



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES RELACIONADOS A LA MALA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN
PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL PNP "LUIS N. SÁENZ" – LIMA, ABRIL - JUNIO**

2023

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

Sahuanay Siu, Alicia Karlytha (ORCID: 0000-0003-1282-8473)

ASESORA

Castro Salazar, Bertha Teresa (ORCID: 0000-0001-9686-5997)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de la autora

Sahuanay Siu, Alicia Karlytha

Tipo de documento de identidad del AUTORA: DNI

Número de documento de identidad del AUTORA: N° 72682558

Datos de la asesora

Castro Salazar, Bertha Teresa

Tipo de documento de identidad del ASESORA: DNI

Número de documento de identidad del ASESORA: N° 08601141

Datos del jurado

PRESIDENTE: Indacochea Caceda, Sonia Lucia

- DNI: 23965331
- ORCID: 0000-0002-9802-6297

MIEMBRO: Gutierrez Ingunza, Ericson Leonardo

- DNI: 42160697
- ORCID: 0000-0003-4725-6284

MIEMBRO: Cisneros Hilario, Cesar Braulio

- DNI: 40245434
- ORCID: 0000-0002-6158-7250

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Sahuanay Siu, Alicia Karlytha, con código de estudiante N° 201711674, con (DNI o Carné de Extranjería) N° 72682558, con domicilio en Av. Brasil 2968 dpto 404, distrito Magdalena del Mar, provincia y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada; “Factores relacionados a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes del consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023”, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Castro Salazar, Bertha Teresa, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 17 % de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 11 de marzo del 2024



Sahuanay Siu, Alicia Karlytha

DNI: 72682558

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

FACTORES RELACIONADOS A LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PNP "LUIS N. SÁENZ" – LIMA, ABRIL

ORIGINALITY REPORT

17%

SIMILARITY INDEX

18%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.urp.edu.pe Internet Source	8%
2	hdl.handle.net Internet Source	3%
3	repositorio.upsjb.edu.pe Internet Source	2%
4	ri.ues.edu.sv Internet Source	1%
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Student Paper	1%
6	repositorio.uns.edu.pe Internet Source	1%
7	repositorio.unac.edu.pe Internet Source	1%
8	tesis.ucsm.edu.pe Internet Source	1%
9	repositorio.upao.edu.pe Internet Source	1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On

DEDICATORIA

*A mi padre, madre y a mis
hermanos, por su apoyo
incondicional y por motivarme a
seguir adelante.*

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi familia por el apoyo incondicional que me brindaron día a día durante toda esta hermosa carrera universitaria. Todo lo que soy y lograre ser se lo debo a ellos.

A mis amigos que he podido conocer durante mi formación, porque cada experiencia compartida ha contribuido a mi formación personal y profesional.

A cada uno de los docentes de esta casa de estudios, por las enseñanzas impartidas en la práctica médica y fuera de ella, porque gracias a ustedes me pude convertir en la profesional en la carrera que tanto he deseado.

A mi universidad que contribuyo con mi formación.

A mi asesora de tesis el Dr. Castro Salazar, Bertha Teresa por el apoyo constante, así como al director de tesis Dr, Jhony A. de la Cruz Vargas los cuales impartieron sus conocimientos en investigación para poder desarrollar de manera óptima mi tesis.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial sigue siendo un problema de salud pública, por sus complicaciones y alta mortalidad, se ha visto que la mala adherencia al tratamiento a la larga afecta la calidad de vida, desperdicio de recursos en la atención médica, problemas sociales y familiares. **Objetivo:** Determinar qué factores se relacionan a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes del consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal, en pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz". Se empleó el Sample Size Calculator para determinar el tamaño muestral. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos y el test de Morinsky Green. **Resultados:** De 335 pacientes encuestados, se encontró que 61.5% (n=206) no son adherentes, de estos 56.3% (n=116) tienen menos de 69 años, 56.8% (n=117) son mujeres y 48.1% (n=99) cuentan con estudios técnico / superior. Se encontró asociación entre los pacientes menores de 69 años (RPa: 1.41, IC95%: 1.189 a 1.672), ser varón (RPa: 0.78, IC95%: 0.66 a 0.927) y el uso de más de 2 fármacos (RPa: 0.583, IC95%: 0.498 a 0.683) a la mala adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad, sexo femenino y la cantidad de fármacos prescritos con la mala adherencia.

Palabras clave: Factores asociados, hipertensión, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: High blood pressure continues to be a public health problem, due to its complications and high mortality, it has been seen that poor adherence to treatment in the long run affects quality of life, waste of resources in medical care, social and family problems. **Objective:** To determine which factors are related to poor adherence to antihypertensive pharmacological treatment in patients from the cardiology outpatient clinic of the PNP "Luis N. Sáenz" National Hospital - Lima, April - June 2023. **Methods:** An observational, analytical and cross-sectional, in hypertensive patients treated in the outpatient cardiology clinic of the PNP "Luis N. Sáenz" National Hospital. The Sample Size Calculator was used to determine the sample size. The instruments used were the data collection form and the Morinsky Green test. **Results:** Of 335 patients surveyed, it was found that 61.5% (n=206) are non-adherent, of these 56.3% (n=116) are less than 69 years old, 56.8% (n=117) are women and 48.1% (n =99) have technical/higher studies. An association was found between patients under 69 years of age (aPR: 1.41, 95% CI: 1.189 to 1.672), being male (aPR: 0.78, 95% CI: 0.66 to 0.927) and the use of more than 2 drugs (aPR: 0.583, 95% CI: 0.498 to 0.683) to poor adherence to treatment. **Conclusions:** There is a statistically significant association between age, female sex and the number of drugs prescribed with poor adherence.

Key words: Associated factors, arterial hypertension, adherence to drug treatment

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	2
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA:	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2. BASES TEÓRICAS.....	11
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	21
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS.....	23
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	23
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	25
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	26
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	29

4.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	29
---------------------------	----

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS.....	31
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	34

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES.....	38
6.2. RECOMENDACIONES.....	38

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
--	-----------

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	46
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	47
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	48
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.....	49
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	52
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	53
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	54
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	55
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	56
ANEXO 10: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	58

LISTA DE TABLAS

LISTA DE GRAFICOS

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, cada día más personas sufren de alguna enfermedad crónica. Esto se relaciona con hábitos no saludables como el consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, alteración de la conducta alimentaria y estrés. La Organización Mundial de Salud (OMS) menciona que las enfermedades cardiovasculares representan la mayor parte de la mortalidad por enfermedades no transmisibles; es decir, 17.9 millones de personas al año. (1)

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades más prevalentes y con secuelas invalidantes, debido a que es una enfermedad silenciosa. Es considerada como una de las causas principales de muerte prematura a nivel mundial, por ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ECV). (2)

Según la OMS, a nivel mundial 1280 millones de personas entre el grupo etario de 30 - 79 años son hipertensión, de los cuales, dos tercios viven en países de bajos y medianos ingresos; además menciona que 46% desconocen que la padecen y 42% recibe tratamiento y de estos el 21% está controlado.(3) En el caso del Perú, en un estudio se determinó que 1 de cada 5 peruanos padece esta enfermedad; así mismo, aparecen 4 casos nuevos por cada 100 personas en 1 año y solo la mitad de los pacientes tienen diagnóstico previo. (4)

Por otro lado, es preocupante que pese al diagnóstico y de advertir de las complicaciones de esta enfermedad, el paciente no sea adherente al tratamiento, resultando ser una barrera para llegar a un óptimo control. Estas cifras varían, ya que dependen de varios factores. Se ha observado que en países desarrollados la falta de adherencia en promedio es del 50%, en un país en desarrollo las cifras son mayores, dada la escasez de recursos sanitarios e inequidad en el acceso a la atención de salud.

Las estadísticas son preocupantes, por eso identificar qué factores se relaciona a la mala adherencia permite proporcionar una imagen completa del problema, de esta manera crear políticas efectivas con enfoque multidisciplinario para lograr mejorar la adherencia y con ello disminuir las complicaciones a largo plazo, así mismo la subutilización de los recursos de tratamiento que ya de por sí son limitados.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de Salud (OMS): “*La hipertensión es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades*”, se considera la causa principal de muerte prematura a nivel mundial, por ello una de los objetivos planteados consiste en disminuir la prevalencia en un 25% para el 2025.(5)

A pesar de ser de diagnóstico sencillo, 580 millones de personas (41% mujeres y 51% varones) desconocen que la padecen; además, según los estudios más de la mitad de personas no reciben el tratamiento que necesitan, como por ejemplo: África subsahariana, Asia central, meridional y sudoriental y naciones insulares del Pacífico tienen menor probabilidad de recibir medicación a diferencia de Canadá, Islandia y República de Corea que tiene mayor probabilidad, esto se explicaría por los ingresos de cada país así como las mejores tasas de tratamiento y control que tienen. (6)

En España 33% son hipertensos, pese a tener mejoras en el abordaje no todos los que siguen un tratamiento están adecuadamente controlados, conllevando a aproximadamente 40.000 muertes cardiovasculares atribuidas a la hipertensión; así mismo, se halla determinantes modificables como: fenómeno de bata blanca que causa entre 20 - 50% de falla para el control en la monitorización o medicación, otra determinante es la falta de adherencia a los estilos de vida reductores y el uso de la terapia farmacológica adecuada para un control óptimo.(6) Entonces, la falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales de presión arterial no controlada, se ha visto que la 50% abandonan por completo el tratamiento a partir del primer año del diagnóstico, a consecuencia de ello 75% no logra el control óptimo; en los países de Gambia un 27%, en China 43% y en Estados Unidos 51% cumple con el régimen terapéutico para hipertensión, pero no es lo suficiente.(7)

Estas variabilidades llevan a grandes disparidades en la mortalidad y discapacidad cardiovascular, por ello la OMS habla de la implementación de directrices para fortalecer

medidas destinadas a la prevención de ECV con el paquete técnico de HEARTS que busca mejorar las seis áreas esenciales en la atención clínica: orientación para un estilo de vida saludable, el tratamiento de hipertensión y diabetes según protocolos, acceso a medicamentos asequibles, tecnología de calidad, estimación del riesgo para ECV y atención basada en equipos y los sistemas de monitoreo.(8)

En América en el 2019, los países con menor prevalencia de hipertensión fueron Canadá, Perú y Suiza, mientras que algunas tasas se mantuvieron elevadas en República Dominicana, Jamaica y Paraguay predominando las mujeres y en el caso de Hungría, Paraguay y Polonia en donde predominaron los hombres. (9)

En Perú durante el 2020, la prevalencia de HTA alcanzó el 21.7% en personas mayores de 15 años. Asimismo, el 24.5% con hipertensión son hombres y el 19.1% mujeres. Por otro lado, el 68% de la población recibió tratamiento en los últimos 12 meses.(10) De los pacientes tratados es frecuente que no todos cumplan adecuadamente el tratamiento, debido a diversos factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico.

