 16-17. Chile.

25. **Valor, L. (2011).** Programa integral de ejercicios físicos a los pacientes Adultos Mayores hipertensos. Tesis presentada en opción al grado académico de máster en actividad física en la comunidad. Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo". Venezuela.
26. **Val, J.; Amorós, G.; Martínez, P.; Fernández, M. y León, M.(2002).** Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación de Morisky y Green. Aten Primaria. Vol. 10.Pág.: 1331-1336
27. **Vrijens, B. (2008).** La adherencia a los tratamientos farmacológicos prescritos antihipertensivos: estudio longitudinal de las historias de la administración electrónica compilado. BJM. San Francisco. 1ª Ed. Pag: 1-6.
28. **Vik S.; Maxwell C. y Hogan D. (2004).** Measurements, Correlates and Health Outcomes of medication adherence among seniors. Ann Pharmacotherapy. Pag: 303-312. Vol. 38.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Yo..... he sido informado (a) por el Sr. César Martínez Cajamarca, egresado de la carrera de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, que desarrolla un trabajo de investigación en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano, acerca de los Factores Asociados con la Adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos antihipertensivos.
2. Permito que el Sr. Martínez utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que el Sr. Martínez tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

Fecha: _____ Firma del Participante _____

Fecha: _____ Firma del Investigador _____

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

I. DATOS GENERALES

1.1. Nombres y apellidos: _____

1.2. Dirección: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

2.1. ¿Qué edad tiene Ud.? _____ años

() 60 – 69 años

() 70 – 79 años

2.2. Sexo:

() Masculino

() Femenino

2.3. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

() Ninguna

() Primaria Completa

() Primaria Incompleta

() Secundaria Completa

() Secundaria Incompleta

() Técnico Completo

() Técnico Incompleto

() Superior Completo

() Superior Incompleto

2.4. Ocupación:

() Empleado

() Desempleado

() Independiente

() Jubilado

() Hogar

() Otros

2.5. Constitución Familiar:

() Solo

() Con pareja

- Con pareja e Hijo/a
- Con Hijo/a
- Otros: _____

2.6. Ingreso Económico:

- Nivel A (ingreso mayor a S. / 9 500)
- Nivel B (ingreso mayor a S. / 2 400)
- Nivel C (ingreso mayor a S. / 1 300)
- Nivel D (ingreso mayor a S. / 800)
- Nivel E (ingreso mayor a S. / 600)

2.7. ¿Qué esquema de tratamiento recibe Ud.?

- Un solo medicamento
- Dos medicamentos
- Tres medicamentos

2.8. ¿Actualmente presenta alguna enfermedad como consecuencia de la hipertensión arterial?

- Sí
- Diabetes mellitus
- Dislipidemia
- No

2.9. ¿Ha considerado que se encuentra enfermo y que necesita seguir el tratamiento para el manejo de su enfermedad?

- Sí
- No

2.10. ¿Se ha sentido motivado para cumplir con el tratamiento farmacológico?

- Sí
- No

2.11. ¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?

- Sí
- No

2.12. ¿Su familia le ha ayudado a cumplir el tratamiento farmacológico?

Sí

No

2.13. ¿Sus familiares están pendientes de la hora en que debe tomar sus medicinas?

Sí

No

2.14. ¿Sus familiares le insisten que tome sus medicinas por más que Ud. no quiera?

Sí

No

2.15. ¿Con qué frecuencia ingiere sus medicamentos para el control de la hipertensión arterial?

1 vez al día

2 veces al día

3 veces al día

2.16. ¿Presenta efectos adversos cuando ingiere sus medicamentos para el control de la hipertensión arterial?

Sí:

¿Cuáles?: _____

No

2.17. ¿Qué tiempo está en tratamiento para el control de la hipertensión arterial?

Menor a 1 año

1 – 2 años

3 – 4 años

Mayor a 4 años

TEST DE MORISKY - GREEN – LEVINE

2.18. Responda con sinceridad la siguiente lista de preguntas:

Nº	INTERROGANTES	SI	NO
1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?		
2	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3	Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?		

Fuente: Validado por Tapia J. 2006. Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten. Tesis de Pre Grado de la Escuela de Enfermería - Universidad Austral. Chile.

ANEXO N° 03

Cuadro N° 02.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	N°	%
Adherente	14	8,3
No adherente	155	91,7
TOTAL	169	100,0

Fuente: Test de Morisky- Green – Levine.

ANEXO N°04

Cuadro N° 03.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según grupo de edad en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

GRUPO DE EDAD	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente		N°	%
	N°	%	N°	%		
60–69 años	10	5,9	85	50,3	95	56,2
70–79 años	04	2,4	70	41,4	74	43,8
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky - Green - Levine.

$\chi^2_c = 0,84$

$\alpha = 0,05$

GL = 1

$\chi^2_t = 3,84$

p > 0,05

OR = 2,06

Ic95% = 0,56; 9,35

ANEXO N°05

Cuadro N° 04.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según sexo en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

SEXO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	03	1,8	88	52,1	91	53,3
Femenino	11	7,0	67	39,6	78	46,2
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky- Green – Levine.

$$\chi^2_c = 5,11$$

$$\alpha = 0,05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3,84$$

$$p < 0,05$$

$$OR = 4,82$$

$$Ic95\% = 1,20; 27,69$$

ANEXO N° 06

Cuadro N° 05.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según nivel de instrucción en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baja	02	1,2	16	9,5	18	10,7
Media	12	7,1	139	82,2	151	89,3
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky - Green - Levine.

$$\chi^2_c = 0,00$$

$$\alpha = 0,05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3,84$$

$$p > 0,05$$

$$OR = 0,69$$

$$Ic95\% = 0,13; 6,92$$

ANEXO Nº 07

Cuadro Nº 06.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según esquema terapéutico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

ESQUEMA TERAPÉUTICO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Monoterapia	12	7,1	10	5,9	22	13,0
Politerapia	02	1,2	145	85,8	147	87,0
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky - Green – Levine.

