

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017

Presentado por la bachiller

Carolin Stephany Garaundo Meza

Para optar el título de médico cirujano

Asesor de tesis:

Dr. Alejandro Machado Núñez

Lima – Perú

2018

Agradecimiento

Agradecer a Dios por guiar siempre mi camino, protegerme y darme fuerzas durante toda esta linda etapa de mi carrera profesional.

Agradecer a mi familia por el apoyo emocional y económico que siempre me han brindado durante toda la carrera universitaria. A quienes les debo en esta vida todo lo que soy y seré en un futuro.

Agradecer a la Universidad Ricardo Palma por haberme acogido durante estos 6 años; agradecer a cada doctor que aún mantiene la enseñanza de la medicina clínica, ya que me enseñaron y confiaron grandes conocimientos y actitudes que me permitirán desenvolverme como buen médico y profesional en la práctica diaria.

Agradecer a mi asesor el Dr. Alejandro Machado Núñez por el tiempo brindado, valiosas observaciones y orientación en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Agradecer al Dr. Ricardo Barrera Liza médico del servicio de Cardiología del Hospital Ventanilla por brindarme las facilidades de desarrollar mi trabajo de investigación en su área de servicio y por su amable sonrisa al recibirme cada vez que llegaba a su consultorio.

Agradecer a todos los pacientes que participaron en esta investigación. Gracias a ellos podremos contribuir a nuestro país.

Dedicatoria

A mis padres Marlene y Augusto por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera. A mi madre por su abnegado amor y por todos los consejos que me transmitió desde que tengo uso de razón. A mi padre por el apoyo incondicional, por forjarme con valores y virtudes. A mis hermanos Axel y Dayanna que más que hermanos son mis verdaderos amigos los que me sacan una sonrisa cuando estoy triste o renegando, así me den cólera “los amo”. A Christian que me apoyó en cada segundo diciéndome que no me dé por vencida. A mis amigos, por estar siempre a mi lado. A todos mis familiares, por su apoyo. En especial mi abuelita Victoria, por apoyarme en todas mis decisiones. A todos ellos dedico mi tesis con todo mi amor y cariño.

Resumen

Introducción: La hipertensión es uno de sus factores de riesgo clave para las enfermedades cardiovasculares considerándose un problema de salud pública mundial. Sus complicaciones causan anualmente 9,4 millones de muertes; es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. Por tal motivo, tener conocimiento sobre la patología facilitara a una mayor adherencia al tratamiento para un mejor control de la presión arterial y así disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad que puede ocasionar la hipertensión. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017. **Material y Métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo. Se encuestaron a 310 pacientes hipertensos. **Resultados:** Se encontró asociación entre adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con las variables: nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial ($\chi^2 = 23,453$; $p = 0.005$; $OR=9,077$ $IC= 3,198 - 25,764$); edad ($\chi^2= 9,354$; $p=0.002$; $OR=2,188$ $IC=1,318-3,631$); sexo ($\chi^2= 12,558$; $p=0.005$; $OR=2, 848$ $IC=1,573-5,153$) y tiempo de diagnóstico ($\chi^2= 30,999$; $p=0.005$; $OR=4,268$ $IC=2,517-7,239$). **Conclusiones:** los pacientes con inadecuado conocimiento sobre hipertensión arterial tienen más probabilidad de desarrollar una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Palabras clave: Conocimientos, Actitudes y Pratica en Salud, Conocimiento de la Medicacion por el Paciente, Hipertension, Cumplimiento de la Medicacion

Abstract

Introduction: Hypertension is a risk factor for cardiovascular diseases that is considered a global public health problem. Its complications cause 9.4 million deaths annually; it is the cause of at least 45% of deaths from heart disease, and 51% of deaths from stroke. For what reason, having knowledge about the pathology facilitates greater adherence to treatment to better control blood pressure and also the rate of morbidity and mortality that can cause hypertension. **Objective:** To determine the association between the level of knowledge about arterial hypertension and the adherence to pharmacological treatment in patients seen in the cardiology outpatient clinic of Ventanilla Hospital from September to November 2017. **Material and methods:** Observational, analytical, cross-sectional, retrospective study. A total of 310 hypertensive patients were surveyed. **Results:** An association was found between adherence to antihypertensive drug treatment with the following variables: level of knowledge about hypertension (Chi2 = 23, 453, p = 0.005, OR = 9.077 CI = 3.198 - 25.764); age (Chi2 = 9.354, p = 0.002, OR = 2.188 IC = 1.318-3.631); sex (Chi2 = 12,558, p = 0.005, OR = 2, 848 CI = 1,573-5,153) and time of diagnosis (Chi2 = 30,999, p = 0.005, OR = 4,268 CI = 2,517-7,239). **Conclusions:** patients with inadequate knowledge about arterial hypertension are more likely to develop poor adherence to pharmacological antihypertensive treatment.

Key words: Knowledge, Attitudes and Practice in Health, Patient Medication Knowledge, Hypertension, Medication Adherence

Indice de Contenido

Agradecimiento	2
Resumen	4
Abstract.....	5
Indice de Contenido.....	6
Indice de Graficos.....	8
Indice de Tablas.....	9
I. Introducción.....	11
II. Capitulo I: Problema De Investigación	12
1.1. Planteamiento Del Problema: General Y Específicos	12
1.2. Formulación Del Problema.....	16
1.3. Justificación De La Investigación.....	16
1.4. Delimitación Del Problema: Línea De Investigación.....	17
1.5. Objetivos De La Investigación	17
1.5.1. Objetivo General.....	17
1.5.2. Objetivos Específicos	18
III. Capitulo II: Marco Teórico.....	19
2.1. Antecedentes De La Investigación	19
2.2. Bases Legales	26
2.3. Bases Teóricas	26
2.4. Definición De Conceptos Operacionales.....	40
IV. Capítulo III: Hipótesis Y Variables	42
3.1. Hipótesis:.....	42
3.1.1 Hipótesis General	42
3.1.2 Hipótesis Específicas.....	42
3.2. Variables Principales De Investigacion.....	43
V. Capítulo IV: Metodología.....	44
4.1. Tipo Y Diseño De Investigación	44

4.2. Población Y Muestra	44
4.2.1 Población	44
4.2.2 Tamaño de muestra:	45
4.3. Operacionalización De Variables	46
4.4. Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos	46
4.5. Recolección De Datos	48
4.6. Técnica De Procesamiento Y Análisis De Datos	48
VI. Capítulo V: Resultados Y Discusión	50
5.1. Resultados Generales.....	50
5.2. Resultado Según Objetivos.....	65
5.2.1 Objetivo General.....	65
5.2.2 Objetivos Específicos	66
5.3. Discusión De Resultados	73
VII. Capítulo VI: Conclusiones Y Recomendaciones.....	80
6.1. Conclusiones.....	80
6.2. Recomendaciones	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	88
ANEXO A	89
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	90
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	95
INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	96
CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL.....	98
ANEXO B	¡Error! Marcador no definido.