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES del 2019 se encontró que el 46.35% de pacientes hipertensos encuestados no son adherentes al tratamiento farmacológico, de estos un 33.88% no compro los medicamentos indicados, 14.77% no toman sus medicamentos; así mismo, padecían de otras comorbilidades como diabetes mellitus (13.75%), cataratas (23.46%), depresión mayor un 14.56% y obesidad un 39.69%. (11)

En una revisión sistemática se encontró que los factores que influyen para la mala adherencia al tratamiento son el olvido, el nivel de conocimiento y las creencias. Otros mencionan que se asocian a pacientes jóvenes, otras comorbilidades, abuso de sustancias, bajo nivel educativo, sexo masculino, tipo de tratamiento farmacológico, tolerabilidad a los eventos adversos y nivel de estrés.(12–14) En cuanto la edad hay quienes menciona que mayores de 60 años son menos adherentes al tratamiento, al igual que recibir una mayor cantidad de fármacos para el tratamiento.(15)

Sin embargo, los factores que intervienen en la adherencia no son universales en todas las poblaciones, ya que estos se ajustan a la realidad en las que vive una población

determinada, recalcando la importancia del estudio en busca de los factores que afectan a esta población.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores relacionados a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes del consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023?

1.3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El presente estudio sigue la línea de investigación de: Enfermedades Metabólicas y Cardiovasculares la cual se encuentra dentro de las líneas de investigación prioritarias de salud del Instituto Nacional de Salud del Perú 2019-2023. De la misma manera, sigue la línea prioritaria del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INICIB) de la Universidad Ricardo Palma 2021 - 2025.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actualmente la hipertensión arterial sigue siendo un problema de salud pública no solo por su alta incidencia, si no por sus complicaciones y consecuentemente su alta mortalidad, motivo por el cual es importante evaluar constantemente sobre este tema para determinar factores que intervienen en el aumento de su incidencia y buscar mecanismos para un manejo integral.

La eficacia del tratamiento farmacológico depende mucho en sí del paciente con el cumplimiento de las indicaciones prescritas por el médico tratante. Por ello, la importancia de evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes como predictor de su eficacia por ser una enfermedad asintomática con seguimiento prolongado y difícil de sobrellevar.

Entonces, tener una mala adherencia es una barrera para mejorar y progresar a las complicaciones que conlleva la hipertensión afectando la calidad de vida, desperdicio de recursos en la atención médica, problemas sociales y familiares.

Identificar los factores relacionados con la mala adherencia en nuestro medio es un primer paso para mejorar la adherencia de esta población, según la OMS, existen 5 dimensiones interactuantes que influyen en la adherencia terapéutica:

1. Socioeconómico: La pobreza, acceso a la atención de salud y medicamentos, analfabetismo.
2. Relacionado al tratamiento: duración, fracaso terapéutico anterior, cambio constante en la terapéutica, efectos adversos y la disponibilidad de los médicos para apoyarlos.
3. Relacionado al paciente: falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autosuficiencia y salud mental.
4. Relacionado con la enfermedad: gravedad de síntomas con el grado de discapacidad, velocidad de progresión y disponibilidad de tratamiento efectivo.
5. Relacionado con el sistema o equipo de asistencia sanitaria: infraestructura inapropiada, recursos insuficientes, consultas breves y carentes de calidad, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y seguimiento, desconocimiento de la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. (16)

Estos resultados contribuirán a las estadísticas del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz", a su vez en la aplicación de medidas para mejorar la adherencia al tratamiento, y pueda ser transferible hacia otras instituciones sirviendo de base para futuros análisis, estudios e investigaciones.

1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

Pacientes hipertensos atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar qué factores se relacionan a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes del consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia de mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Analizar si la edad es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Analizar si el sexo es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Analizar si el grado de instrucción es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Analizar si el tiempo de enfermedad es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Analizar si la cantidad de fármacos prescritos es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL

Sanabria C y Guzmán F. “Adherencia farmacoterapéutica en pacientes geriátricos del Hospital Santa Bárbara en Sucre - Bolivia” (Bolivia, 2018). Método: estudio analítico y transversal, pacientes hospitalizados y ambulatorios de consultorio, mayores de 60 años. Se encuestó a 50 pacientes, se observó que no hay adherencia en el 60% de pacientes hospitalizados y en el 89% de pacientes ambulatorios; en cuanto al sexo hay mayor prevalencia de no adherencia en mujeres (20% hospitalizadas y 78% consulta externa), 50% de pacientes hospitalizados y el 67% de pacientes externos consumen 3 o más medicamentos (polifarmacia) aumentando la probabilidad de incumplimiento al tratamiento; se observó que la probabilidad de incumplimiento fue 1,2 veces más en pacientes hospitalizados OR=1,6 (IC95%:0,386693-6,620246) p=0,5154 y 1,8 veces más en pacientes ambulatorios. Pacientes ambulatorios presentaron no adherencia en el grupo etario de 60 a 79 años de edad OR= 3,5 (IC 95%: 0,47-24,78) p=0,246 y grupo etario de 60 a 69 años OR= 2,04 (95%:0,49-8,30) p=0,2721 en pacientes hospitalizados. A mayor nivel de escolaridad la no adherencia fue mayor OR=4,2 (IC95%: 0,9717,78) p=0,0581, OR=5,6 (IC95%: 0,58-0) p=0,1833. (17)

Ramírez Pérez A, Ramírez Pérez José, Borrell Zayas J. “Antihypertensive Therapeutic Adherence and Factors Associated with Noncompliance at the First Level of Healthcare in Cienfuegos, 2019” (Cuba, 2020). Estudio descriptivo transversal, población de 289 hipertensos, de 15 a 89 años de edad, Se obtuvo que 26,3% no eran adherentes al tratamiento, se registró que las personas más jóvenes (40 años y 59 años) OR=31,3 (1,5 – 2,26) presentan menor adherencia y no se asoció a polifarmacia (p > 0,055). Los resultados confirman que las mujeres son más sistemáticas en el cumplimiento de las indicaciones médicas.(18)

García Valle S. “Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural” (España, 2020). Método: estudio analítico - transversal. Se trabajó con 243 pacientes mayores de 65 años. Existe un riesgo significativo de abandono al tratamiento por parte de los hombres (76 y 80 años) y (81 y 85 años) y en mujeres (81

y 85 años) ($p < 0.05$). Se establece un riesgo significativo tanto en hombres como en mujeres, para aquellos que usan 5-6 fármacos, apreciándose que cuanto mayor es el número de medicamentos prescritos, mayor es el riesgo de abandonar o modificar el tratamiento ($p < 0.05$). (15)

Formetin Zayas M, Carbajales Leon E, Medina Fuentes G, Formetin Zayas D y Formetin Zayas M “*Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario Joaquín de Agüero y Agüero*”, (Cuba, 2021). Realizó un estudio transversal - descriptivo. De 98 pacientes, el género que más predominó fue el masculino (58.1%), predominó la polifarmacia con mayor de cuatro fármacos (89.7%) y tuvieron una adherencia parcial según el test de Morisky Green Levine (63.3%). (19)

Guerra C. et al. “*Medication Adherence in Hypertensive Individuals in Panama 2019: A National Cross-Sectional Study*” (Panamá, 2022). En la encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) del 2019 de una población de 3281 se encontró que la mujeres presentaban una adherencia baja a moderada en un 78.2% y se asoció con el nivel educativo: OR sin educación formal (0,77, IC 95% 0,28–2,14); educación primaria OR (0,76, IC 95% 0,38-1,56) y educación secundaria OR (0,90, IC 95% 0,48-1,70). En cuanto a los hombres la adherencia fue de 74,4% y se asoció con estudios secundarios (OR: 2,94; IC 95%: 1,03-8,36). (20)

NACIONAL

Alza Rodriguez J. “*Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del Hospital I Luis Albrecht Essalud*” (Trujillo, 2017). Realizó un estudio observacional – prospectivo - analítico en 380 pacientes. Se utilizó el test de Morisky - Green -Levine. Se encontró una baja adherencia a la terapéutica del 61.05%, ser mujer es un factor de riesgo [Chi cuadrado = 6,421. $p < 0,01$ OR=1,719 (IC 95%: 1,129 - 2,618)], la media de edad del grupo sin baja adherencia terapéutica fue 67.43 comparado con 71.20 con baja adherencia, siendo estadísticamente significativo (a mayor edad se asociada a baja adherencia terapéutica); el uso de 2 o más fármacos no es un factor de riesgo [Chi cuadrado = 2,93. $p < 0,054$ OR=1, 475 (IC 95%: 0,944 – 2.306)], el bajo nivel educativo no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado=0.2018 $p=0.363$

OR=1.101(IC 95%:0.729-1.663). Se concluyó que existe baja adherencia terapéutica y los factores de riesgo asociados son el género femenino, falta de apoyo familiar y menor edad. (21)

Cisneros Pisconte E. *“Factores de Riesgo para Mal Adherencia al Tratamiento Farmacológico de Hipertensión Arterial en Pacientes atendidos en Consultorio Externo de Cardiología del HCFAP entre Agosto y Octubre 2019.” (Lima, 2019).* Realizó un estudio observacional analítico, transversal y correlacional con una muestra de 301 pacientes. Se observó que 59.8% tuvo mala adherencia al tratamiento, las variables que se asociaron fue la edad mayor de 60 años (OR: 23.644), sexo masculino (OR: 3.158), con el grado de instrucción secundaria o menor (OR: 15.674), uso de 2 o más fármacos (OR: 17.630), tratamiento recibido mayor a 5 años (OR: 9.965) y el tener que pagar por los medicamentos (OR = 22.846) ($p < 0.0$). (22)

Salinas Febres L. *“Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital María Auxiliadora, febrero 2019, Lima-Perú” (Lima, 2019).* Realizó una investigación observacional, transversal, prospectiva, analítica, casos y controles. Se observó que las mujeres tienen mayor probabilidad de tener mala adherencia (OR=4.375), el no tener grado de instrucción tiene 8.8 veces más probabilidad de mala adherencia (OR=8.800) IC 95% [1.025 - 75.553], los pacientes con un tiempo de enfermedad entre 5 - 10 años tienen 5.84 veces más probabilidades de tener una buena adherencia terapéutica (OR=0.171) IC 95% [0.076 – 0.384]. (23)

Torres Vílchez B. *“Factores de riesgo asociados en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo” (Junín, 2019).* En el estudio observacional, retrospectivo, analítico tipo caso – control, se trabajó con pacientes hipertensos y con un tratamiento mayor de 6 meses. Se observó predominaron las mujeres (65.3%), grado de instrucción primaria (45.9%), más de 2 años de tratamiento (73.4%). Se concluyó que ser mujer es un factor de riesgo para la no adherencia $p < 0,05$ y OR = 2,62 (IC del 95% = 1,16 - 5,92). (24)

Ascarza Molina F. *“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes adultos mayores en un hospital de Lima, septiembre - noviembre 2018” (Lima, 2019).* Estudio observacional, analítico -

correlacional de corte transversal. De 182 pacientes, el 74.18% no es adherente al tratamiento, predominando el grupo etario entre 60 - 69 años (82.98%), las mujeres con 75%, los que no tenían grado superior (78.23%), pacientes con tiempo de enfermedad de 6 meses a 3 años, pacientes que usan de 2 a más fármacos (79.26%). Se concluye que los factores asociados a la no adherencia son: edad, grado de educación superior y el tiempo de enfermedad. (25)