$\chi^2_c = 64,42$

$\alpha = 0,05$

GL = 1

$\chi^2_t = 3,84$

p < 0,05

OR = 87

Ic95% = 15,25; 841,97

ANEXO N° 08

Cuadro N° 07.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según comorbilidad cardiovascular en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	10	5,9	109	64,5	119	70,4
No	04	2,4	46	27,2	50	29,6
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky- Green – Levine.

$$\chi^2_c = 0,05$$

$$\alpha = 0,05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3,84$$

$$p > 0,05$$

$$OR = 0,95$$

$$Ic95\% = 0,21; 4,48$$

ANEXO N° 09

Cuadro N° 08.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según la ocupación en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

OCUPACION	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Empleado	2	1,2	40	23,7	42	24,90
Desempleado	12	7,1	115	68,0	127	75,10
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky - Green - Levine.

$$\chi^2_c = 1,83$$

$$\alpha = 0,05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3,84$$

$$p > 0,05$$

$$OR = 4,06$$

$$Ic95\% = 0,52; 9,30$$

ANEXO Nº 10

Cuadro Nº 09.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según constitución familiar en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

CONSTITUCION FAMILIAR	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solo	04	2,4	85	50,3	89	52,7
En compañía	10	5,9	70	41,4	80	47,3
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky - Green - Levine.

$$\chi^2_c = 0,59$$

$$\alpha = 0,05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3,84$$

$$p > 0,05$$

$$OR = 6,02$$

$$Ic95\% = 3,56; 4,12$$

ANEXO N° 11

Cuadro N° 10.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según el ingreso económico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

INGRESO ECONOMICO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	09	5,4	99	58,6	108	64,0
Media	05	2,9	56	33,10	61	36,0
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky - Green - Levine.

$$\chi^2_c = 1,84$$

$$\alpha = 0,05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3,84$$

$$p > 0,05$$

$$OR = 6,06$$

$$Ic95\% = 4,56; 9,32$$

ANEXO N° 12

Cuadro N° 11.- Número y Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según duración de tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

DURACION DE TRATAMIENTO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				TOTAL	
	Adherente		No adherente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Mayor a 1 año	03	0,6	45	26,7	48	27,0
Mayor a 2 año mas	11	7,7	110	65,3	121	73,0
TOTAL	14	8,3	155	91,7	169	100,0

Fuente: Test de Morisky - Green - Levine.