Indice de Graficos

Grafico 1: Genero de pacientes hipertensos en el Hospital de Ventanilla.....	51
Grafico 2: Control de la hipertensión en pacientes atendidos en el consultorio externo del Hospital Ventanilla.....	55
Grafico 3: Distribución de pacientes según el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en el Hospital Ventanilla.....	62
Grafico 4 Distribución según el grado de cumplimiento terapéutico antihipertensivo de pacientes hipertensos del Hospital Ventanilla.....	64

Indice de Tablas

Tabla N° 1. Clasificación de la presión arterial en adultos ⁴⁰	27
Tabla N° 2. Metas de la presión arterial	36
Tabla N°3 Distribución de edad de pacientes hipertensos en el Hospital Ventanilla.	50
Tabla N° 4. Estado Civil de pacientes hipertensos del Hospital Ventanilla.....	51
Tabla N° 5 Nivel Educativo de pacientes hipertensos en el Hospital Ventanilla.....	52
Tabla N° 6 Distribución según tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial en pacientes del Hospital Ventanilla	53
Tabla N°7 Control de la hipertensión en pacientes atendidos en el consultorio externo del Hospital Ventanilla.....	54
Tabla N° 8 Respuesta al conocimiento específico de la hipertensión	55
Tabla N° 9 Respuesta sobre el conocimiento de los factores de riesgo para la hipertensión	57
Tabla N°10 Respuesta sobre el conocimiento de las complicaciones de la hipertensión	58
Tabla N°11 Respuesta sobre el conocimiento de la dieta respecto a la hipertensión.....	59
Tabla N°12 Respuesta sobre el conocimiento de la medicación respecto a la hipertensión	60
Tabla N°13 Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial	61
Tabla N° 14 Respuesta de pacientes adherentes al tratamiento según test de Morinski- Green-Levine	62
Tabla N° 15 Grado de cumplimiento terapéutico.....	63
Tabla N°16 Asociación entre nivel de conocimiento sobre HTA y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo	65
Tabla N°17 Asociación entre edad y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo	66
Tabla N°18 Asociación entre sexo y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo	68
Tabla N°19 Asociación entre estado civil y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo	69

Tabla N°20 Asociación entre nivel educativo y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo	70
Tabla N° 21 Asociación entre tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.....	72

Introducción

En el transcurso del tiempo a nivel mundial la hipertensión arterial es una enfermedad que ha ido incrementando su prevalencia. Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, en donde la hipertensión es uno de sus factores de riesgo clave considerándose un problema de salud pública mundial¹. Sus complicaciones causan anualmente 9,4 millones de muertes², el 45% de las muertes es por cardiopatías y el 51% de las muertes es por accidente cerebrovascular¹.

La hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, que hasta el día de hoy es definida como una enfermedad sin etiología. La elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica o diastólica es la manifestación clínica indispensable, este umbral será el valor tradicional de 140 mm Hg sistólico, 90 mm Hg diastólico o ambos¹⁷.

Por lo tanto, se define a los individuos como hipertensos cuando atraviesan persistentemente el umbral de la presión arterial por encima del cual hay sólidas pruebas científicas de que el tratamiento antihipertensivo mejorará su pronóstico. Sin embargo, el paciente con una enfermedad crónica como lo es la hipertensión tarde en adaptarse y aceptar la patología, provocando que el hipertenso también demore en ser adherente al tratamiento¹⁷.

Cuanta más información obtenga sobre su enfermedad sabrá cómo lidiar con ella, pero por lo general el 20% - 50% de pacientes no toma sus medicamentos como están prescritas⁴³. Considerándose también un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas como fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios⁴⁴.

I. Capítulo I: Problema De Investigación

1.1. Planteamiento Del Problema: General Y Específicos

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total de la población mundial. En donde la hipertensión es uno de sus factores de riesgo clave considerándose un problema de salud pública mundial¹. Sus complicaciones causan anualmente 9,4 millones de muertes², en donde el 45% de las muertes es por cardiopatías y el 51% de las muertes es por accidente cerebrovascular¹. A nivel mundial en el año 2008 ya se había diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008³. La Región de África registra la máxima prevalencia de hipertensión con un 46%, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%.³

En un estudio⁴, Prospectivo Urbano Rural Epidemiología se incluyó 153 996 adultos de 35 a 70 años; cada país con economía diferente donde, 3 países eran de ingreso alto (PIA), 7 países de ingresos medio alto (PIMA), 3 países de ingresos medio bajo (PIMB) y 4 países de ingresos bajo (PIB) de diversas partes del mundo. Se halló que el 40,7% de los participantes tuvieron hipertensión, el 13,3% presentaron una presión arterial de al menos 160/100mmHg y 4,4 % una presión arterial de al menos 180/110mmHg. De los hipertensos, el 46,4% eran conscientes de esta condición, el 40,6% estaban en tratamiento farmacológico, pero sólo el 13,1% tenían la PA controlada (<140/90mmHg). La prevalencia de hipertensión arterial fue similar en los PIMA (46,6%), PIA (40,7%) y PIMB (39,6%), pero más baja en los PIB (32,2%). Los porcentajes de conciencia de la enfermedad fueron PIA: 49,1%, PIMA: 52,4%, PIMB: 43,5% y PIB: 40,8%, el porcentaje de hipertensos en tratamiento fueron 46,8, 48,3, 36,8 y 31,7%, respectivamente y el porcentaje de hipertensos con presión arterial controlada fueron 19, 15,5, 9,9 y 12,7%,

respectivamente lo que demuestra que estos porcentajes fueron inversamente relacionados con el nivel económico del país.⁵