Liñan Domingez A, Miñano Rosas I. *“Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo en pacientes del policlínico Victor Panta Rodriguez, Chimbote 2010” (Ancash, 2020).* Se trabajó con 386 pacientes y se aplicó la escala de Morisky, Green-Levine de 8 ítems, encontrándose que la mayoría no fueron adherente (58.55%) y los factores asociados fueron los efectos adverso, la disfunción familiar y la polifarmacia; así mismo, se vio que ser del sexo masculino es un factor protector para la adherencia (OR: 0,574 [IC 0.374 a 0.883]) al igual que el grado de instrucción (OR: 0.427 [IC: 0.230 a 0.790]). (26)

Buleje Moriano A. *“Factores de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento en adultos mayores atendidos en PADOMI ESSALUD - Ica en el año 2021” (Ica, 2022).* Realizó un estudio observacional, correlacional y transversal, trabajó con 60 personas. Se observó que 63% no tuvieron adherencia al tratamiento el 63.3%, cuyas características son: mayores de 75 años, sexo femenino, sin estudios o primaria completa. Se concluye que los factores de riesgo asociados son: pacientes de 75 años a más (OR = 3.29) y pacientes mujeres (OR = 4.65). (27)

Larrea Vera J y More Serrato J. *“Factores asociados a la no adherencia farmacológica y al tabaquismo en hipertenso del Perú, análisis secundario del ENDES 2019”. (Lambayeque, 2021).* En el estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo se trabajó con 2933 adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. Se observó que 46.35% no es adherente al tratamiento farmacológico, el sexo femenino 45.3% no es adherente, 43.92% tiene escolaridad. Se relacionó con los siguientes factores sociodemográfico: sexo, edad y el grado de instrucción.(11)

Montenegro Velásquez A, Dávila Uriarte M, Valladares Garrido M. *“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro*

Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por Covid - 19” (Chiclayo, 2022). Se realizó un estudio transversal -analítico, el cuestionario utilizado para medir adherencia fue el test de Morisky-Green y el instrumento de Bonilla y Gutiérrez para la evaluación de factores que influyen en la adherencia. De 234 participantes 52.7% no fueron adherentes al tratamiento, de las cuales 53.8% fueron mujeres, también se observó que la mediana de tiempo de enfermedad fue de 13,5 años, el cual está asociado positivamente a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo (RP=1.02, IC95% 1.01 - 1.03). (28)

Apaza Vilca C y Martínez Quispe U. “Factores que se asocian a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de cardiología del hospital Goyeneche - Arequipa - 2022” (Arequipa, 2022). Estudio descriptivo y de corte transversal. Se trabajó con 84 pacientes utilizando el Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau), de las cuales 89.3% presentaban baja y parcial adherencia al tratamiento y 10.7% si estaban adheridos. Los pacientes no adheridos el 100% son de sexo femenino; en cuanto al nivel de instrucción el 66.7% que no se adhieren tienen secundaria completa y el otro 33.3% tiene primaria completa; un 66.7% tiene una edad mayor o igual a 68 años y un 33.3% está entre los 57 y 67 años.(29)

2.2. BASES TEÓRICAS

Definición de Hipertensión arterial

Según la “Guía técnica: guía práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva” dada por el MINSA en el año 2015, define como: “*elevación de la presión arterial (PA) por encima de los niveles adecuados, siendo el punto de corte para la presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg y para la diastólica mayor igual a 90 mmHg en la población adulta ≥ 18 años*”; esta definición se basa en guía Europea ESC/ESH 2018.(30) Otra definición según las guías Norteamericanas como la American College of Cardiology, la American Heart Association (ACC/AHA 2017) definen a la hipertensión arterial como aquella presión arterial igual o mayor a 130 / 80 mmHg.(31) También menciona que es: “*una enfermedad vascular arterial, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva*”, esta patología no es curable, pero se puede controlar con el fin de reducir eventos cardiovasculares. (31,32)

Epidemiología

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica silenciosa porque no produce ningún síntoma, incrementando el riesgo de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular. Es el responsable del 30% de muertes en la mayoría de los países de las Américas, en otros países llega hasta el 48%.(32)

Para el 2021 en Perú, según las mediciones de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) un 17.2% de personas mayores de 15 años presentó HTA, predominando los hombres (21.8%) más que las mujeres (12.8%); las personas diagnosticadas por un médico fue del 9.8% de los cuales las más afectadas en un 11.7% eran mujeres y 7.9% los hombres; en cuanto al tratamiento un 61.2% compro medicamentos con receta médica en los últimos 12 meses, siendo mayor en mujeres con 61.5% y en hombres 60.8%; así mismo, en cuanto al diagnóstico la costa tuvo 10.7% de diagnosticados seguidos por la Selva con 8.6% y Sierra con 8.5%; en cuanto al tratamiento en la Costa 65% recibió tratamiento, seguido por la Selva con 50.4% y Sierra 49.9%. (33)

Factores de riesgo

No modificables:

- Género: siendo mayor en varones que en mujeres.
- Edad: aumento progresivo de hipertensión en relación a la edad, en mayores de 55 años en caso de los varones y mayor de 65 años en caso de las mujeres.
- Antecedentes familiares de hipertensión

Modificables

- Resistencia a la insulina o diabetes
- Tabaquismo
- Dislipidemias
- Sedentarismo, se ha visto que incrementó de 2,4 kg/m² en el índice de masa corporal resulta en mayor riesgo de desarrollar la hipertensión
- Estrés
- Obesidad
- Dieta inadecuada (alto consumo de sal, insuficiente consumo de frutas y verduras, dieta rica en grasas saturadas y trans) (5,34)

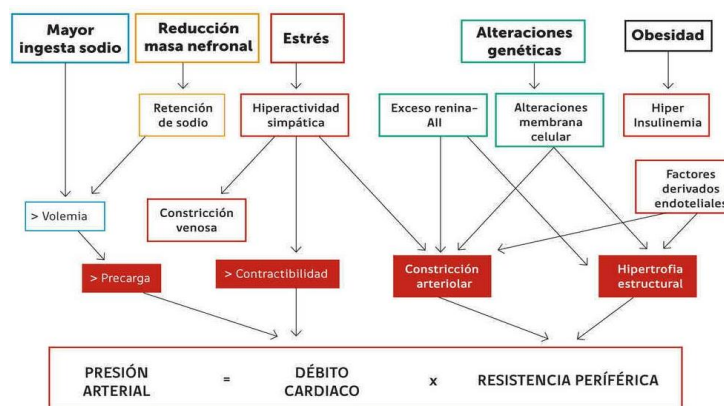
Etiología

- **Primaria:** Se da en 90 - 95% casos, no tendrá una causa concreta, pudiendo tener factores relacionados pero no directamente a una causa - efecto.
- **Secundaria:** Se da en el 5 - 10% de los pacientes hipertensos, se dirige a una causa determinada o grupo, entre las causas más frecuentes:
 - Enfermedad renal parénquimal o renovascular
 - Enfermedad endocrina como hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, hipertiroidismo, etc.
 - Neoplasias.
 - Medicamentos: agentes vasoconstrictores, antidepresivos, tricíclicos, anticonceptivos hormonales, etc. (35)

Fisiopatología

La presión arterial (PA) es el resultado de la presión ejercida por la sangre contra la pared arterial; se representa mediante 2 valores: presión arterial sistólica (PAS) que se produce cuando el corazón se contrae y eyecta la sangre a todo el organismo, mientras que la presión diastólica (PAD) viene a ser cuando el corazón se relaja y se llena de sangre; el resultado se expresa colocando el número de la PAS / PAD. (36,37) La PA está determinada por: débito cardíaco y resistencia periférica total (FIGURA 1). (37)

Figura 1



Revista Médica Clínica Las Condes. 2018;29:12-20

Existen múltiples mecanismos que conlleva a la hipertensión arterial: la disfunción de la endotelina (vasoconstrictor local muy potente), ruptura del equilibrio de factores relajantes (por ejemplo: óxido nítrico) y factores vasoconstrictores (por ejemplo: endotelina); estos factores promueven la proliferación celular así como liberación de sustancia protrombóticas y procoagulantes que precipitan la aterosclerosis precoz. (38,39)

A la larga si la hipertensión arterial no se previene, no se diagnostica a tiempo o no se controla, ya sea con el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico trae consigo las siguientes complicaciones:

- Hipertrofia e hiperplasia vascular, incremento de la resistencia vascular periférica causando hipertrofia miocárdica y predisponiendo a la aterosclerosis.
- Alteraciones cardiacas como: insuficiencia cardiaca, isquemia al miocardio y arritmias.
- En el cerebro puede ocasionar hemorragias, isquemia y encefalopatía.
- Alteraciones oftalmológicas como la retinopatía hipertensiva.
- Alteraciones urológicas como la disfunción eréctil.
- Alteraciones renales como la insuficiencia renal. (38)

Manifestaciones clínicas

Es asintomática, por lo que es frecuente identificarla cuando el paciente ya tiene las complicaciones crónicas mencionadas anteriormente; aunque en el caso de crisis hipertensiva si hay síntomas como: cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. (28)

Diagnóstico

El diagnóstico se da cuando el paciente presenta valores mayores o iguales de 140/90 mmHg de presión arterial, en tomas repetidas.

En personas con PA normal (PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg), mayores de 18 años y sin factores de riesgo, el control se debe repetir cada 5 años; de encontrarse al menos un factor de riesgo o valores de PAS 120 - 139 o PAD 80 - 89 mmHg debe tener un control anual. (38)

La Guía Europea del 2018 menciona que la PA es muy variable, motivo por el cual el diagnóstico no debe basarse en una sola lectura en la consulta, por eso esta guía respalda el uso del MAPA o AMPA (FIGURA 2) como una estrategia para las mediciones repetidas en la consulta para el diagnóstico de HTA.(40)

Figura 2

MAPA	AMPA
<p><i>Ventajas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede identificar la HTA de bata blanca y la HTA enmascarada • Mayor potencia pronóstica • Mediciones nocturnas • Medición en situaciones cotidianas • Fenotipos de PA pronósticos adicionales • Abundante información en una sola sesión, incluida la variabilidad de la PA en periodos cortos 	<p><i>Ventajas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede identificar la HTA de bata blanca y la HTA enmascarada • Método económico y ampliamente disponible • Medición en el domicilio, que puede ser más relajada que en la consulta • Paciente comprometido con la medición de la PA • Fácil de repetir y usar en largos periodos para evaluar la variabilidad de la PA de día en día
<p><i>Desventajas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Método costoso y poco disponible • Puede ser incómodo para el paciente 	<p><i>Desventajas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo se puede medir la PA estática • Posibles errores de medición • No registra la PA nocturna*

AMPA: automedición de la presión arterial; HTA: hipertensión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial.
 *Se están desarrollando técnicas que permiten la medición de la PA nocturna con dispositivos de automedición de la PA.

Fuente: Guía Europea ESC/ESH 2018

Tratamiento

El objetivo del tratamiento en general es para mantener la presión arterial debajo de ciertos niveles con el fin de reducir las complicaciones a futuro, este manejo será en base a los niveles de complejidad del riesgo cardiovascular. La guía del MINSA menciona que la terapia farmacológica lo reciben aquellos hipertensos que tengan:

- riesgo cardiovascular bajo y quienes no han logrado las metas de PA al realizar cambios de estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses.
- Nivel de PAS \geq 160 mmHg o PAD \geq 100 mmHg.
- Riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de presión arterial. (38)

Según la: “Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención - 2011 - MINSA”, presenta dos esquemas para el tratamiento farmacológico de la hipertensión.