$$\chi^2_c = 1,84$$

$$\alpha = 0,05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3,84$$

$$p > 0,05$$

$$OR = 9,06$$

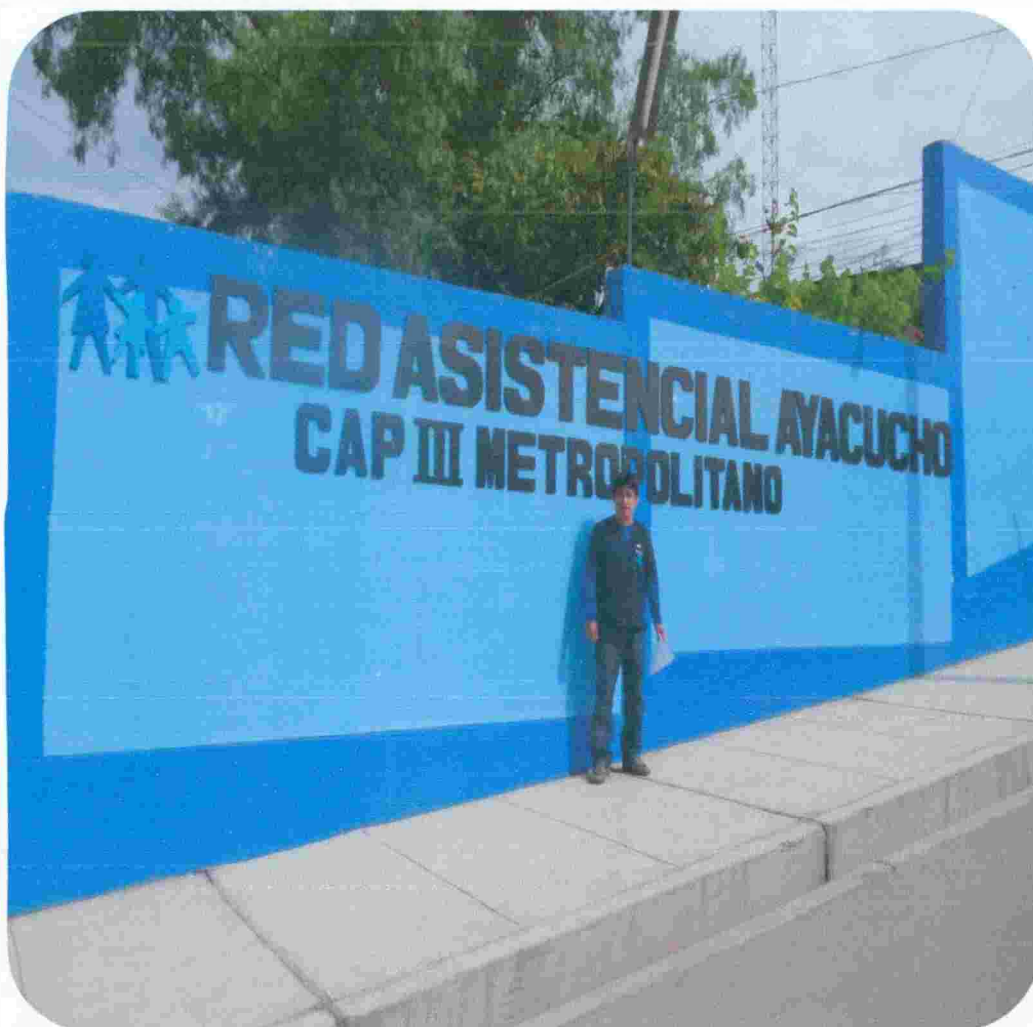
$$Ic95\% = 1,26; 2,35$$

ANEXO N° 13



FOTOGRAFIA N°01.- Realizando la Entrevista al Adulto Mayor. Octubre 2011.

ANEXO Nº 14



FOTOGRAFÍA Nº02.- Centro Asistencial Primario III Metropolitano EsSalud, lugar donde se realizó las encuestas. Ayacucho- Octubre 2011.

ANEXO Nº 15



FOTOGRAFIA Nº03.- Realizando la Entrevista al Adulto Mayor. Octubre 2011.

ANEXO Nº 16



FOTOGRAFIA Nº04.- Realizando la Entrevista al Adulto Mayor. Octubre 2011.

ANEXO Nº 17



FOTOGRAFIA Nº05.- Programa Cartera Adulto Mayor del Centro de Atención Primaria III Metropolitano. Octubre 2011.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEORICO	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.</p>	<p>¿Cuáles serán los factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer los factores contextuales (esquema terapéutico y comorbilidad cardiovascular) asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano -EsSalud. - Identificar los factores sociodemográficos (grupo de edad, sexo y nivel de instrucción) asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano -EsSalud. - Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. 	<p>ANTECEDENTES DE INVESTIGACION HIPERTENSION ARTERIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Tipos A) Hipertensión arterial primaria B) Hipertensión arterial secundaria <p>TRATAMIENTO CON ANTIHIPERTENSIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diuréticos - Beta bloqueadores - Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) - Antagonistas de receptores angiotensina II (ARA II) - Bloqueadores de canales de calcio <p>ADHESIÓN AL TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición <p>FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHESIÓN</p>	<p>Variable Independiente Factores</p> <p>Dimensión: Socio – Demográfico</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Nivel de Instrucción - Ocupación - Constitución Familiar - Ingreso Económico <p>Dimensión: Contextual</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquema Terapéutico - Co-morbilidad cardiovascular <p>Variable dependiente: Adhesión al tratamiento</p> <p>Dimensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Olvido - Descuido - Sensación de mejoría - Sensación de malestar <p>Indicador: Puntaje global al test de Morisky - Green-Levine. Escala/valor: Adherente (0) puntos No adherente (1 - 4) puntos</p>	<p>Población Esta fue constituida por 300 adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial.</p> <p>Muestra Constituida por 169 adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos La técnica de recolección de datos será la entrevista y el instrumento el test de Morisky -Green-Levine.</p> <p>Tratamiento estadístico Será descriptivo e inferencial mediante la utilización del paquete estadístico SPSS versión 19.0. Los estadísticos de contraste de hipótesis serán la Oportunidad de Riesgo (Odds Ratio) y Chi Cuadrado de Pearson.</p>

“Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011”.

Cesar Martínez Cajamarca, Edwin enciso Roca¹.

¹ Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como objetivo determinar los factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. La muestra estuvo constituida por 169 adultos voluntarios. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento empleado es el test de Morisky - Green - Levine. Los resultados de la investigación determinaron que, el 8,3% de adultos mayores son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo; mientras que, el 91,7% no mostró esta adhesión. Los varones presentan 4,82 veces más riesgo de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en comparación a las mujeres (IC95% = 1,20; 27,69). Los adultos con politerapia presentan 87 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que los adultos mayores con monoterapia (IC 95% = 15,25; 841,97). Conclusión, el sexo y el esquema terapéutico fueron los principales factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Adhesión al tratamiento, hipertensión arterial, adulto mayor.

ABSTRACT

The present research aimed to determine the factors associated with adherence to drug therapy in adults older hypertensive patients served in the Metropolitan-EsSalud III primary care center. The sample consisted of 169 adult volunteers. The technique of data collection was the interview and the instrument used is the test of Morisky - Green - Levine. The results of the investigation determined that 8.3% of older adults are adherents of the antihypertensive drug therapy; while 91.7% showed no accession to it. Males are 4.82 times more risk of non-adherence to antihypertensive in comparison to the mujeres (IC95%=1.20;27.69) pharmacological treatment. Adults with a Polytherapy are 87 times more risk of not adhering to pharmacological treatment antihypertensive than seniors with monotherapy (CI 95% = 15.25; 841.97). Conclusion, the sex and the therapeutic scheme were the main factors associated with adherence to drug therapy. Keywords: adherence to treatment, high blood pressure, older adult.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial continúa siendo una de las enfermedades cardiovasculares de mayor incidencia en el ámbito mundial y afecta principalmente a la población adulta, siendo sus consecuencias una importante causa de mortalidad e incapacidad (Arana, 2010).

Se estima que mundialmente existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial y existen 15 millones de defunciones de personas que son provocadas por enfermedades cardiovasculares. 7.2 millones son por enfermedad coronaria y 4.6 millones por accidente vascular encefálico; siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo activo más común en la mayoría de ellas. La prevalencia de hipertensión arterial en la Región de las Américas oscila de 10 a 25% en la población adulta, aunque existen estudios que indican cifras mayores (Valor, 2011).