En el estudio PURE, los países de América del Sur incluidos fueron Argentina, Brasil, Colombia y Chile. Estos países fueron promediados en cuanto a su conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión encontrándose los porcentajes de 57,0%, 52,8% y 18,3%, respectivamente.⁶ Se concluyó que globalmente existe un déficit para la detección y el tratamiento de la hipertensión, agregándose que la mayoría de los pacientes que están siendo tratados tienen mal control de la presión arterial. Se encontraron resultados similares entre todos los países, independiente de los niveles socio-económicos, excepto en los PIB en donde el porcentaje de tratamiento y el control fueron marcadamente peores.⁶

Estudios realizados sobre la prevalencia de hipertensión arterial en América Latina^{7, 8}, fue similar en Uruguay (30%), Paraguay (21-30%), Argentina (25-36%) y el sur de Brasil (31-33%). Estudios realizados en Chile evidenciaron diferencias dependiendo del nivel socio-económico donde: 24,5% era en bajas condiciones y 17,9% en altas condiciones⁹.

En el Perú, hasta fines del año 1993 se realizó un trabajo de investigación sobre la prevalencia de la HTA en grupos pequeños de poblaciones que permitía inferir la prevalencia de la costa con un 17%, mientras que en la sierra y selva la cifra alcanzaba el 5%.¹⁰

En el año 2014, el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) se halló una prevalencia de hipertensión arterial (14,8%) en la población de 15 a más años de edad, siendo los hombres con mayor porcentaje (18,5%) que las mujeres (11,6%). Lima Metropolitana tiene la mayor prevalencia de hipertensión arterial con 18,2%, seguido por la

Costa sin Lima Metropolitana (15,5%), la menor prevalencia se registró en la selva (11,7%) y en la sierra (12,0%).^{11, 12}

La Sociedad Peruana de Cardiología entre los años 2005 y 2010 realizó dos investigaciones a nivel nacional sobre factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares denominándolos TORNASOL I (T-I)¹³ y TORNASOL II (T-II)¹⁴. Evaluó a 26 ciudades del país con más de 14 mil personas por estudio. La prevalencia de hipertensión arterial en el Perú en el estudio T-I fue de 23,7% y en el estudio T-II un alarmante 27,3%, siendo la diferencia de tiempo entre estos dos estudios de 6 años, resaltando su corto lapso de tiempo en donde un incremento de esa magnitud de la hipertensión arterial se convertiría en un serio problema de salud pública para nuestro país.¹²

La estrategia de enfermedades No Transmisibles de la Región Callao, en la actualidad se está trabajando bajo los criterios de las Guías de práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva el cual fue aprobado por el MINSA en el año 2015.¹⁵ La tendencia de los casos de Hipertensión Arterial en la región del Callao desde 2005 al 2015 se tiene un acumulado de 161,217, se puede observar que desde el año 2013 está yendo en aumento, teniendo en el 2015 un total de 2,117. Según la tendencia del caso presentado por lugar de procedencia desde el 2005 al 2015 el distrito de Callao tiene tendencia ascendente con un total de 116,733 casos, distrito de Ventanilla 20,268 casos, distrito de Carmen de la legua con un total de 9,429 casos, distrito de Bellavista 8,308 casos y otros distritos corresponden un total de 15,585 casos. Distrito de La Perla 6,012 y distrito de La Punta 467 casos.¹⁵

En el periodo 2005 – 2015 la mayoría de los casos de morbilidad por HTA en los establecimientos de salud de la Provincia proceden del distrito Bellavista, seguido de Carmen de La Legua y Callao. En el año 2015, Ventanilla ocupa en cuarto lugar con 3,850

casos de morbilidad.¹⁵ En los años 2004 – 2008, el distrito de Ventanilla la HTA ocupó el primer lugar como causa de muerte. Ocupando en el año 2006 y 2014 el tercer lugar.¹⁵

Por otro lado, hay que tomar énfasis en que el distrito de Ventanilla es una población donde la tasa de natalidad como la mortalidad son muy altas y la población crece a un ritmo muy rápido (60 y 69%)¹⁵, en donde también incrementa la prevalencia de la hipertensión por su envejecimiento y factores de riesgo relacionados con el conocimiento de la misma enfermedad, de sus complicaciones, de la terapéutica, comportamiento, como el consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa, y de cantidades insuficientes de frutas y hortalizas, el uso nocivo del alcohol, el sedentarismo y la falta de ejercicio físico y el mal control del estrés.¹⁶

Los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda, repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión.¹⁶ En donde el Distrito de Ventanilla presenta el índice de pobreza más alto 29.2% en el año 2007, 23.6% en el año 2009 y Pobreza Extrema 0.6%(2007), 1.1%(2009) en relación a los otros distritos de la región Callao.¹⁵ En relación a la educación las mayores tasas de analfabetismo se evidencia en el distrito de Ventanilla en relación a todos los distritos de región Callao, siendo esta de 1.9%.¹⁵

Por último, no hay un factor de riesgo clave para la hipertensión si no múltiples como los ya mencionados, estos contribuyen a la adherencia del tratamiento y por ende al control de la presión alta de los pacientes.

1.2. Formulación Del Problema

¿Cuál es la asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017?

1.3. Justificación De La Investigación

Si bien el Análisis de la Situación de Salud de la región Callao nos informa sobre la prevalencia e incidencia de pacientes hipertensos en el distrito de Ventanilla, mas no hay información sobre cuantos conocen sobre su enfermedad, cuántos se tratan y cuantos controlan su enfermedad.

No se cuenta con trabajos de investigación en el Hospital de Ventanilla sobre el conocimiento que deben de tener los pacientes hipertensos sobre su enfermedad ni el control adecuado y la evaluación misma de la efectividad del tratamiento antihipertensivo lo cual lo hace más interesante y ostentoso realizar este estudio ya que esto nos ayudaría alertar a los médicos de una particular población de alto riesgo, en la que por lo general se subestima y no se trata en forma óptima los factores de riesgo que constituyen a la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, en donde el tratamiento de las complicaciones generaría más costos por las intervenciones que se realizarían.