- **Esquema 1:** se usa cuando tiene menos de 3 factores de riesgo cardiovascular e estadio 1:
 1. iniciar con un IECA con evaluación cada 4 semanas.
 2. Si no se logra el objetivo de PA < 140/90 mmHg agregar un diurético con evaluación cada 4 semanas.
 3. De no lograrse con el objetivo, añadir un calcio antagonista con evaluación cada 4 semanas.
- **Esquema 2:** Cuando tiene más de 3 factores de riesgo cardiovascular o estadio 2

1. Iniciar tratamiento combinado de un IECA + diurético.
2. De no lograrse con el objetivo, agregar un calcio antagonista. La evaluación de la respuesta será cada 2 a 4 semanas.(41)

Guía Europea de HTA (ESH/ESC) del 2018, en cuanto al tratamiento farmacológico vuelve a recomendar las 5 clases de fármacos y el beneficio de su uso se fundamenta en la reducción de la PA, otros medicamentos fuera de este grupo se han asociado con mayor riesgo de efectos secundarios. A continuación se presenta estos 5 grupos:

1. **Bloqueadores del sistema renina-angiotensina (SRA):** se tiene a los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II), presentan menores tasas de eventos adversos. (40)
2. **Bloqueadores de los canales del calcio:** pueden ser menos efectivos en la prevención de insuficiencia cardiaca, son más efectivos que los betas bloqueadores para retrasar la progresión de la aterosclerosis carotídea y reducción de proteinuria.
3. **Diuréticos tiazídicos y análogos tiazídicos:** previenen la insuficiencia cardiaca, se asocian con efectos metabólicos que incrementan la resistencia a la insulina y con el riesgo de diabetes de nueva aparición.
4. **Bloqueadores beta:** reducen el riesgo de ictus, insuficiencia cardiaca y las complicaciones cardiovasculares graves. Tiene efectos secundarios favorables que los bloqueadores del SRA y una mayor tasa de interrupción de tratamiento. Cuando se combinan, se asocian con un aumento del riesgo de diabetes de nueva aparición. (40)

Según los estudios, la monoterapia proporciona poca reducción adicional de PA si esta se incrementa en dosis o se sustituye por otra, lo que sí puede ser incrementar el riesgo de reacción adversa; por ello, se recomienda realizar combinaciones entre los grupos mencionados, exceptuando a los IECA y ARA por demostrar ningún beneficio. Pese a las estrategias mencionadas las tasas de control siguen siendo escasas, el factor causante más importante se relaciona con la adherencia al tratamiento, pues en estudios en donde se emplearon métodos directos como análisis de orina o sangre determinaron baja adherencia a la medicación demostrando de esta manera la baja adherencia; también se ha observado en

estudios de la población en general en donde la adherencia es < 50% y se asocia con el aumento de riesgo cardiovascular. (41)

Definición de adherencia farmacológica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adherencia es *“el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”*.(42) También se define como: *“Número total de días de toma de medicación de acuerdo con las pautas del prescriptor durante el periodo de seguimiento.”*(43)

Definición de no adherencia farmacológica

“Dificultad en iniciar el tratamiento dado, suspensión temporaria o abandono de los medicamentos o terapias prescritas, errores en la omisión de las dosis de los medicamentos, equivocarse al ingerir los medicamentos en las horas y/o dosis indicadas, no modificar su estilo de vida necesario para mejorar en su estado de salud física o emocional, y posponer el hacerse las pruebas médicas indicadas, entre otro”(44). Motivo por el cual es considerado como un problema de salud pública prevalente en especial para las enfermedades crónicas. Por otro lado, la OMS menciona que: *“la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la interacción de 5 factores o dimensiones”*, estos factores son:

- Factor socioeconómico: costo de tratamiento, carencia de cobertura sanitaria, clase social baja o tener problemas económicos. Es primordial destacar el soporte que brinda la familia y la sociedad, ya que un buen soporte emocional se asocia con una mejor adherencia al tratamiento.(43,45)
- Sistema de salud: servicios de salud poco desarrollados, reembolsos inadecuados o inexistentes, mala administración en la distribución de medicamentos, ausencia de incentivos y sistemas de retroalimentación, etc. El que más influye es la relación médico - paciente, de no existir ocasiona una comunicación ineficiente para ambas partes, así como falla en la confianza y percibir la atención recibida como insatisfactoria, también influye que al paciente no se le brinde la información necesaria acerca de la enfermedad que padece y su tratamiento.(42,45)

- Enfermedad: dependerá de los síntomas y el nivel de discapacidad que éste ocasione, la tasa de progresión, etc. van a modificar su comportamiento terapéutico. Se ha visto que la inexistencia de los síntomas o la mejoría son una barrera para el cumplimiento terapéutico; a diferencia de la severidad y la discapacidad que se le ve como efecto positivo para la adherencia. Se ha visto que las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas.(42,43,45)
- Tratamiento: depende de la complejidad, duración, cambios frecuentes, fracasos previos, efectos secundarios, etc. La forma de administración del medicamento (en ayunas, con comida o de forma separada con otros fármacos) empeoran la adherencia al tratamiento; otro aspecto que puede modificar la adherencia es la presentación del fármaco (tamaño, sabor, forma de administración) y en cuanto a la duración del tratamiento se ha visto que si son de larga duración puede afectar negativamente. También se ha visto que el uso de la monoterapia da a lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis.(42,43,45)
- Paciente: recursos económicos, conocimiento, actitudes, creencias, percepciones, etc. El más investigado es la edad, pues cuanto más joven menor es la adherencia, al igual que el deterioro cognitivo, problemas de atención o memoria, a diferencia del estado civil ya que se ha visto que el matrimonio es un factor facilitador para la adherencia al tratamiento. Así mismo, el nivel de conocimiento y creencias que se sobre la enfermedad, la personalidad es un factor modificador para afrontar el diagnóstico y conciencia de la enfermedad. Otras veces la causa es simplemente olvido o dificultad a la hora de conseguir la medicación.(42,43,45)

Entonces, la adherencia deficiente repercute en el aspecto psicosocial, clínico y económico de la persona que recibe el tratamiento, independiente de su edad y situación clínica ocasionando por:

1. Aumento de costos médicos
2. Análisis de laboratorio innecesarios
3. Cambio de dosis o de medicamentos

4. Cambio del plan de servicio de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional.
5. Las visitas continuas a la sala de emergencia
6. Hospitalizaciones recurrentes
7. Deterioro de la salud
8. Surgimiento o exacerbación de problemas emocionales.(44)

Modelos teóricos del cumplimiento terapéutico

- a. Modelo de cumplimiento en salud (health compliance model - HCM) - Heiby y Carlston; hace un recorrido unilateral, incluyendo tres variables que son evaluadas como beneficios o inconvenientes que afectan al paciente:
 - características del tratamiento o situacionales
 - al paciente o de carácter subjetivo
 - las consecuencias sociales, personales y económicas.
- b. Modelo sistémico de cuidados preventivos (MSSP) - Walsh y McPhee; analiza al paciente externa e internamente abordando aquellos factores que tiene el médico como paciente, considerando estos tres factores predisponentes:
 - características sociodemográficas, creencias culturales – religiosas, motivaciones, etc.
 - factores facilitadores o capacitadores: conocimientos, habilidades del paciente, las capacidades y competencias que posee el médico.
 - factores reforzadores: efectos positivos del tratamiento para el paciente, apoyo recibido de su entorno social y satisfacción por los beneficios percibidos con el tratamiento
- c. Modelo de predicción de comportamientos de salud (MPCS)- Pender; se centra en las perspectivas de los diferentes aspectos de la patología - tratamiento, ámbito social y de las ventajas y desventajas que genere, como:
 - Factores sociodemográficos relacionados con prácticas y creencias.

- Percepción individual sobre la salud, la enfermedad y los beneficios del tratamiento.
- Percepción sobre problemas y obstáculos en el cambio de estilo de vida.
- Desencadenantes o alertadores de malestar del paciente como fatiga y otros signos o síntomas corporales.
- Probabilidad de adopción de comportamientos de salud.(46)

Métodos - instrumentos para medir la adherencia terapéutica farmacológica

- a. Métodos directos: consiste en “*Determinación de la concentración del fármaco o su metabolito o un biomarcador en una muestra biológica*”, no está disponible para todos los medicamentos y solo se ha realizado con fármacos como los antirretrovirales, antipsicóticos y antiepilépticos; su uso como marcadores para la adherencia se puede utilizar en: hemoglobina glicosilada, ion de bromuro, ácido úrico o riboflavina, etc. Son más objetivos y proporcionan mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria, por lo que tampoco son ajustables en la práctica clínica habitual, pero sí en ensayos clínicos o en algunas patologías de impacto. Otra desventaja es la determinación bioquímica o marcador del fármaco que informa si el paciente tomó recientemente el medicamento por lo que la información puede ser simplista debido a la “adherencia de bata blanca”, lo que quiere decir, que solo se toma la medicación de forma correcta antes de la visita médica, pero después deja de hacerlo. Por otro lado, también se incluye la terapia directamente observada en la cual el paciente puede esconder premeditadamente el medicamento en la cavidad bucal, para luego desecharla cuando ya no se le está observando.(47,48)
- b. Métodos indirectos: Basado en la entrevista clínica en la que se incluye una evaluación de la información que proporciona el paciente o el cuidador. Es más sencillo, factible aplicarlo en la práctica clínica diaria y tiene un menor costo; en la práctica real algunos optan por la acoplar los métodos para obtener una medida más real y exacta de la adherencia al régimen terapéutico. (47,48)

El Test más utilizado es el de Morisky - Green o también denominada Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4); la cual ha sido validada para patologías crónicas como: hipertensión, dislipemia, diabetes y enfermedad de Parkinson. Determinan si la persona cumple el tratamiento farmacológico y las actitudes del paciente frente a este. (47,49)

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Presión arterial:** Fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.
- **Hipertensión arterial:** Elevación de la presión arterial por encima de los niveles normales, siendo estos una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg.
- **Terapia farmacológica:** Tratamiento con alguna sustancia que no sea alimentos, usados para prevenir, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.
- **Antihipertensivo:** medicamento utilizado para disminuir el riesgo cardiovascular en los pacientes con hipertensión arterial controlando la presión arterial hasta niveles adecuados.
- **Adherencia farmacológica:** grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.
- **Mala adherencia farmacológica:** dificultad en iniciar el tratamiento dado, suspensión temporaria o abandono de los medicamentos o terapias prescritas.
- **Edad:** Tiempo de vida expresado por lo general en años transcurridos desde su nacimiento.
- **Sexo:** conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculino y femenino.
- **Grado de instrucción:** Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están en provisional o definitivamente incompletos.

- **Tiempo de enfermedad:** Tiempo transcurrido desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad.
- **Cantidad de fármacos prescritos:** Medicamentos que han sido prescritos a un paciente en particular, marca el inicio de un tratamiento a través de las órdenes médicas, redactadas tanto en el expediente hospitalario, como en la receta emitida al paciente.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS:

Hipótesis general

Existen factores que se relacionan con la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos en el consultorio externo de cardiología - Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.