En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial varía según grupo etáreo. En adultos entre 60 a 69 años asciende a 26.2% y en mayores de 69 años a 36.3%; lo que ha convertido a esta enfermedad no transmisible en un problema de salud pública apremiante. Por estrato geográfico, la prevalencia de hipertensión arterial entre adultos de 60 a 69 años de Lima Metropolitana corresponde a 30.9%, el 31.9% en el resto de la costa; 21.2% en la sierra y 25.6% en la selva. Entre adultos de 70 a más años, la prevalencia corresponde a 30.9% en Lima Metropolitana, a 31.9% en el resto de la costa, 21.2% en la sierra y 25.6% en la selva (INEI, 2010).

Sin lugar a dudas, la hipertensión arterial se encuentra distribuida indistintamente en todas las regiones del mundo y su prevalencia está asociada a factores de riesgo de orden económico, social, cultural, ambiental y étnico (Díaz, 2010).

La hipertensión arterial está asociada a factores de riesgo porque entre el 90 a 95% de los casos de hipertensión arterial no tienen causa conocida, por lo que recibe el nombre de hipertensión arterial esencial o primaria (Sánchez, 1998).

En la Región Ayacucho, se desconoce la prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta mayor, puesto que es una enfermedad crónica que puede permanecer asintomática por espacios prolongados de tiempo y si no es tratada oportunamente provoca complicaciones severas como: infarto cardíaco o accidente cerebro vascular. En el Programa de Control de Hipertensión Arterial del Centro de Atención Primaria III EsSalud Huamanga, se ha registrado 300 adultos mayores con hipertensión arterial quienes reciben tratamiento farmacológico. Existe amplia evidencia de que la morbilidad y mortalidad cardiovascular en relación con la hipertensión arterial pueden reducirse con una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo; es decir, es necesario garantizar su cumplimiento para lograr el éxito esperado (EsSalud, 2011).

Los pacientes asegurados del Centro de Atención Primaria III Metropolitano, acceden en forma permanente y gratuita al tratamiento farmacológico antihipertensivo; sin embargo, se observa con frecuencia el incumplimiento del tratamiento farmacológico sobre todo en adultos de sexo masculino con instrucción primaria, lo que genera enfermedades cardiovasculares, particularmente enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca congestiva que aumenta significativamente el riesgo de enfermedad vascular cerebral (EsSalud, 2011).

Correspondencia:°

Cesar Martínez Cajamarca.

Cesar_4217@hotmail.com.

Fac. Cs. Biológicas. UNSCH. Ciudad Universitaria.

Av. Independencia s/n.

Telef.: (066) 812 510 anexo 145

Biounsch_decano@latinmail.com

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos pilares fundamentales. El primero, está orientado a los cambios en el estilo de vida como la adopción de un régimen dietético hiposódico, el incremento de la actividad física y disminución de peso. El segundo, hace referencia al tratamiento farmacológico que debe ser riguroso. Si bien, ambos tratamientos son coadyuvantes, la presente investigación se circunscribió únicamente en la determinación de la adherencia al tratamiento farmacológico así como los factores sociodemográficos y contextuales (EsSalud, 2011). La falta de adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico antihipertensivo es una problemática que atañe a todos los profesionales vinculados a la salud, puesto que el lograr la adherencia al tratamiento significa mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, lo cual fue el propósito de nuestra labor. Por los motivos expuestos se planteó:

COMO OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud; y como

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores sociodemográficos (grupo de edad, sexo y nivel de instrucción) asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.
- Establecer los factores contextuales (esquema terapéutico y comorbilidad cardiovascular) asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.
- Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo transversal observacional

LUGAR DE EJECUCIÓN

Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud, Ayacucho.

POBLACIÓN

Estuvo constituida por 300 adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud.

MUESTRA

Estuvo constituida por 169 adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Centro de Atención Primaria III Metropolitano.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento empleado fue el test de Morisky - Green - Levine (Tapia, 2006).

Test de Morisky - Green - Levine

Este método, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine (Morisky y col, 2006) para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión. Lo denominaron inicialmente "The Medication Adherent Questionnaire" (MAQ) (cuestionario de adherencia a la medicación). Desde que el test fue introducido ha sido usado en la

valoración de la adherencia en diferentes patologías como la hipertensión, SIDA, esquizofrenia, diabetes, cáncer, cardiopatía, osteoporosis, enfermedad tromboembólica, patología infecciosa, tabaquismo, dislipidemias, EPOC y asma (García y col. 2005)

Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor. Por otra parte, presenta la ventaja de que nos puede proporcionar información sobre las causas de incumplimiento, en función de las respuestas incorrectas. Las preguntas se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

- "¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su enfermedad?"

- "¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?"

- "Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?"

- "Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?"

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las cuatro preguntas:

NO/SI /NO/NO. Existe otra variante en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea "NO", y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas de la misma forma: NO/NO/NO/NO.

- "¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?" o "¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?". Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación de la versión española del test para la hipertensión (Val y col, 2002). **PROCEDIMIENTO DETALLADO DEL ESTUDIO**

Con el propósito de asegurar lo máximo posible el estudio observacional, se aseguró el cumplimiento de los siguientes pasos:

1. Se asignó, en forma aleatoria, el paciente al cual se realizó la respectiva entrevista. La asignación se realizó de manera aleatoria en una secuencia de uno a uno determinado por su orden de ingreso al servicio de farmacia.