La hipertensión es una enfermedad que se puede prevenir y esto nos ayudaría en importantes beneficios sanitarios, sociales y económicos, además de tener mejores resultados en cuanto a la reducción de la morbilidad y mortalidad de hipertensos con complicaciones como la cardiopatía, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.

Es muy importante recopilar, analizar y difundir datos, ya que nuestros resultados pueden servir de referencia a próximos trabajos que se realicen en el Hospital de Ventanilla en donde estos serán utilizados para que sea posible intervenir en los factores de riesgo que influyen en la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Una vez finalizado el proyecto de tesis plantear posibilidades de realizar un programa de autocuidado en pacientes hipertensos, explicando sobre los conocimientos que deben de saber sobre su enfermedad y el manejo de su tratamiento farmacológico y no farmacológico para que lleguen a tener un control adecuado de su hipertensión arterial.

1.4. Delimitación Del Problema: Línea De Investigación

El presente trabajo de investigación se realiza en la especialidad de Cardiología, dentro de las prioridades nacionales 2016 - 2021 que se encuentra en la línea de investigación de Enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, que corresponde a promoción y prevención en salud.

1.5. Objetivos De La Investigación

1.5.1. Objetivo General

- Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Determinar si la edad está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.
- Determinar si el sexo está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.
- Determinar si el estado civil está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.
- Determinar si el nivel de educación está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.
- Determinar la asociación entre tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

II. Capítulo II: Marco Teórico

2.1. Antecedentes De La Investigación

Antecedentes Nacionales

Rodríguez Abt, J. et al en el 2015 realizo un estudio titulado “Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015”, fue un estudio analítico, transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia. Conformada por 340 pacientes hipertensos atendidos en consultorio de Cardiología entre el periodo de mayo - agosto 2015. Utilizo dos instrumentos para la recolección de datos un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión (CSH) y un cuestionario de Martin-Bayarre-Grau (MBG) para el grado de cumplimiento terapéutico. En los resultados se analizó que los pacientes hipertensos con bajo conocimiento de hipertensión tiene adherencia parcial al tratamiento con un 67.7% (RP=1.45; IC95%: 1.19-1.78) mientras que los pacientes con alto conocimiento tiene 46.6%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y las variables: > 10 años de diagnóstico de hipertensión arterial (RP=0.75; IC95%: 0.59-0.95), no recibir información sobre hipertensión por parte del médico (RP=1.42; IC95%: 1.16-1.74), el 47.4% de pacientes que recibieron información acerca de hipertensión presenta adherencia parcial al tratamiento y tiempo de consulta mayor a 15 minutos (RP=0.51; IC95%: 0.36-0.73). Concluyendo que los pacientes hipertensos con bajo conocimiento de hipertensión tienen más probabilidad de tener adherencia parcial al tratamiento¹⁸.

García Acevedo, S. et al en el 2014 realizo un trabajo de investigación titulado "Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial Cap. 11

Chupaca - Essalud 2014". El objetivo de esta investigación fue investigar la asociación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de pacientes hipertensos mayores de 35 años. Estudio correlacional, observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformado por 31 hombres y mujeres. La recolección de datos se realizó mediante dos instrumentos: cuestionario para analizar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos y el segundo cuestionario sobre nivel de las prácticas de autocuidado. Concluyendo que un 97% presentaba un nivel de conocimiento adecuado y un 94% presentaba un nivel de prácticas de autocuidado adecuado. Se evidencio que mayores de 50 años tienen un 68%; el 35% tienen educación superior, el 87% realiza actividad física, el 23% consumen frituras y 80% consumen sal, el 29% manifiesta que puede aumentar la dosis de medicamentos si sube su presión arterial sin prescripción médica, el 39% indican que puede disminuir si baja y el 52% cree que puede dejar el tratamiento farmacológico si se normaliza su presión arterial sin previa consulta médica¹⁹.

Apaza Argollo, G. en el 2013 realizo un estudio titulado "Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de essalud - red Tacna febrero 2013". El objetivo fue determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Policlínico Metropolitano de EsSalud - Red Tacna Febrero 2013. Fue un estudio correlativo, prospectivo y observacional. La recolección de datos utilizo un cuestionario estructurado por el mismo investigador, incluyendo las preguntas del test de Morisky-Green y toma de medida de niveles de presión arterial. El tamaño muestral fue determinado por conveniencia fueron seleccionados 517 pacientes. Hallándose predominio en el sexo femenino con 57,1%, más de 60 años con 80,3%, 5 años o menos en el programa con 38,9%, mala adherencia presentaron 68%, no controlada de presión arterial presentaron 40%. Se observó asociación entre el sexo femenino y control de la HTA ($p=0,019$); pacientes mal adherentes con mayor riesgo de HTA no controlada ($OR=1,93$). Conclusiones: existe asociación significativa entre la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y el no control de la HTA. ($p=0,001$)²⁰.

Flores Rojas, W. en el 2016 realizo un trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el hospital III Iquitos – salud marzo del 2016”. Fue un estudio de diseño no experimental descriptivo, transversal, prospectivo, con un muestreo por conveniencia constituida por 220 pacientes hipertensos. Utilizo una ficha de recolección de datos, que consto de cuatro ítems: características sociodemográficas, la recepción de información sobre hipertensión arterial, el tiempo de enfermedad y la presencia de complicaciones de la hipertensión arterial y un cuestionario sobre el conocimiento de la hipertensión arterial (instrumento fue adaptado del estudio de ESTRADA 44 realizado en Barcelona – España). En los resultados se observó 56.4% de los pacientes hipertensos presentan un nivel de conocimiento adecuado sobre la hipertensión arterial, esto se asoció a la edad entre 40 a 59 años ($p=0.040$); con un mejor nivel de instrucción de técnica superior ($p=0.000$); procedencia urbana del paciente ($p=0.023$); con el mayor tiempo de enfermedad ($p=0.023$); con la recepción de información de la enfermedad ($p=0.044$); y con la presencia de complicación de la hipertensión arterial ($p=0.047$). No se relacionó con el sexo del paciente ($p=0.126$). Concluyendo que cerca del 45% de los pacientes hipertensos no tienen un conocimiento adecuado sobre la hipertensión arterial²¹.