Hipótesis específicas

- La edad es un factor de riesgo para la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- El sexo femenino es un factor de riesgo para la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- El no tener grado de instrucción superior es un factor de riesgo para la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- El tiempo de enfermedad es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- El uso de > 2 fármacos es un factor de riesgo para la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Hipótesis nula (H₀)

La edad, el sexo, el grado de instrucción, el tiempo de enfermedad y la cantidad de fármacos prescritos no se relacionan con la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

- **Mala adherencia farmacológica:** dificultad en iniciar el tratamiento dado, suspensión temporaria o abandono de los medicamentos o terapias prescritas.

- **Edad:** Tiempo de vida expresado por lo general en años transcurridos desde su nacimiento.
- **Sexo:** Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.
- **Grado de instrucción:** Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están en provisional o definitivamente incompletos.
- **Tiempo de enfermedad:** Tiempo transcurrido desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad.
- **Cantidad de fármacos prescritos:** Medicamentos que han sido prescritos a un paciente en particular, marca el inicio de un tratamiento a través de las órdenes médicas, redactadas tanto en el expediente hospitalario, como en la receta emitida al paciente.

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, analítico y transversal.

- Observacional: ya que no existió intervención del investigador limitándose a medir el fenómeno y describirlo tal y como se encontró presente en la población de estudio.
- Analítico: se pretendió descubrir la hipotética relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto, es decir, establecer una relación causal.
- Transversal: Se efectuó el estudio en un momento determinado de la evolución de la enfermedad o evento de interés.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Todos los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de Cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.

El tamaño de la muestra para el estudio estuvo conformado por 335 pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" – Lima. Para el cálculo de tamaño de muestra en estudios transversales analíticos se utilizó el Sample Size Calculator.

$$n' = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P_M(1-P_M)} - z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$P_M = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$n = \frac{n'}{4} \left[1 + \sqrt{1 + \frac{4}{n' * |P_1 - P_2|}} \right]^2$$

P1: Frecuencia con el factor	0.74
P2: Frecuencia sin el factor	0.59
Nivel de confianza	0.95
Poder estadístico	0.80
n': tamaño de muestra sin corrección	145
n : tamaño de muestra con corrección de yates	158
Tamaño de muestra expuestos	158
Tamaño de muestra no expuestos	158
Tamaño de muestra total	316

El 74% de la población sin estudios/primaria completa no tiene adherencia, esto corresponde a P1. El 59% de la población con secundaria completa/superior no tiene adherencia, esto corresponde a P2, ambos resultados se obtuvieron del estudio del Buleje A. (25)

Asimismo, al tamaño de muestra de 316 pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz", se incrementó una tasa de no respuesta del 6% por los rechazos que puede ocurrir durante el recojo del dato, resultando la muestra final de 335 pacientes.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	CATEGORÍA DE LA UNIDAD
Mala adherencia farmacológica	La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica	Respuestas que no tengan el orden NO, SI,NO,NO al test Morisky por parte del paciente.	Ordinal Dicotómica	Dependiente	Cualitativa	0 = Mala adherencia 1 = Buena adherencia al tratamiento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años registrado en historia clínica	Razón Discreta	Independiente	Cuantitativa	años cumplidos
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Género registrado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente	Cualitativa	0 = masculino 1 = femenino
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o no, registrado en la historia clínica	Ordinal Politómica	Independiente	Cualitativa	0 = Primaria 1 = secundaria 2 = técnico / superior
Cantidad de fármacos prescritos	Medicamentos que han sido prescritos a un paciente en particular, marca el inicio de un tratamiento a través de las órdenes médicas, redactadas tanto en el expediente hospitalario, como en la receta emitida al paciente.	Número de fármacos registrados en la historia clínica, en la última consulta.	Razón	Independiente	Cualitativa	0 = monoterapia 1 = no monoterapia
Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad.	La resta entre la fecha de aplicación de la encuesta y la fecha del diagnóstico de hipertensión.	Razón Discreta	Independiente	cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico e inicio de tratamiento

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se hizo uso de dos técnicas de recolección de datos: La técnica de análisis de contenido documental para los datos sociodemográficos y la prescripción terapéutica del paciente registrado en la historia clínica, y la técnica de encuesta tipo entrevista para obtener información de la adherencia al tratamiento, así como para corroborar la información obtenida de la historia clínica.

Los instrumentos a utilizados fueron la ficha de recolección de datos y el test de Morinsky Green (ANEXO 3). La ficha de recolección de datos contara con: edad, sexo, grado de instrucción, cantidad de fármacos prescritos y tiempo de enfermedad; porque en las bibliografías revisadas concluían que dichos factores influían en la adherencia terapéutica.

Para la presente investigación se realizó una encuesta utilizando el cuestionario de adherencia a la medicación de Morisky-Green-Levine o Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) de cuatro ítems, se aplicó a los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de Cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023. La encuesta estuvo conformada por 4 preguntas de respuesta dicotómica (SÍ/NO) que evalúa las actitudes del paciente sobre la medicación; se considera adherente al tratamiento si responde correctamente las 4 preguntas (NO/SÍ/NO/NO). Este test ha sido validado para distintas patologías crónicas: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas. Posee un valor alfa de Cronbach de 0,61; especificidad de 94% y un valor predictivo positivo de 91,6%. (47)

- | | |
|--|----|
| 1) ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? | NO |
| 2) ¿Toma la medicación a la hora indicada? | SI |
| 3) ¿Cuándo se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación? | NO |
| 4) ¿Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación? | NO |

Para la ejecución de la investigación se solicitó a las autoridades del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" – Lima el permiso para acceder al servicio donde se recolectó la información. Los pacientes que formaron parte del estudio fueron captados en el consultorio externo del servicio de Cardiología. El paciente fue invitado a participar de manera voluntaria y anónima, se le explicó los detalles del estudio, una vez obtenido el consentimiento informado (ANEXO 2) se procedió al llenado de la ficha de datos y el test de Morisky, se validó la información obtenida con la historia clínica respecto a los datos relacionados al propio paciente y la tratamiento prescrito.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

La selección de la muestra fue por el método no probabilístico por conveniencia, con pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio y que

accedieron a participar, fueron seleccionados consecutivamente por orden de aparición y el proceso finalizó cuando se completó el tamaño de muestra establecido.

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial.
- Pacientes aptos para brindar información y dar su consentimiento para realizar la encuesta.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial, por un periodo mayor a 1 año.
- Pacientes mayores de 18 años.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes no diagnosticados de hipertensión arterial
- Pacientes que no se encuentren con la capacidad de brindar su consentimiento o información para la realización de la encuesta.
- Pacientes hipertensos que no reciban tratamiento farmacológico
- Pacientes que no deseen colaborar con la investigación.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se hizo uso de estadística descriptiva: promedio y desviación estándar para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. Para evaluar los factores asociados a la mala adherencia terapéutica se aplicó regresión logística que es una técnica estadística multivariante utilizada para estimar la relación que existe entre una variable dependiente cualitativa, en particular dicotómica y un conjunto de variables explicativas (independientes) cualitativas o cuantitativas.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación empleó técnicas y métodos de investigación documental y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables.

Se tuvo en consideración la declaración de Helsinki, por ello se presentó el consentimiento informado donde se brindó información adecuada sobre el tema y los objetivos de la

investigación, se le invitó al paciente a participar de manera voluntaria y anónima.

Esta información se utilizó con fines exclusivamente académicos, cumpliendo con los principios de bioética:

- Autonomía: “*Aquel que actúa libremente de acuerdo con un plan auto escogido*”, el paciente es el que decidió participar voluntariamente del estudio, así mismo pudo decidir cuándo retirarse del estudio.
- Beneficencia: “*prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros*”. Este estudio busca mejorar la salud del paciente y así mismo servir como fuente de estudio para otras investigaciones.
- No maleficencia: “*consiste en no infringir daño intencionadamente*”. Este estudio no busca afectar la integridad del paciente ni la imagen de la institución.
- Justicia: “*dar a cada uno lo suyo*”. La veracidad de la información será garantizada mediante el tiempo propuesto de la ejecución de la investigación.

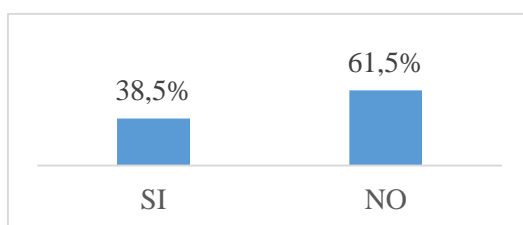
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Para el presente trabajo participaron 335 pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo del servicio de cardiología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz.

Se trabajó con las variables edad, el sexo, el grado de instrucción, tiempo de enfermedad y cantidad de fármacos prescritos como factores relacionados a la mala adherencia al tratamiento.

Grafica N°1. Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos atendidos en consultorio externo cardiología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz.



Fuente: propia del autor.

Como se muestra en la **gráfica N°1** de los 335 pacientes hipertensos atendidos en consultorio externo del servicio de cardiología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz, de los cuales el 61.5% (n = 206) de los pacientes no son adherentes al tratamiento farmacológico y el 38.5% (n = 129) si son adherentes.

Tabla N°1. Análisis univariado de pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico atendidos en consultorio externo del servicio de cardiología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz.

VARIABLES		n	%
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	Total	335	100.0
	SI	129	38.5
	NO	206	61.5
EDAD	Total	335	100.0
	Media +/-DS	69.28+/-10.85	
	< 69 años	162	48.4
	>= 69 años	173	51.6
SEXO	Total	335	100.0
	varones	166	49.6
	mujeres	169	50.4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Total	335	100.0
	técnico/superior	166	49.6
	secundaria	147	43.9
	primaria	22	6.6

CANTIDAD DE FARMACOS	Total	335	100.0
	Media +/-DS	2.15 +/- 1.09	
	1	130	38.8
	>=2	205	61.2
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Total	335	100.0
	< 10 años	203	60.6
	>=10 años	132	39.4

Fuente: propia del autor.

En la **Tabla N°1** se observa que el 61.5% (n = 206) de los pacientes no son adherentes al tratamiento farmacológico y el 38.5% (n = 129) si son adherentes. El mayor porcentaje de pacientes encuestado tiene menos de 69 años con un 48.9% (n = 162). Con respecto al sexo, el 49.6% (n = 166) son varones y 50.4% (n = 169) son mujeres. En cuanto el grado de instrucción, el mayor porcentaje de encuestados tiene como grado de instrucción técnico / superior con 49.6% (n = 166), seguido por los que tienen secundaria con un 43.9% (n = 147) y por último el grupo con estudios primarios con 6.6% (n = 22). El 60.6% (n = 203) tienen un tiempo de enfermedad menor de 10 años y un 39.4% (n = 132) más de 10 años. En cuanto al tratamiento prescrito un 38.8% (n=130) tienen indicado un fármaco y 61.2% (n=205) tiene indicado de 2 a más fármacos.

Tabla N°2. Análisis bivariado de pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico atendidos en consultorio externo del servicio de cardiología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz.