2. A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se les pidió autorización para participar en el estudio (consentimiento informado, Anexo N° 1).

3. A los pacientes que aceptaron participar, se les realizó la entrevista sobre el cuestionario de información, que incluyó el test de Morisky-Green-Levine (Anexo N° 2). Las cuatro preguntas se realizaron entremezcladas con la conversación durante la entrevista, de forma cordial.

4. Se realizó la valoración de los indicadores de los objetivos del estudio, para lo cual se procedió a dicotomizar las alternativas del cuestionario de recopilación de datos y así realizar el tratamiento estadístico respectivo.

Edad se procedió a dicotomizar pacientes adultos mayores de 60- 69 años y 70-79 años.

El nivel de instrucción se procedió a dicotomizar en: nivel de instrucción baja (ninguna, primaria incompleta y completa) y nivel de instrucción alta (secundaria incompleta y completa, técnico

incompleto y completo y superior incompleto y completo).

Ocupación se procedió a dicotómizar en: Empleado (independiente, jubilado) y Desempleado (hogar y otros).

Constitución familiar se procedió a dicotómizar en: Solo y En compañía (con pareja, e hijos y otros).

Ingreso económico se procedió a dicotómizar en: Baja (Nivel D y E) y Alta (Nivel A, B y C).

Esquema terapéutico se procedió a dicotómizar en: Monoterapia (Un solo medicamento) y Politerapia (Dos o tres medicamentos).

Tiempo en tratamiento para el control de la hipertensión arterial se procedió a dicotómizar en: Mayor a un año y Mayor a 2 año más.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El tratamiento estadístico fue descriptivo e inferencial mediante la utilización del paquete estadístico SPSS versión 19.0. Los estadígrafos de contraste de hipótesis fueron la Oportunidad de Riesgo (Odds Ratio) y Chi Cuadrado de Pearson con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

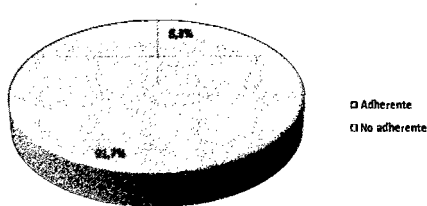


GRÁFICO Nº 01.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

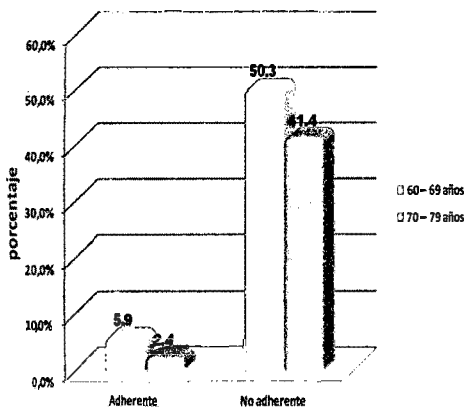


GRÁFICO Nº 02.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según grupo de edad en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

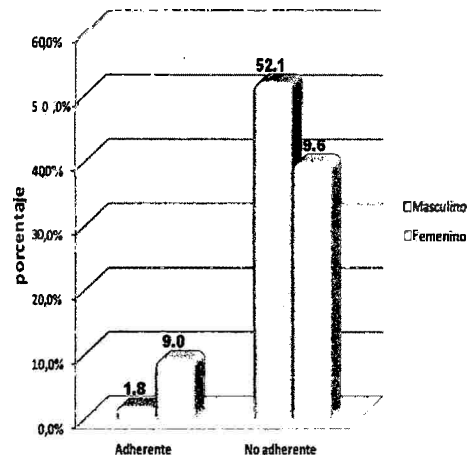


GRÁFICO Nº 03.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según sexo en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

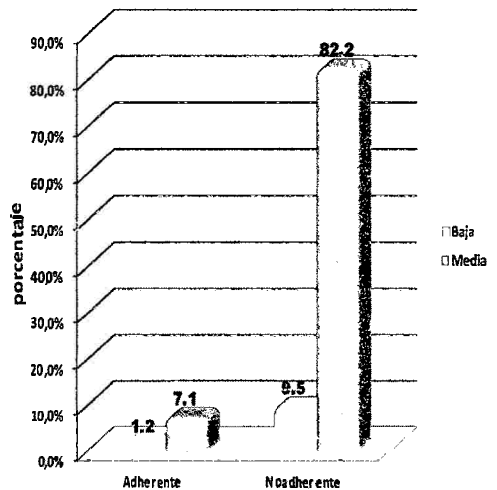


GRÁFICO Nº 04.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según nivel de instrucción en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

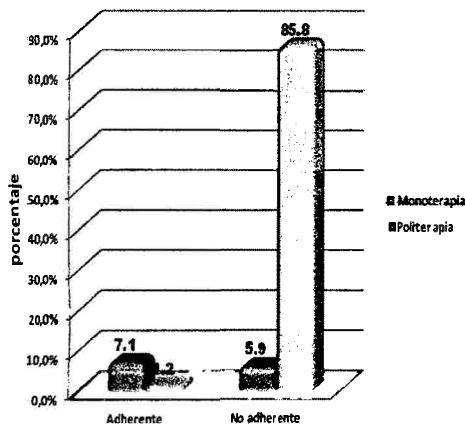


GRAFICO Nº 05.- Porcentaje de Adherencia al tratamiento farmacológico según esquema terapéutico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

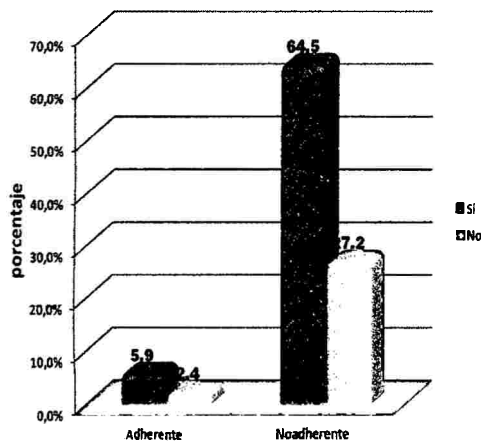


GRAFICO Nº06.- Porcentaje de Adhesión al tratamiento farmacológico según comorbilidad cardiovascular en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011.