Maguiña Duran, P. K en el 2014 realizo un estudio de investigación titulado “Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” – 2013”. Fue un estudio descriptivo, tipo cuantitativo, transversal, la muestra estuvo conformada por 80 personas adultas, la técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista y como instrumento se aplicó un cuestionario. Concluyendo que el consumo de grasas (97.5%), ausencia del control del índice de masa corporal y de la presión arterial (95%), así como el consumo excesivo de sal (68.75%) y presencia de estrés (72.5%) son los factores de riesgo modificables que predominan por lo que sugiere realizar estrategias y actividades dirigidos a la promoción y prevención de la salud, implementando un programa educativo logrando un mejor control

de los factores de riesgo modificables y se contribuirá para mejorar la calidad de vida de las personas. Y dentro de los factores de riesgo no modificables predisponen los antecedentes familiares de HTA (77.27%) y de obesidad (47.73%)²².

Antecedentes internacionales

Benítez Camps, M. et al en el 2014 realizo un “Estudio Conocimiento: Grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma”. Objetivo: Evaluar el conocimiento sobre HTA y relacionar con el control de la presión arterial. Fue un estudio descriptivo, transversal, la muestra estuvo conformado con 400 hipertensos de 17 centros de salud, que respondieron una encuesta sobre HTA. Se encontró que el 52,9% fueron mujeres, 39,6% conocían los objetivos de control de presión arterial sistólica, el 19,6% los de presión arterial diastólica, sin diferencias entre controlados y no controlados, 54,8% contaban con estudios primarios. El 70% conocen los cambios de estilo de vida, sin diferencias entre controlados y no controlados. Los hipertensos conocen la cronicidad del tratamiento ($p= 0,548$) un 82% de los controlados y un 79% de los no controlados, pero el 15,1% de los controlados y el 12,4% de los no controlados no se asoció con el control de la hipertensión arterial ($p = 0,525$). Algunos pacientes creían estar bien controlado aunque no lo estaban (31,1%). La mayoría de hipertensos afirmaron que olvidaba de tomar sus medicamentos en algún momento (82,5%), sobre todo si pensaban que les había sentado mal, y el 100% incumplían el horario recomendado. Se evidencio mayor porcentaje de incumplimiento terapéutico a los no controlados, pero sin diferencias estadísticamente significativas. Concluyéndose que conocen en baja frecuencia cuáles son los objetivos de control, sin encontrar relación entre el conocimiento del problema y el control del mismo²³.

Amonov Malik et al en el 2014 realizo un estudio “Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan”. El objetivo fue estudiar el conocimiento sobre la hipertensión, la práctica y la adherencia a fármacos de los pacientes hospitalizados, y examinar una asociación entre el conocimiento sobre la hipertensión con el estado de control de la PA y la adherencia al fármaco. Fue un estudio transversal, la muestra estuvo conformada por 209 pacientes con diagnóstico de hipertensión primaria se llevó a cabo de junio a septiembre de 2012, para la recolección de datos se utilizó el Morisky 4-item self-report medida de la medicación de toma de comportamiento. Las razones para la no adherencia al fármaco se evaluaron mediante un cuestionario autoadministrado. Se encontró que la tasa de control de la PA (24,4%) y la adherencia a los fármacos de los pacientes (36,8%), fueron subóptimas, el 64,6% de los pacientes tenía buena o adecuada y el 35,5% tenía un conocimiento inadecuado de la hipertensión. El buen conocimiento de los pacientes se asoció significativamente con la PA controlada (OR = 5,4, IC del 95%, 1,7-16,2) y la adherencia al fármaco (OR = 3,8, IC del 95%, 1,4-10,8). En conclusión, los pacientes internados tenían suficiente conocimiento general sobre la hipertensión, pero tenían un conocimiento inadecuado sobre temas específicos como el tratamiento y los síntomas de la hipertensión. Tanto la adherencia al fármaco como la tasa de control de la PA fueron subóptimas y significativamente asociadas con el conocimiento de la hipertensión²⁴.

Piñaloza Galarza, S. en el 2014 realizo una investigación titulado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi chico de la ciudad de Ambato”. Fue un estudio descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 50 pacientes, para la recolección de datos se aplicó un cuestionario para identificar los factores que influyen en la adherencia y otro cuestionario el test de Morisky Green Leveni que juntos permitieron determinar el nivel de adherencia al tratamiento. Se evidencio que la población presenta un nivel bajo de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico con un 58 %, un 24 % con un nivel medio y el 18 % nivel alto. Se halló que el género, edad, ocupación, instrucción, acceso a la consulta médica, acceso a la medicación, calidad de cita

médica y tiempo de diagnóstico no mostraron una relación directa con los niveles de adherencia al tratamiento. Los pacientes hipertensos con un nivel alto de conocimiento tienen mayor adherencia (42.8%) y los que tienen conocimientos bajos poseen menor adherencia (62.5%). Existe asociación estadísticamente significativa entre las creencias incorrectas del tratamiento y los niveles de adherencia donde los pacientes con mayores creencias incorrectas poseían menor adherencia (60%) y los que tienen mayor adherencia tuvieron un bajo nivel de creencias incorrectas (58,4%). Concluyéndose que los factores que influyen directamente en la adherencia al tratamiento en hipertensos son el conocimiento acerca de la enfermedad y creencias con respecto al tratamiento²⁵.

Aid Kunert, J. en el 2015 realizó una investigación titulada “Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano”. Fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal, el tamaño muestral mínimo calculado fue 196 sujetos, se aplicó el test de Morisky-Green-Levine y una encuesta sobre los factores asociados al cumplimiento terapéutico. Se encontró que sólo 39,7% se catalogaron como cumplidores, estos se caracterizaron por menor tiempo de evolución de la hipertensión arterial (desde el momento del diagnóstico 81%)(hace menos de 5 años 55%), mayor grado de conocimiento sobre la enfermedad (77,7%), nivel de instrucción secundario (59%), menor número de comorbilidades (ninguna o solo uno, 78%) y menor consumo de otros medicamentos (3 ó menos 74% y una medicación hipertensiva 89%)²⁶.