VARIABLES		Total		SI		NO		chi-cuadro	p valor
		Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas		
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Total	335	100.0	129	100.0	206	100.0	13.805	p<0,0001*
	< 10 años	203	60.6	62	48.1	141	68.4		
	>= 10 años	132	39.4	67	51.9	65	31.6		
EDAD	Total	335	100.0	129	100.0	206	100.0	13.547	,000*
	< 69	162	48.4	46	35.7	116	56.3		
	>= 69	173	51.6	83	64.3	90	43.7		
SEXO	Total	335	100.0	129	100.0	206	100.0	8.625	,003*
	masculino	166	49.6	77	59.7	89	43.2		
	femenino	169	50.4	52	40.3	117	56.8		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Total	335	100.0	129	100.0	206	100.0	1.299	0.522
	técnico/superior	166	49.6	67	51.9	99	48.1		
	secundaria	147	43.9	52	40.3	95	46.1		
	primaria	22	6.6	10	7.8	12	5.8		
CANTIDAD DE FARMACOS	Total	335	100.0	129	100.0	206	100.0	38.871	,000*
	1	130	38.8	23	17.8	107	51.9		
	>=2	205	61.2	106	82.2	99	48.1		

Fuente: propia del autor.

En la **Tabla N°2** se observa que los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico como el tiempo de enfermedad, edad, sexo y cantidad de fármacos prescritos están asociados de manera estadísticamente significativa, con un p-valor < 0.05. El factor que no se asoció de manera estadísticamente significativa fue el grado de instrucción.

Tabla N°3. Análisis bivariado de factores asociados a la mala adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en consultorio externo cardiología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz.

VARIABLES		95% de intervalo de confianza RPc			
		p valor	RPc	Inferior	Superior
EDAD	< 69	0.000	1.376	1.158	1.636
	>= 69		1		
SEXO	masculino	0.004	0.774	0.651	0.921
	femenino		1		
GRADO DE INSTRUCCION	Técnico/superior	0.644	1.052	0.848	1.306
	secundaria	0.364	1.106	0.890	1.375
	primaria		1		
CANTIDAD DE FARMACOS	>= 2	0.000	0.587	0.499	0.690
	1		1		
TIEMPO DE ENFERMEDAD	< 10 años	0.000	1.224	1.103	1.359
	>= 10 años		1		

Fuente: propia del autor.

En la **Tabla N°3** se observa que las personas menor de 69 años tienen 37.6% veces más prevalencia de mala adherencia en comparación con los de mayo y/o igual a 69 años. Así mismo, el sexo masculino tienen menos 22.6% de prevalencia de mala adherencia en comparación de las mujeres. En cuanto al grado de instrucción no tiene asociación a la mala adherencia. Por otro lado, el uso de mayor y/o igual de 2 fármacos tienen menos 41.3% de prevalencia de mala adherencia en comparación a los que utilizan 1 solo fármaco y los que tienen menos de 10 años de tratamiento farmacológico tienen 22.4% más prevalencia de mala adherencia.

Tabla N°4. Análisis multivariado de factores asociados a la mala adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz.

VARIABLE		95% de intervalo de confianza de RP ajustado			
		p valor	RP ajustado	Inferior	Superior
EDAD	< 69 años	p<0,0001*	1.410	1.189	1.672
	>= 69 años		ref.		
GENERO	Masculino	0.005 *	0.782	0.660	0.927
	Femenino		ref.		
GRADO DE INSTRUCCION	Técnico superior	0.633	1.090	0.766	1.550
	Secundaria	0.193	1.283	0.882	1.866
	Primaria		ref.		

CANTIDAD DE FARMACOS	>= 2	p<0,0001**	0.583	0.498	0.683
	1		ref.		
TIEMPO DE ENFERMEDAD	< 10 años	0.105	1.176	0.967	1.430
	>= 10 años		ref.		

* Significativo

Nota: ajustado a edad, género, grado de instrucción, cantidad de fármaco y tiempo de enfermedad.

Fuente: propia del autor.

En la **tabla N°4** se evidencia que los que tienen menos de 69 años tienen 1.4 más veces de mala adherencia (RPa: 1.41, IC95%: 1.189 a 1.672). Ser hombre disminuye la probabilidad de tener mala adherencia al tratamiento farmacológico (RPa: 0.78, IC95%: 0.66 a 0.927). Tener grado de instrucción no está asociado a la mala adherencia. El uso de más y/o igual de 2 fármacos tiene menos probabilidad de mala adherencia al tratamiento farmacológico (RPa: 0.583, IC95%: 0.498 a 0.683). Por otro lado, un tiempo de enfermedad menor de 10 años tiene 1.176 de probabilidad de mala adherencia al tratamiento (RPa: 1.17, IC95%: 0.96 a 1.43).

En la **Tabla N°4**, la edad, el sexo y el número de fármacos prescritos tuvieron una asociación de significativa con la mala adherencia al tratamiento farmacológico, con un p-valor < 0.05; mientras que el grado de estudios y el tiempo de tratamiento no tuvieron asociación significativa.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación de 335 pacientes, 61.5% no son adherentes al tratamiento farmacológico. Hallazgos parecidos se encontraron en estudios internacionales, en donde según lo descrito por **Sanabria C y Guzmán F**(17) 60% de pacientes hospitalizados y 89% ambulatorio no eran adherentes al tratamiento farmacológico. Así mismo, según estudios nacionales, 61.05% de pacientes según **Alza J.** (21) y 89.3% presentaban baja y parcial adherencia al tratamiento según el estudio de **Apaza A y Martínez U**(29). No es raro encontrar mala adherencia al tratamiento farmacológico, pero se ha visto que es frecuente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo como el Perú. A diferencia de lo expuesto anteriormente, se encontró en un estudio realizado en Cuba por **Ramírez A et al.**(18) en donde el 73,8% eran adherentes al tratamiento. Estas diferencias podrían relacionarse con diversos factores que influyen a la adherencia al tratamiento, como el factor socioeconómicos la cual incluye la pobreza, el analfabetismo, nivel educativo deficiente, lejanía del centro de tratamiento, cultura - creencias respecto a la enfermedad, alto costo de la medicación y redes de apoyo social efectivos; así mismo, se puede ver afectado por la gravedad de síntomas, grado de la discapacidad, progresión y gravedad de la enfermedad. También, influye el sistema de asistencia sanitaria, debido a que aún existen servicios de salud poco

desarrollados, mala distribución de medicamentos, falta de conocimiento y falta de adiestramiento por parte del personal sanitario, existiendo poca capacidad del sistema para educar al paciente o consultas cortas; sin embargo, el factor más importante está en relación con el mismo paciente, el cual depende de sus recursos, conocimiento, actitudes – creencias, percepción y expectativas.(50)

Se encontró una asociación significativa con la edad y la no adherencia al tratamiento, en donde el grupo etario menor de 69 años tienen 1.4 más probabilidad de mala adherencia en comparación con mayor y/o igual de 69 años. Esto se corresponde con estudios internacionales como el de **Ramírez A et al.** (18), en donde los pacientes entre 40 y 59 años eran menos adherentes (OR=31.3, 1.5 – 2.26), y en el estudio de **Sanabria C y Guzmán F**(17), en donde el grupo etario de 60 a 69 años no tuvo adherencia al tratamiento (OR= 2,04; 95%:0,49-8,30). Esto hallazgo, se contradice a lo que la literatura menciona: a más años de vida aumenta la probabilidad de no adherirse al tratamiento farmacológico; así como lo descrito por **Buleje Moriano A**(27) en donde los pacientes mayores de 75 años presentan mayor probabilidad de no adherencia al tratamiento. Esto se podría explicar por su relación con el proceso biológico del envejecimiento del adulto mayor en la cual hay deterioro cognitivo y de memoria, siendo el principal motivo de no adherencia al tratamiento el olvido. Esto se puede evidenciar en el estudio de **Nieto Poveda y Parra Olarte**(52) en donde encontraron que dentro del grupo etario mayores de 60 años un 56.6% manifestó que alguna vez olvidó tomar la medicación y un 57.1% olvidó tomar los medicamentos a la hora establecida.

Se encontró que ser hombre disminuye la probabilidad de tener mala adherencia al tratamiento farmacológico. Datos similares se encontraron en el estudio realizado por **Liñan A y Miñano I**(26) en donde ser hombre es un factor protector para la adherencia (OR: 0,574 [IC 0.374 a 0.883]). En contraposición, el estudio de **Alza J**(21), en donde ser mujer es un factor de riesgo [Chi cuadrado = 6,421. $p < 0,01$ OR=1,719 (IC 95%: 1,129 - 2,618)]; así mismo, **Salinas Febres L**(23) encontró que el sexo femenino tiene más probabilidades de tener una mala adherencia (OR=4.375) IC 95% [2.19 – 8.74]; y en el estudio realizado por **Torres Vilchez B**(24) en donde ser mujer es un factor de riesgo OR = 2,62 (IC del 95% = 1,16 - 5,92). Esto difiere a lo encontrado en las investigaciones de **Pisconte C y Sergio E**(22) en donde se observa que el género masculino tiene mala adherencia al tratamiento (OR: 3.158) y en el estudio de **García Valle S** (15) en donde existe un mayor riesgo de interrupción del tratamiento en hombres que en mujeres.

Con respecto al grado de instrucción, se encontró que tener grado de estudios técnico superior y secundaria tiene más prevalencia de mala adherencia. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por **Sanabria C y Guzmán F**(17) en donde a mayor nivel de escolaridad la mala adherencia fue mayor OR=4,2 (IC95%: 0,9717,78). A

diferencia del estudio de **Salinas Febres L**(23) en donde no tener grado de instrucción tiene 8.8 veces más probabilidades de tener una mala adherencia al tratamiento (OR=8.800) IC 95% [1.025 - 75.553]. Pese a ello, se menciona que tener grado de instrucción superior se considera un factor importante para el conocimiento sobre la enfermedad e importancia del tratamiento, lo que puede ser beneficioso para tener una buena adherencia al tratamiento.(51)

Se determinó que un tiempo de enfermedad menor de 10 años tiene 1.2 de prevalencia de mala adherencia al tratamiento. Resultados similares en el estudio **Pisconte C y Sergio E**(22) en donde la mala adherencia al tratamiento farmacológico se asoció a un tiempo mayor de 5 años. Sin embargo, se contradice a lo encontrado por **Salinas Febres L**(23) en donde un tiempo entre 5 – 10 años tiene 5.84 veces más probabilidades de tener buena adherencia y a lo encontrado por **Velásquez Montenegro et al.**(28) en donde el tiempo de enfermedad fue de 13,5 años, el cual está asociado a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo (RP=1.02, IC95% 1.01 - 1.03). Se ha determinado que el tiempo de enfermedad tiene una relación inversa con la adherencia.(7) Aquellos pacientes que padecen de enfermedades crónicas con el tiempo van perdiendo adherencia al tratamiento, sin embargo también se ha observado que los pacientes son más adherentes al tratamiento con el pasar del tiempo, esto se podría explicar por las complicaciones de la misma enfermedad y el mayor conocimiento e interés por la salud.