DISCUSIÓN

La falta de adherencia al tratamiento en hipertensión arterial es muy frecuente. En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, sólo el 8,3% de adultos mayores está adherido al tratamiento farmacológico antihipertensivo; mientras que, el 91,7% no mostró esta adhesión.

El porcentaje de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo, en la muestra en estudio, es muy inferior a los hallazgos que reportan otras investigaciones en el ámbito internacional y nacional.

Ingaramo (2005), en Argentina, estima en un 50% el número de pacientes que abandonan o modifican la

terapia antihipertensiva dentro del año de realizado el diagnóstico.

Díaz (2010), en Cuba, determinó que el 57% de la muestra resultó no adherente al tratamiento antihipertensivo. Arana (2010), en el Hospital de EsSalud en Trujillo reportó una tasa de adhesión al tratamiento antihipertensivo de 54%; mientras que, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, de Lima, fue de 63%.

Carhuallanqui y col. (2010), en Lima, concluyó que la tasa de no adhesión al tratamiento farmacológico fue similar a otros estudios realizados en Latinoamérica, que muestran cifras que oscilan de 48 a 63%.

En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, 9 de cada 10 adultos mayores no están adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo, quienes desarrollan complicaciones agudas y crónicas producto del inadecuado control de la hipertensión arterial, descendiendo de manera progresiva su calidad de vida.

El gráfico Nº 02 describe que el 50,3% de adultos mayores de 60 a 69 años y el 41,4% de 70 a 79 años, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Para Vik y col. (2004), la edad está relacionada con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. A medida que incrementa la edad existe mayor riesgo de incumplimiento a las orientaciones médicas.

Puigventos y col. (2007), refiere que las tasas de incumplimiento terapéutico, entre pacientes hipertensos, se incrementan en edades avanzadas.

Sometidos los datos al estadígrafo Chi Cuadrado con Corrección de Yates, existe suficiente evidencia para inferir que la edad adulta entre 70 a 79 años no se asocia con la falta de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 0,84$; $\chi^2_i = 3,84$; $p > 0,05$) (Anexo Nº 04), afirmación que es corroborada por la oportunidad de riesgo (OR) cuyo intervalo de confianza al 95% incluye la unidad (OR = 2,06; Ic95% = 0,56; 9,35) (Anexo Nº 04).

De acuerdo a los resultados obtenidos, la probabilidad de no adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo es similar en adultos mayores de 60 a 69 años como de 70 a 79 años, probablemente debido al cansancio con el régimen terapéutico, por los efectos secundarios de las drogas o simplemente porque perciben cierta mejoría y deciden discontinuar o abandonar la terapia farmacológica.

El gráfico Nº 03 describe que los adultos mayores de sexo masculino 52.1% y de sexo femenino 39.6%, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo; presentan 4,82 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que las adultas mayores (Ic95% = 1,20; 27,69) (Anexo Nº 05). Vale decir, que el sexo masculino en la población adulta mayor está asociada con una mayor tasa de no adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 5,11$; $\chi^2_i = 3,84$; $p < 0,05$) (Anexo Nº 05).

Ingaramo (2005) refiere que no existen muchos datos en la literatura acerca de la adhesión al tratamiento en relación con el género. Los varones adherentes tuvieron un mejor control de la hipertensión arterial, tanto sistólica como diastólica y sistodiastólica; mientras que, en las mujeres no hubo diferencia significativa entre los dos grupos.

Agámez (2008), en Cuba, concluyó que la falta de adherencia predominó en pacientes de sexo masculino con 71,73%; el sexo femenino resultó menos representativo con solo 28,26%.

En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, los adultos mayores de sexo masculino mostraron menor adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo que las mujeres, hallazgo que confirma las afirmaciones de Agámez (2008). La mayor tasa de adhesión en las mujeres referencia un mayor compromiso con su autocuidado y con la prescripción médica.

El gráfico Nº 04 describe que el 82,2% de adultos mayores con instrucción media y el 9,5% con instrucción baja, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo. De acuerdo al estadígrafo Chi Cuadrado con Corrección de Yates, existe suficiente evidencia para inferir que el nivel de instrucción no se asocia con la falta de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 0,00$; $\chi^2_t = 3,84$; $p > 0,05$) (Anexo Nº 06), afirmación que es contratada con la oportunidad de riesgo (OR) cuyo intervalo de confianza al 95% incluye la unidad (OR = 0,69; Ic95% = 0,13; 6,92) (Anexo Nº 06).

Agámez (2008), en Cuba, refiere que los pacientes con instrucción técnica media presentaron mayor número de no adherencia al tratamiento con un 43,91%, seguido de los universitarios con 23,04%, luego el grupo de secundaria con 19,13% y primaria completa con 8,26%. En consecuencia, a mayor escolaridad fue menor la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, entidad prestadora de servicios de salud a la población asegurada, predomina la instrucción media entre los adultos mayores (89,3%). Si bien este nivel es una fortaleza para lograr la adecuada adhesión de los pacientes, los resultados muestran que tanto los adultos mayores con bajo nivel de instrucción como con instrucción media tienen similar probabilidad de no adherirse al tratamiento antihipertensivo, lo que refleja la escasa sensibilización para cumplir con la prescripción médica.