Barraza Araiza LF, et al en el 2014 realizó un estudio “Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana”. Fue un estudio descriptivo, transversal, el tamaño de la muestra estuvo conformada por 150 pacientes hipertensos, para la recolección de datos se realizó un cuestionario que fue validado por expertos de la Universidad Nacional de Colombia y el Comité de Investigaciones de Virrey Solís IPS. Se encontró de la población encuestada que el 70% tiene conocimiento que la hipertensión es una enfermedad prevenible, el 23% tiene conocimiento que la hipertensión no causa dolor de cabeza en la mayoría de los casos, el 48% tiene conocimiento que no es curable y el 44% desconoce que

no debe suspender la medicación para la hipertensión cuando no tiene síntomas. El conocimiento sobre las posibles complicaciones de la hipertensión y las modificaciones recomendadas al estilo de vida fueron altos, mientras que el riesgo de una complicación oftalmológica fue de menos conocimiento. El conocimiento fue menor en pacientes de reciente diagnóstico y con baja escolaridad²⁷.

Da Silva Barreto, M. et al en el 2014 realizo un estudio “Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia”. Fue un estudio descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 422 individuos, la recolección de datos fue entre diciembre de 2011 y marzo de 2012 mediante visita domiciliaria, para la recolección de datos se utilizó los 2 instrumentos: Cuestionario de Adhesión a Medicamentos (CAM-Q), Índice de Complejidad de la Farmacoterapia y un guion con preguntas relativas al perfil sociodemográfico, satisfacción con el servicio de salud y conocimiento sobre la enfermedad. Se encontró que 42,6% no adherían a la farmacoterapia y 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad. Concluyéndose que los factores asociados a la no adhesión al tratamiento farmacológico fueron: farmacoterapia compleja, conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud²⁸.

Loachamín Huertas, RS. et al en el año 2014 realizo un trabajo de investigación titulado “Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial y sus determinantes en pacientes hipertensos ambulatorios atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Eugenio Espejo, durante el segundo semestre del año 2014”. Diseño de estudio analítico, observacional y transversal con una muestra de 369 pacientes hipertensos, para la recolección de datos se aplicó una encuesta dirigida. Los resultados mostraron que el conocimiento del tratamiento no farmacológico es bajo a pesar de recibir las indicaciones, 26% reduce el consumo de sal, 32% realiza actividad física, 42% ha reducido su peso, 31% ingiere dieta rica en frutas, verduras y baja en grasas, 65% de pacientes fumadores han suspendido este hábito. Baja escolaridad (OR, 1,92; P < 0.001), no recibir consejo

nutricional (OR, 5,84; P < 0.001), no participar de estrategias comunicativas grupales (OR, 4,83; P < 0.001) son factores asociados a la mala adherencia al tratamiento no farmacológico. Concluyendo que la baja adherencia al tratamiento no farmacológico tiene relación con el bajo conocimiento, ausencia de apoyo de nutricionistas o grupos de pacientes crónicos y de otras estrategias comunicativas²⁹.

2.2. Bases Legales

MINSA. GUÍA TÉCNICA: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA¹⁷.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN CALLAO 2015. Resolución Directoral N° 499-2016-GRC/DIRESA/DG¹⁵.

2.3. Bases Teóricas

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Definición

La hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, que hasta el día de hoy es definida como una enfermedad sin etiología. La elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica o diastólica es la manifestación clínica indispensable, este umbral será el valor tradicional de 140 mm Hg sistólico, 90 mm Hg diastólico o ambos.¹⁷ Por lo tanto, la Comisión define a los individuos como hipertensos cuando atraviesan persistentemente el umbral de la presión arterial por encima del cual hay sólidas pruebas científicas de que el tratamiento antihipertensivo mejorará su pronóstico. Específicamente, la creciente evidencia de los ensayos antihipertensivos sugiere que muchos individuos con alto riesgo o con comorbilidades particulares deben tener diferentes umbrales de hipertensión¹⁷.

Tabla N° 1. Clasificación de la presión arterial en adultos⁴⁰

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión	≥140	≥90
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	≥160	≥100

La enfermedad hipertensiva no tiene cura pero su objetivo fundamental es reducir la presión arterial para evitar los eventos cardiovasculares¹⁷.

Etiología

Hipertensión primaria (esencial o idiopática): corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial aunque aún no presenta una causa identificable por lo que existen múltiples factores relacionados o asociados pero no con categoría de causa y efecto. Existe la teoría genética, aunque no está definido el gen responsable¹⁷.

Hipertensión secundaria: Corresponde solo el 5% del total de casos de hipertensión arterial en donde existe una causa identificable; al resolver la etiología se desencadenara un control óptimo de la PA y en muchos casos la curación de la enfermedad. Entre ellas destacan por su prevalencia: Enfermedad renal, enfermedades endocrinas, miscelánea, medicamentos¹⁷.

Fisiopatología

La enfermedad hipertensiva es de una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva. Deduciendo de este concepto genérico que el vaso sanguíneo es el órgano primario de afección y dentro de esa estructura está el endotelio. Este órgano es vital en la homeostasis vascular ya que de su normal funcionamiento depende el equilibrio y, por ende, la salud integral vascular¹⁷.

La presión arterial está regulada por numerosos factores neurohormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos. Múltiples factores modificables y no modificables como herencia, estilo de vida, sistema nervioso simpático hiperactivado, ingesta excesiva de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio enfermo, pueden modificar el gasto cardiaco o la resistencia vascular periférica, dando el inicio de la enfermedad¹⁷.

El principal determinante de la persistencia de la enfermedad hipertensiva es considerada la angiotensina II como potente vasoconstrictor y facilitadora del crecimiento celular¹⁷.

Un acompañante de la enfermedad hipertensiva, es la disfunción endotelial que promueve la proliferación celular así como la liberación de muchas sustancias vasoactivas, protrombóticas y procoagulantes que ulteriormente precipitarán en aterosclerosis precoz¹⁷.