En el estudio el uso de más de dos fármacos tiene menor prevalencia de mala adherencia. Así como lo encontrado en el estudio de **Alza Rodriguez J**(21) en donde el uso de 2 o más medicamentos no es un factor de riesgo. En contraposición al estudio de **Sanabria C y Guzmán F**(17) en donde el consumo de 3 o más medicamentos aumenta la probabilidad de incumplimiento, 1.2 veces más en pacientes hospitalizados y 1.8 veces más en pacientes ambulatorios. Así mismo, **García Valle S**(15) describe que hay mayor riesgo de abandonar o modificar el tratamiento en aquellos pacientes con la prescripción de 5 – 6 fármacos. En el estudio de **Pisconte C y Sergio E**(22) los pacientes con mala adherencia al tratamiento se asoció al uso de 2 o más fármacos (OR: 17.630). Se puede explicar estos hallazgos debido a que los adultos mayores son más propensos a presentar más de una comorbilidad, razón por la cual su terapia farmacológica se conforma por más de dos medicamentos, haciendo que la toma de cada medicamento sea más estricto y por ende se obtiene una mejor adherencia.

En el estudio en su mayoría fueron adultos mayores, siendo una limitación para el llenado de la encuesta. Debido a que podrían no recordar y/o falsear sus respuestas y no responderlas adecuadamente. No obstante a este problema se tomó las medidas pertinentes que disminuyan la probabilidad de datos erróneos. El primero es el uso del consentimiento informado, la confidencialidad y seguridad de la investigación; se les

explicó detalladamente a todos los pacientes con o sin acompañante sobre la encuesta a realizarse. La segunda medida fue que los datos personales e información con respecto a la terapia fueron obtenidos de la historia clínica.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Existe mayor prevalencia de mala adherencia al tratamiento farmacológico.
- El grupo etario menor de 69 años tiene mayor riesgo de mala adherencia al tratamiento farmacológico.
- El sexo masculino tiene menor probabilidad de mala adherencia al tratamiento farmacológico en comparación al sexo femenino.
- El uso mayor y/o igual de 2 fármacos tiene menor probabilidad de mala adherencia al tratamiento farmacológico.
- El tener un tiempo de enfermedad < de 10 años tiene mayor probabilidad de mala adherencia al tratamiento farmacológico.
- El grado de estudios no se asoció de manera significativa.

6.2. RECOMENDACIONES

- Educar más al paciente en lo que se refiere a la adherencia al tratamiento.
- Realizar campañas de salud para la población, para fomentar el conocimiento sobre la HTA y las complicaciones que puede traer si no se controla. Se recomienda enfocarse en aquellos pacientes con menor grado de instrucción, dedicando mayor tiempo de explicación y de manera fácil sobre la importancia del tratamiento adecuado.
- Capacitar al personal de salud sobre la HTA, a través de charlas y talleres.
- Realizar otros estudios enfocados en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Nacional PNP LNS, en donde se investigue sobre otros factores que influyan a la no adherencia farmacológica.
- Desarrollar nuevos instrumentos para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la salud [Internet]. 2022 [citado 23 de agosto de 2023]. Enfermedades no transmisibles. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Hipertensión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
4. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A, Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. Rev perú medicina Exp salud pública [Internet]. octubre de 2021 [citado 23 de agosto de 2023];38(4):521-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342021000400521&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Organización Mundial de la salud (OMS) [Internet]. [citado 23 de agosto de 2023]. Hipertensión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
6. Banegas JR, Gijón-Conde T. [Epidemiology of hypertension]. Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 2017;34 Suppl 2:2-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908661/>
7. Organization PAH, Salud OM de la. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Adherence to the long-term treatments: tests for the action [Internet]. 2004 [citado 22 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
8. Campbell NRC, Paccot Burnens M, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn J, et al. Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 10 de mayo de 2022 [citado 22 de noviembre de 2022];46:e54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9097923/>

9. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A, Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* [Internet]. octubre de 2021 [citado 23 de agosto de 2023];38(4):521-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342021000400521&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
11. Larrea Vera JJM, More Serrato JV. Factores asociados a la no adherencia farmacológica y al tabaquismo en hipertensos del Perú, análisis secundario del ENDES 2019. 2021 [citado 23 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9218>
12. Pochuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* [Internet]. 14 de diciembre de 2021 [citado 18 de noviembre de 2022];14(3):316-21. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1252>
13. Huamani Caquiamarca RE. Factores que influyen en el abandono de tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. 2017.
14. Poma Torres HR. Factores asociados al fracaso del tratamiento de la hipertensión arterial esencial Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2016. Universidad de San Martín de Porres – USMP [Internet]. 2016 [citado 22 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2543>
15. García Valle S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. *Revista de la OFIL* [Internet]. junio de 2020 [citado 19 de noviembre de 2022];30(2):115-20. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-714X2020000200115&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención

- médica. Acta médica Grupo Ángeles [Internet]. septiembre de 2018 [citado 18 de noviembre de 2022];16(3):226-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Sanabria C, Guzmán F. Adherencia farmacoterapéutica en pacientes geriátricos del Hospital Santa Bárbara in Sucre - Bolivia. Rev Cien Tec In [Internet]. junio de 2018 [citado 24 de noviembre de 2022];16(17):983-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2225-87872018000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 18. Ramirez Perez A del R, Ramírez Pérez JF, Borrell Zayas JC. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. Rev Cubana Farm [Internet]. 2020 [citado 18 de noviembre de 2022];53(1):1-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100832>
 19. Formentin Zayas M, Carbajales León EB, Medina Fuentes G, Formentin Zayas DM, Formentin Zayas M. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero”. Revista Información Científica [Internet]. 24 de junio de 2021 [citado 23 de noviembre de 2022];100(4):3444. Disponible en: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3444>
 20. Guerra C, Conte E, Del Rio AI, Motta J, Moreno Velásquez I, Quintana HK. Medication Adherence in Hypertensive Individuals in Panama 2019: A National Cross-Sectional Study. Healthcare [Internet]. noviembre de 2022 [citado 19 de noviembre de 2022];10(11):2244. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/11/2244>
 21. Alza Rodriguez JV. Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del Hospital I Luis Albrecht Essalud. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2017 [citado 19 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2251>
 22. Pisconte C, Sergio EJ. Factores de Riesgo para Mal Adherencia al Tratamiento Farmacológico de Hipertensión Arterial en Pacientes atendidos en Consultorio Externo de Cardiología del HCFAP entre Agosto y Octubre 2019. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado 18 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3354246>

23. Salinas Febres LE. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital María Auxiliadora, Febrero 2019, Lima – Perú. Universidad Privada San Juan Bautista [Internet]. 2019 [citado 22 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2100>
24. Torres Vílchez HJ. Factores de riesgo asociados en la no adherencia al tratamiento Farmacológico Antihipertensivo. Universidad Peruana Los Andes [Internet]. 2019 [citado 23 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/536>
25. Ascarza Molina FC. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes adultos mayores en un hospital de lima, septiembre – noviembre 2018. Repositorio institucional - URP [Internet]. 2019 [citado 23 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1725>
26. Liñan Dominguez AS, Miñano Rosas IG. Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo en pacientes del Policlínico Víctor Panta Rodríguez, Chimbote 2020. Repositorio Institucional - UNS [Internet]. 2020 [citado 23 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/3532>
27. Buleje Moriano AR. Factores de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento en adultos mayores atendidos en PADOMI ESSALUD – Ica en el año 2021. 2022 [citado 23 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/handle/20.500.13028/3747>
28. Velásquez Montenegro Á, Dávila Uriarte M, Valladares-Garrido MJ, Velásquez Montenegro Á, Dávila Uriarte M, Valladares-Garrido MJ. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. enero de 2022 [citado 20 de noviembre de 2022];15(1):11-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2227-47312022000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Apaza CA, Martinez Quispe UR. Factores que se asocian a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de los consultorios externos del servicio de cardiología del Hospital Goyeneche-Arequipa-2022. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 18 de mayo de 2022 [citado 19 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12920/11665>

30. Resolución Ministerial N.º 031-2015-MINSA [Internet]. [citado 31 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195692-031-2015-minsa>
31. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertensión y Riesgo Vascular [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 24 de noviembre de 2022];39(4):174-94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183722000666>
32. Hipertensión [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
33. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
34. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería Global [Internet]. abril de 2012 [citado 22 de noviembre de 2022];11(26):344-53. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412012000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Santamaría R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. Nefrología [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 22 de noviembre de 2022];7(1):11-21. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-hipertension-arterial-secundaria-cuando-como-articulo-X1888970015445537>
36. National Institute on Aging [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2022]. La presión arterial alta. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/presion-arterial-alta>
37. Tagle R. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Rev Med Clin Condes [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 24 de noviembre de 2022];29(1):12-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-de-hipertension-arterial-S0716864018300099>
38. Resolución Ministerial N.º 031-2015-MINSA [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195692-031-2015-minsa>

39. Wagner-Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. diciembre de 2010 [citado 24 de noviembre de 2022];71(4):225-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832010000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>
41. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321132-guia-tecnica-guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-control-de-la-enfermedad-hipertensiva-en-el-primer-nivel-de-atencion>
42. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharmaceutica (Internet) [Internet]. diciembre de 2018 [citado 22 de noviembre de 2022];59(4):251-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2340-98942018000400251&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. junio de 2009 [citado 22 de noviembre de 2022];41(6):342-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022018/>
44. Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Rev méd hondur [Internet]. 2016 [citado 22 de noviembre de 2022];125-32. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
45. Hernández I, Sarmiento N, Gonzalez I, Galarza S, Bastida AD la, Terán S, et al. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Metro Ciencia [Internet]. 2018 [citado 22 de noviembre de 2022];26(1):07-11. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/35>
46. Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. Revista Venezolana de

- Endocrinología y Metabolismo [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2022];14(2):107-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3755/375546666003/html/>
47. Neus Pagès-Puigdemont, Valverde-Merino M. Métodos para medir la adherencia terapéutica | Ars Pharmaceutica (Internet). 12 de abril de 2021 [citado 19 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7387>
48. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2016 [citado 21 de noviembre de 2022];21(1):117-37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3091/309146733010/html/>
49. Limaylla ML, Ramos NJ. MÉTODOS INDIRECTOS DE VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. Ciencia e Investigación [Internet]. 2016 [citado 21 de noviembre de 2022];19(2):95-101. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>
50. Ramos Morales EL. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat [Internet]. diciembre de 2015 [citado 3 de febrero de 2024];16(2):175-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Rosas-Chavez G, Romero-Visurraga CA, Ramirez-Guardia E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [Internet]. junio de 2019 [citado 22 de febrero de 2024];36(2):214-21. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342019000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Nieto Poveda EC, Parra Olarte CF. Características sociodemográficas y adherencia farmacológica en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes. REDiIS / Revista de Investigación e Innovación en Salud [Internet]. 14 de octubre de 2021 [citado 19 de noviembre de 2022];4:10-25. Disponible en: <https://revistas.sena.edu.co/index.php/rediis/article/view/3324>

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**FACTORES RELACIONADOS A LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PNP "LUIS N. SÁENZ" – LIMA, MARZO – MAYO 2023**” que presenta la Srta. ALICIA KARLYTHA SAHUANAY SIU, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

MC. BERTHA TERESA CASTRO SALAZAR
Asesora de tesis

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Alicia Karlytha Sahuanay Siu de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando **asesoramiento y mentoría** para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,



Bertha Castro Salazar

Lima, 24 de noviembre de 2022

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 040-2016-SUNEDU-CD

53 años
1969-2022

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio electrónico N°3099-2022-FMH-D

Lima, 23 de diciembre de 2022.