El gráfico Nº 05 describe que los adultos mayores con monoterapia 5,9% y con politerapia 85,8%, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo; y con politerapia presentan 87 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que las adultos mayores con monoterapia (Ic95% = 15,25; 841,97) (Anexo Nº 07). Es decir, la prescripción médica de más un fármaco está asociada con una mayor tasa de no adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 64,42$; $\chi^2_t = 3,84$; $p < 0,05$) (Anexo Nº 07).

Díaz (2010), en Cuba, determinó que la politerapia incrementa el riesgo de no adherencia al tratamiento antihipertensivo. De igual manera, Agámez (2008), concluyó que la terapia combinada o politerapia (60%) dificultó la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

La prescripción médica con más de una droga, incrementa la posibilidad de no adhesión al tratamiento farmacológico, lo que refleja una actitud de rechazo hacia este tipo de tratamiento, sea por creencias erróneas, temor a que puedan generarle mayor daño o porque no se acostumbran a este tipo de medicación.

El gráfico Nº 06 describe que el 64,5% de adultos mayores con alguna comorbilidad cardiovascular y el 27,2% sin esta condición, no estuvieron adheridos al tratamiento farmacológico antihipertensivo. El estadígrafo Chi Cuadrado con Corrección de Yates establece que la comorbilidad cardiovascular en el adulto mayor no se asocia con la falta de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($\chi^2_c = 0,05$; $\chi^2_t = 3,84$; $p > 0,05$) (Anexo Nº 08), afirmación que es contratada con la oportunidad de riesgo (OR) cuyo intervalo de confianza al 95% incluye la unidad (OR = 0,95; Ic95% = 0,21; 3,50) (Anexo Nº 08).

Agámez (2008), en Cuba, concluyó que los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones cardiovasculares.

El objetivo del tratamiento antihipertensivo es reducir la morbimortalidad, preservando la calidad de vida, tratando de alcanzar cifras menores de 140/90 mmHg, o la más baja que el paciente tolere. En este grupo etario, es indispensable la adecuada adhesión al tratamiento farmacológico para prevenir otras enfermedades cardiovasculares.

En la muestra en estudio, 7 de cada 10 pacientes hipertensos presentan alguna complicación como diabetes o dislipidemia, lo que revela una pobre adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo que ha deteriorado aún más la salud de los adultos mayores.

CONCLUSIONES

1. Los factores que se encuentran asociados con la adhesión al tratamiento en adultos mayores hipertensos son el sexo y el esquema terapéutico.
2. Los adultos de sexo masculino presentan 4,82 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que los adultos mayores de sexo femenino; la edad, nivel de instrucción y comorbilidad cardiovascular en el adulto mayor no estuvieron relacionados con la adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($p > 0,05$).
3. Los adultos mayores con politerapia presentan 87 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que los adultos mayores con monoterapia ($p < 0,05$).
4. En el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de EsSalud Huamanga, sólo el 8,3% de adultos mayores está adherido al tratamiento farmacológico antihipertensivo; mientras que, el 91,7% no mostró esta adhesión.

RECOMENDACIONES

1. A la Gerencia del Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud, debe realizar el seguimiento domiciliario de los adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo con la finalidad de promover la adecuada adhesión a este tipo de tratamiento.
2. Realizar diferentes estrategias de intervención farmacéutica en educación sanitaria, con el fin de mejorar el cumplimiento terapéutico.
3. Proseguir investigando qué otros factores biopsicosociales están asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agámez, A. (2008). Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Revista cubana de Medicina. 5ª Ed. Cuba.
2. Alvarado, J. (2009). Apuntes de Farmacología. 3ª Ed. Edit. Apuntes Médicos del Perú. Carmen de la Legua, Callao, Perú. Pag: 825, 904.