La hipertrofia e hiperplasia vascular, el aumento de la matriz extracelular y el incremento de la resistencia vascular periférica explican la hipertrofia miocárdica y el desarrollo de

complicaciones vasculares (aterosclerosis), cardiacas (insuficiencia cardiaca, isquemia miocárdica y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia, encefalopatía), oftalmológicas (retinopatía hipertensiva), urológicas (disfunción eréctil) y nefrológicas (insuficiencia renal)¹⁷.

Factores de riesgo asociados

Factores y determinantes sociales¹⁶: Urbanización, envejecimiento, educación, vivienda.

Factores de riesgo conductuales¹⁶: Dieta malsana (el consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa, y de cantidades insuficientes de frutas y hortaliza), tabaquismo, sedentarismo, uso nocivo de alcohol.

Factores de riesgo metabólicos^{16, 30}: Dislipidemias¹⁷, diabetes mellitus³¹, obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²; perímetro abdominal: varones ≥ 102 cm; mujeres ≥ 138 cm), sobrepeso (IMC 25-29.9 kg/m²), Antecedente familiar de primer grado para enfermedad coronaria prematura.

Cuadro clínico

Signos y síntomas: Está muy difundida la idea incorrecta de que las personas con hipertensión siempre tienen síntomas, pero la realidad es que la mayoría no los tiene. A veces la hipertensión provoca síntomas como cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal¹⁶

Se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares los trastornos cognitivos agudos¹⁷. Estos síntomas no deben ser ignorados ya que pueden peligrar la vida

de la persona, aunque no siempre pueden ser interpretados como indicativos de hipertensión. La presión alta es una advertencia y una grave señal de la necesidad de cambiar significativamente el modo de vida. La hipertensión es una patología que puede matar en silencio¹⁶ y casi siempre se identifica a un hipertenso con complicaciones crónicas como la hipertrofia de ventrículo izquierdo, insuficiencia cardiaca congestiva, problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o disfunción eréctil¹⁷.

Diagnostico

2.3.1.6.1 Criterios de diagnóstico¹⁷

Cribado y detección temprana de hipertensión arterial

La periodicidad con la cual un paciente debe realizarse un control de presión arterial no existe, no hay evidencia suficiente pero sí es necesario realizarlo^{32, 33, 34,35}.

Toda la población mayor o igual a 18 años debe de realizarse un control de presión arterial y repetirse cada 5 años solo si la presión arterial está en rangos normales (PAS <120 mmHg y PAD<80 mmHg) y no este asociado a ningún factor de riesgo. Si presenta algún factor de riesgo cardiovascular o si los valores presentan rangos de una pre-hipertension, deberá repetirse los controles anualmente¹⁷.

Para el diagnóstico de hipertensión es preciso medir la tensión arterial durante algunos días antes. La presión arterial se mide dos veces al día uno por la mañana y otro por la tarde. La persona tiene que estar sentada y luego se procede a tomar la primera medición luego con

un intervalo mínimo de un minuto se procede a tomar la segunda medición. Se descartan las mediciones del primer día y se toma el valor promedio de todas las restantes para confirmar el diagnóstico de hipertensión¹⁶.

Procedimientos diagnósticos

Dentro de los procedimientos diagnósticos tenemos a la historia médica, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales¹⁷.

Estos procedimientos tienen los siguientes objetivos¹⁷:

b.1) Determinar los niveles de presión arterial¹⁷.

b.2) Buscar potenciales causas secundarias¹⁷.

b.3) Determinar el riesgo cardiovascular global según factores de riesgo y daño de órgano blanco clínico o subclínico¹⁷.

La exactitud de la medición correcta de la presión arterial es un requisito indispensable. Esto se debe tener en cuenta para un buen diagnóstico y toma de decisiones terapéuticas¹⁷.

Complicaciones

Daño a órgano blanco (asintomático)³⁶

- Corazón: ocasionando hipertrofia ventricular izquierda.
- Sistema vascular arterial: presión de pulso ≥ 60 mmHg e índice tobillo-brazo $< 0,9$ o velocidad de la onda de pulso carotideo femoral >10 m/s o engrosamiento de carótida (grosor íntima media $>0,9$ mm).
- Ojos: retinopatía hipertensiva.
- Riñón: microalbuminuria (30-300 mg/24h) y TFGe ≤ 60 ml/min/1,73m²

Evento cardiovascular o renal manifiesto³⁰

- Enfermedad cerebrovascular: hemorragia cerebral, accidente isquémico transitorio, ictus isquémico.
- Enfermedad coronaria: angina, infarto de miocardio, cirugía de revascularización coronaria o revascularización coronaria con intervención coronaria percutánea.
- Insuficiencia cardiaca con o sin función sistólica preservada.
- Enfermedad arterial periférica sintomática en extremidades inferiores.
- Enfermedad renal crónica con TFGe <30 ml/min/1,73 m² de área de superficie corporal; proteinuria (>300 mg/24 h).
- Retinopatía avanzada: papiledema, hemorragias o exudados.

Tratamiento no farmacológico¹⁷

Los cambios en el estilo de vida en pacientes no hipertensos es necesario para retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la hipertensión arterial también así prevenir o retrasar el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA; por otro lado reducir la presión arterial en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, con una menor cantidad de número y dosis de medicamentos antihipertensivos³¹. Son indicaciones de gran importancia en el manejo del hipertenso. Las medidas con demostrada capacidad para reducir la presión arterial son³⁷:

- a) Restricción de la ingesta de sal.
- b) Evitar el consumo de alcohol.
- c) Consumo de frutas y verduras, y alimentos bajos en grasa.
- d) Reducción y control de peso.
- e) Actividad física regular.
- f) Evitar exposición al humo de tabaco.

Es importante que la familia esté involucrada en el manejo integral del paciente con hipertensión arterial¹⁷.

Tratamiento farmacológico

Inicio de terapia farmacológica

El inicio de indicar medicamentos antihipertensivos dependerá de la evaluación integral del paciente según los niveles de riesgo cardiovascular que se le ha adjudicado, tomando en

consideración: nivel de la presión arterial sistólica y diastólica, presencia de daño clínico o subclínico en los órganos blanco y factores de riesgo ¹⁷.

Los que iniciarán terapia farmacológica son¹⁷:

Hipertensos que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses con riesgo cardiovascular bajo y en quienes no se han obtenido las metas de la presión arterial.