Señorita
ALICIA KARLYTHA SAHUANAY SIU
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

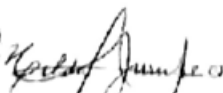
Me dirijo a usted para saludarle cordialmente, y hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis **"FACTORES RELACIONADOS CON LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA PNP - LIMA, DICIEMBRE 2022 - FEBRERO 2023"**, desarrollado en el contexto del IX Curso Taller de Titulación por Tesis Modalidad Híbrida para Internos y Pre Internos 2022, Grupo N° 03, presentado ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, ha sido aprobado por Acuerdo de Consejo de Facultad N°253-2022-FMH-D, de fecha 22 de diciembre de 2022.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular.

Atentamente,




Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Az. Brezales 5440 - Urb. La Guadalupe - Surco - Centro - 709 0000
Fono 33 - Fax 17 - www.urp.edu.pe/medicina - Anexo: 00 0

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION



CONSTANCIA DE ENTERADO

CRNL. S PNP Evelyn del Pilar APONTE ASCAZIBAR, JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACION DEL- HNPNPLNS toma conocimiento del Decreto N° 061-2023-DIRSAPOL/OFAD-AREGEPSP.EI. De fecha 16MAR2023. Mediante el cual el Sr General S PNP. DIRECTOR DE SANIDAD POLICIAL., dispuso que a través de esta Unidad de Docencia y Capacitación del CH.PNP." LNS", se haga de conocimiento al recurrente líneas arriba mencionada, que **AUTORIZA** a realizar sin costo para el Estado, el Proyecto de Tesis titulado "FACTORES RELACIONADOS CON LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA PNP – LMA DICIEMBRE 2022 – FEBRERO 2023". Con fines académicos a fin de Optar el título de Médico Cirujano, deja constancia que la alumna **Alicia Karlytha SAHUANAY SIU**, de la Universidad "RICARDO PALMA", a fin de que se brinden las facilidades necesarias para la aplicación de instrumentos de investigación, en el **DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA DEL HN.PNP.LNS**". Asimismo, toma conocimiento el estudiante en mención, que debe presentar al Área de Gestión de la Especialización de Profesionales para la Salud Policial - AREGEPSP-OFAD-DIRSAPOL) una copia del estudio realizado al término de su investigación, en medio físico y magnético. Para lo cual firma la presente Constancia en señal de conformidad. Para lo cual firma la presente Constancia en señal de conformidad.

Lima, 20 de marzo del 2023|



OS - 70044766
 Evelyn del Pilar APONTE ASCAZIBAR
 CRNL. S PNP
 JEFE UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACION
 CH PNP LNS

ENTERADO
FIRMA : Karlytha
POST FIRMA : Alicia Karlytha
Sahuanay Siu
CIP N° : 42682558
GRADO :
FECHA : 20/03/2023
HORA : 9:00 am
DIRECCION : Av. Brasil 2968
Dpto 404, Magdalena del Mar





REF.: Expediente Administrativo con HT SIGE MIN N°20230009848 de 05ENE2023, relacionado a la solicitud de la estudiante de Medicina Alicia Karyltha SAHUANAY SIU, para realizar proyecto de investigación en el Complejo Hospitalario PNP "Luis N. SÁENZ".

DECRETO N° 061 - 2023 - DIRSAPOL/OFAD-AREGEPSP.EI

Visto el expediente de la referencia, sobre la solicitud presentada por la estudiante de Medicina Alicia Karyltha SAHUANAY SIU, de la Universidad "RICARDO PALMA", quien peticiona autorización para realizar proyecto de investigación, PASE al señor **General S PNP Moisés Salvador ROJAS ARCOS, Director del Complejo Hospitalario PNP "Luis N. SÁENZ"**, con la finalidad de comunicarle que esta Dirección **AUTORIZA** a la estudiante de Medicina Alicia Karyltha SAHUANAY SIU, realizar sin costo para el Estado, el proyecto de investigación titulado "**FACTORES RELACIONADOS CON LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA PNP - LIMA, DICIEMBRE 2022 - FEBRERO 2023**", con fines académicos para optar el título de Médico Cirujano a través de la Universidad "RICARDO PALMA", debiéndosele brindar las facilidades necesarias para la aplicación de instrumentos de investigación; disponiendo que, la Unidad de Docencia y Capacitación del C H PNP "LNS", comunique a la estudiante en mención, que deberá presentar a dicha Unidad una copia del estudio realizado al término de su investigación, asimismo, deberá disponer la supervisión y monitoreo de dicha actividad, informando de su resultado.

Miraflores, **16 MAR. 2023**

NECC/PJPM

r/c

FLS. (52)



OS - 292453

Nagy Esau CABRERA CONTRERAS
GENERAL SPNP
DIRECTOR DE SANIDAD POLICIAL

APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: FACTORES RELACIONADOS CON LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA PNP - LIMA, DICIEMBRE 2022 - FEBRERO 2023

Investigadora: ALICIA KARLYTHA SAHUANAY SIU

Código del Comité: **PG 219- 2022**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría revisión expedita por el período de 1 año.

Exhortamos a la investigadora a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con el desarrollo científico del país.

Lima, 4 de enero 2023

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas Unidad
de Grados y Títulos

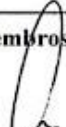
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ


ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES RELACIONADOS A LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PNP "LUIS N. SÁENZ" – LIMA, ABRIL – JUNIO 2023", que presenta la Señorita ALICIA KARLYTHA SAHUANAY SIU para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:



Mag. Sonia Lucia Indacochea Caceda
PRESIDENTE



MC Ericson Leonardo Gutierrez Ingunza

MIEMBRO


Mag. Cesar Braulio Cisneros Hilario

MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis


MC. Bertha Teresa Castro Salazar
Asesor de Tesis

Lima, 11 de marzo del 2024

ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IX CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS – MODALIDAD HÍBRIDA

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la señorita:

ALICIA KARLYTHA SAHUANAY SIU

Ha cumplido con los requisitos del Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2022 - enero y febrero 2023 con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis: **“FACTORES RELACIONADOS CON LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA PNP - LIMA, DICIEMBRE 2022 - FEBRERO 2023”**.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva, según Acuerdo de Consejo Universitario N°0287-2023, que aprueba el IX Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida.

Lima, 01 de marzo de 2023.



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director

Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas
IX Curso Taller de Titulación por Tesis



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambaén
Decana(e)

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN - MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE AÑÁLISIS
<p>Problema general: ¿Cuáles son los factores relacionados a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes del consultorio externo de cardiología - Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023?</p>	<p>Objetivo general: Determinar qué factores se relacionan a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de consultorio externo de cardiología - Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.</p> <p>Objetivo específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia de mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • Determinar si la edad es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • Determinar si el sexo es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • Determinar si el grado de instrucción es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • Determinar si la cantidad de fármacos prescritos es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • Determinar si el tiempo de enfermedad es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. 	<p>Hipótesis general Existen factores que se relacionan con la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos consultorio externo de cardiología - Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.</p> <p>Hipótesis nula (HO) La edad, el sexo, el grado de instrucción, el tiempo de tratamiento y la cantidad de fármacos prescritos no se relacionan con la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La edad es un factor de riesgo para la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • El sexo femenino es un factor de riesgo para la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • El no tener grado de instrucción superior es un factor de riesgo para la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • El uso de > 2 fármacos es un factor de riesgo para la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. • El tiempo de enfermedad es un factor que se relaciona a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. 	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Grado de instrucción • Tiempo de enfermedad • monoterapia / uso > 2 fármacos <p>Variable dependiente Mala adherencia al tratamiento antihipertensivo</p>	<p>Observacional, analítico y transversal.</p>	<p>Población: Todos los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de Cardiología del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz" - Lima, abril – junio 2023.</p> <p>Muestra: Para el cálculo de tamaño de muestra en estudios transversales analíticos se utilizó el Sample Size Calculator. Al tamaño de muestra de 316 pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional de la PNP, se incrementó una tasa de no respuesta de 6% por los rechazos que puede ocurrir durante el recojo del dato, resultando la muestra final de 335 pacientes.</p> <p>Tipo de muestreo: No probalístico por conveniencia</p>	<p>Técnica e instrumentos de recolección de datos: La técnica: encuesta y análisis de contenido documental El instrumento: ficha de recolección de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de datos - 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) 	<p>Se hará uso de estadística descriptiva: promedio y desviación estándar para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. Para evaluar los factores asociados a la mala adherencia terapéutica se aplicará regresión logística que es una técnica estadística multivariante utilizada para estimar la relación que existe entre una variable dependiente cualitativa, en particular dicotómica y un conjunto de variables explicativas (independientes) cualitativas o cuantitativas.</p>

ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	CATEGORÍA DE LA UNIDAD
Mala adherencia farmacológica	La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica	Respuestas que no tengan el orden NO, SI,NO,NO al test Morisky por parte del paciente.	Ordinal Dicotómica	Dependiente	Cualitativa	0 = Mala adherencia 1 = Buena adherencia al tratamiento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años registrado en historia clínica	Razón Discreta	Independiente	Cuantitativa	años cumplidos
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Género registrado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente	Cualitativa	0 = masculino 1 = femenino
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o no, registrado en la historia clínica	Ordinal Politómica	Independiente	Cualitativa	0 = Primaria 1 = secundaria 2 = técnico / superior
Cantidad de fármacos prescritos	Medicamentos que han sido prescritos a un paciente en particular, marca el inicio de un tratamiento a través de las órdenes médicas, redactadas tanto en el expediente hospitalario, como en la receta emitida al paciente.	Número de fármacos registrados en la historia clínica, en la última consulta.	Razón	Independiente	Cuantitativo	0 = monoterapia 1 = no monoterapia
Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad.	La resta entre la fecha de aplicación de la encuesta y la fecha del diagnóstico de hipertensión.	Razón Discreta	Independiente	cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico e inicio de tratamiento

ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación se titula **“FACTORES RELACIONADOS A LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ” – LIMA, ABRIL - JUNIO 2023”**, dirigido por la estudiante Alicia Karlytha Sahuanay Siu, alumna de la Universidad Ricardo Palma. El propósito de la investigación es conocer qué factores se relacionan a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología - Hospital Nacional de la PNP “Luis N. Sáenz” - Lima, abril – junio 2023.

Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 5 - 10 minutos de su tiempo, en dónde se le realizara preguntas referentes al tema de investigación. Su participación en la investigación es completamente **voluntaria** y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Asimismo, participar en esta encuesta no le generará ningún perjuicio académico. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente.

Su identidad será tratada de manera **anónima**, asimismo, su información será analizada y será utilizada para la elaboración de una tesis y artículo. Para ello se le solicita su firma como autorización.

Firma del participante: _____

Firma del investigador: _____

**FACTORES RELACIONADOS A LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO
DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PNP "LUIS N. SÁENZ" – LIMA, ABRIL -
JUNIO 2023**

Edad: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Grado de instrucción:

1. Primaria _____
2. secundaria _____
3. Técnico / superior _____

Número de fármacos prescritos (MARCAR CON UNA "X")

1 _____ >=2 _____

Tiempo de transcurrido desde el diagnóstico: _____

Test de Morisky - Green Levine (1986)

A continuación se presenta 4 preguntas y se marcara según lo que responda el paciente "SI" o "NO" marcando en las casillas con una X:

	SI	NO
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		