3. Arana, G. (2010). Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray – EsSalud, Trujillo. Revista de Medicina Herediana. Lima. Pag: 120-126.
4. Bravo, L. y Marhuenda, E. (2005). Manual de Farmacoterapia. 3ª Ed. Edit. Elsevier España S.A. Madrid, España. Pag: 247-252.
5. Brunton, L.; Lazo, J. y Parker, K. (2007). Goodman & Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 11ª Ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. Santa Fe, Colombia. Pag: 847-851.
6. Carhuallanqui, R.; Diestra G. y Tang J. (2010). Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes Hipertensos Atendidos en un Hospital General. Revista Médica Herediana. Pag: 197-201. Vol. 21.
7. Diaz, M. (2010). Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos un Área de Salud del Municipio San Miguel del Padrón en Ciudad de La Habana. Revista de Medicina Preventiva y Salud Pública. Cuba. 1ª Ed. Pag: 25-36.
8. EsSalud. (2011). Protocolo del manejo y tratamiento de urgencias emergencias hipertensivas. Edit. Hospital II EsSalud Huamanga. Ayacucho.
9. Elad, J.; Diez, B.; Farre, M. (2002). Principios de farmacología clínica. Bases científicas de la utilización de medicamentos. 2ª Ed. Edit. Massun. Barcelona, España. Pág.: 141- 142.
10. García, P.; Leiva, F.; Martos, F.; García, A.; Prados, D.; Sánchez, C. y Alarcón, F. (2005) ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de familia. 1ª Ed. Pág.: 13-19.
11. Gil, A.; Calderón, J. y Alzamora, L. (2008). ¿Cómo hacer una investigación epidemiológica y aplicar adecuadamente la estadística? 1º Ed. Lima, Perú. Pag: 72-73.
12. Granados, G. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. España. International Journal of Clinical and Health Psychology. 3ª Ed. España. Pag: 697-707.
13. Ingaramo, R. (2005). Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Revista de Hipertensión Arterial. Pag: 5-34. Argentina.
14. INEI. (2010). Prevalencia de la hipertensión arterial en personas de 50 años y más años de edad. Informe Técnico N° 01, Salud Familiar – ENDES. Lima.
15. Mann, N. (1993). Improving adherence behavior with treatment regimens. Behavioral science learning modules. WHO. Div. Mental Health. Genova- España.
16. MINSAL. (2005). Guía de Hipertensión arterial. Edit. Ministerio de Salud. Lima. Pag: 33-38.
17. Morisky, D. y Green, L. (2006). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care
18. López, A.; Villagrasa, V.; Moreno, L. (2006). Manual de farmacología. Guía para el uso racional de medicamentos. 3ª Edición. Editorial Elsevier S.A. Madrid, España. Pág.: 307- 312. Pag: 67-64.
19. Oliva, P. (2009). Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. Revista Chilena Salud Pública. 3ª Ed. Chile. Pág.: 67 - 71.
20. Puigventos V.; Villanova M.; Delgado O.; Lázaro M.; Forteza J. y Serra J. (2007). Cumplimiento Terapéutico en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial: 10 Años de Publicaciones en España. Medicina Clínica. Pag: 702-706. Vol. 10.
21. Rang, H.; Dale, M.; Ritter, J.; Flower, R. (2008). Farmacología. 6ª Ed. Editorial Elsevier S.A. Madrid, España. Pag: 277-279.
22. Sabate, E. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Organización Mundial de la Salud. Génova - España.
23. Sánchez, M. (1998). Hipertensión Arterial. VI Reporte del Comité Nacional Conjunto de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América Innovartis. Washington.
24. Tapia, J. (2006). Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaitén. Tesis de Pre Grado de la Escuela de Enfermería - Universidad Austral. Pag: 16-17. Chile.
25. Valor, L. (2011). Programa integral de ejercicios físicos a los pacientes Adultos Mayores hipertensos. Tesis presentada en opción al grado académico de máster en actividad física en la comunidad. Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo". Venezuela.
26. Val, J.; Amorós, G.; Martínez, P.; Fernández, M. y León, M. (2002). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación de Morisky y Green. Aten Primaria. Vol. 10. Pág.: 1331-1336
27. Vrijens, B. (2008). La adherencia a los tratamientos farmacológicos prescritos antihipertensivos: estudio longitudinal de las historias de la administración electrónica compilado. BJM. San Francisco. 1ª Ed. Pag: 1-6.
28. Vik S.; Maxwell C. y Hogan D. (2004). Measurements, Correlates and Health Outcomes of medication adherence among seniors. Ann Pharmacotherapy. Pag 303-312. Vol. 38.

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS
R.D. N° 250-2012-FCB-D
Bach: César MARTÍNEZ CAJAMARCA

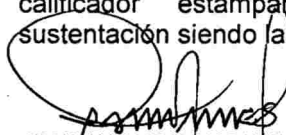
En la ciudad de Ayacucho, siendo las cuatro de la tarde, del día jueves veintitrés de agosto del año dos mil doce en el auditorio de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, bajo la presidencia del director de la Escuela de Formación Profesional de Farmacia y Bioquímica según memorando N° 354-2012-UNSCH-FCB, en representación del decano de la Facultad de Ciencias Biológicas y además como miembro del jurado calificador y con la asistencia de los demás miembros: Dr. Aldo Tinco Jayo; Dr. Edwin Enciso Roca (asesor) y Magíster Marco Aronés Jara (cuarto jurado calificador) y Maricela López Sierralta, quien además actuara como secretaria docente; para recepcionar la tesis: Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011; presentado por el Bachiller en Farmacia y Bioquímica César Martínez Cajamarca, quien pretende optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico.

El presidente (e) inicia el acto de sustentación solicitando la revisión de documentos y la lectura de la R. D. N° 250-2012-FCB-D y del Memorando 354-2012-UNSCH y luego del cual instruye al sustentante en aspectos relacionados a la sustentación en un tiempo no mayor a cuarenta y cinco minutos, concediendo luego la palabra al sustentante para el inicio de su exposición del trabajo de investigación.


En la segunda etapa los miembros del jurado realizan las observaciones y preguntas que creen convenientes para la evaluación, para la cual en una siguiente etapa el presidente (e) solicita al sustentante y público en general para que abandone el auditorio dejando al jurado calificador para que pueda deliberar y emitir su calificación como sigue:

JURADO CALIFICADOR	EXPOSICION	RESPUESTA	PROMEDIO
Dr. Aldo Tinco Jayo	16	16	16
Dr. Edwin Enciso Roca	17	17	17
Mg. Marco Aronés Jara	16	15	16
Mg. Maricela López Sierralta	16	16	16
		Promedio Total	16

De la evaluación de los miembros del jurado calificador, la sustentante obtiene la nota promedio de DIECISÉIS (16), de lo cual dan fé los miembros del jurado calificador estampando su firma al pie de la presente. Culmina el acto de sustentación siendo las seis de la noche.



 Mg. Marco Aronés Jara
 Presidente (e)- Miembro



 Dr. Aldo Tinco Jayo
 Miembro



 Dr. Edwin Enciso Roca
 Miembro-Asesor



 Mg. Maricela López Sierralta
 Miembro-Secretaria Docente