Hipertensos con niveles de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 100 mmHg, independiente de otros parámetros.

Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial.

La terapia farmacológica puede ser: agente único o en combinaciones apropiadas¹⁷.

Los grupos de medicamentos antihipertensivos de primera elección en monoterapia corresponden a: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, B-bloqueadores, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, diuréticos tipo tiazidas y bloqueadores de los canales de calcio¹⁷.

En personas mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los (B-bloqueadores como primera elección^{30, 39}.

El inicio de monoterapia podrá realizarse con uno de los agentes antihipertensivos mencionados:

- Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día), o
- losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día), o
- hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), o
- amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día).

Terapia farmacológica combinada¹⁷

El principio de la respuesta clínica será fundamental para el inicio de la terapia farmacológica combinada. Si en 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo no se llega a alcanzar la meta o si hay ausencia de eficacia a la dosis inicial convencional de un agente único se deberá decidir usar una terapia farmacológica combinada⁴⁰.

Los grupos de pacientes, en quienes se prefiere combinar la terapia precozmente (4 semanas en monoterapia) o desde el principio, incluyen:

1. Aquellos que muestren niveles de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 100 mmHg³⁶.
2. Síndrome metabólico³⁶.
3. Hipertensos con riesgo cardiovascular moderado a más.

4. Adulto mayor³⁶

5. Obesidad³⁶

Metas de presión arterial^{30,31}

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

Tabla N° 2. Metas de la presión arterial

Conocimiento humano

El ser humano desde inicios de la civilización se ha preocupado por conocer el mundo que lo rodea. Compuesto en primer lugar por la naturaleza y el conjunto de fenómenos físicos que conforman la realidad natural y que repercute de manera importante en el desenvolvimiento de la vida humana. También en el mundo se encuentran los individuos con rasgos físicos y sociales que pautan la convivencia en comunidad, en donde desde años posteriores ha sido la forma de organización característica de la humanidad⁴¹.

El ser humano se orienta hacia el conocimiento de una realidad que se desdobra en múltiples dimensiones: sociales, naturales, físicas y que paralelamente se encuentra enmarcada en el tiempo (pasado, presente y futuro)⁴¹.

Formas de conocimiento⁴¹

Sentido común:

Es un tipo de conocimiento más extendido, aquel que surge de la vida cotidiana y la experimentación con la realidad circundante. Se caracteriza por su constante aplicación práctica, dicho de otro modo, por el traslado de los saberes obtenidos en la experiencia propia a la solución de problemas e inquietudes que conforman nuestra vida⁴¹.

Hay que tomar en cuenta que uno de los problemas que ofrece este conocimiento es su carácter disperso, asistemático y fragmentado. Los saberes que conforman el sentido común surgen de la experiencia propia y se orientan a la aplicación práctica, por lo que no les interesa conocer el conjunto de cualidades del objeto en cuestión, sino simplemente resolver el problema a mano⁴¹.

Por otra parte, al quedarse solamente con el conocimiento obtenido a partir del evento ocurrido, será difícil trasladar ese saber a otras manifestaciones del mismo fenómeno pero bajo diferentes circunstancias. Por eso se le denomina como un carácter disperso del conocimiento ya que solo se obtiene a partir del sentido común⁴¹.

Discurso mítico-religioso:

A lo largo de la historia, la humanidad ha desarrollado una segunda forma de conocimiento. En la cual se le atribuye a entidades supra-humanas, la producción del conjunto de fenómenos físicos que constituyen la realidad natural como asimismo una constante intervención en la vida cotidiana de las personas. En donde el único interés por parte del individuo reside en procurar interpretar los designios de la voluntad trascendente y sus características, lo cual procede en un estudio que se denomina teología⁴¹.

Ciencia:

Las elites culturales de las sociedades comenzaron a polemizar el saber mítico-religioso debido al advenimiento principal de la modernidad y el pensamiento secular e individualista. Debido a que podían explicarse bajo argumentos más rigurosos los enigmas de la realidad social y natural, apelaron a la exclusividad de la razón⁴¹.

Adherencia al tratamiento farmacológico⁴²

En la práctica clínica, un problema prevalente y relevante es la falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima en forma general que los pacientes no toman sus medicaciones como están prescritas en un 20-50%⁴³, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. La OMS en el contexto de las enfermedades crónicas considera a la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios⁴⁴.

Factores que influyen en la adherencia

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico se puede observar en diversas situaciones. Algunas son consecuencia de actos involuntarios como una falta de adherencia no intencionada: como olvidos o confusión; pero el paciente también puede presentar una falta de adherencia intencionada: como dejar de tomar la medicación voluntariamente, por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva^{44, 45}.

La falta de adherencia es un problema complejo sea tanto intencionada o no, influido por múltiples factores. La clave está en identificar cuáles son estos factores, lo que permitirá diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias⁴².

Se ha evidenciado que los pacientes toman las decisiones sobre sus medicamentos basándose en su conocimiento sobre la patología y posible tratamiento, en su percepción sobre la necesidad de usar medicación y en sus preocupaciones sobre la misma. Tomar una medicación y continuar tomándola es una decisión que se considera un comportamiento complejo y de ahí que la guía NICE considere importante sensibilizar a los profesionales en diversas cuestiones sobre dichos comportamientos que pueden ser útiles para la discusión con los pacientes de forma individualizada⁴².

Método para valorar la adherencia⁴²

Existen métodos diversos para medir la adherencia y se clasifican en directos e indirectos. Ninguno se considera de referencia, pero todos tienen sus ventajas e inconvenientes. Tenemos los métodos directos que consisten en medir la cantidad de fármaco que hay en muestras biológicas, pero son caros y poco aplicables en atención primaria⁴².

Los métodos indirectos tienen la desventaja de que son poco objetivos, ya que la información que se utiliza suele provenir del propio enfermo, pero son los más utilizados y en general, sobreestiman la adherencia al tratamiento. Tenemos, la entrevista personalizada o auto cuestionario es el recomendado por la mayoría de los autores; por ejemplo, el test de Morisky-Green o el de cumplimiento terapéutico (ver ANEXO). Es un método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor y es útil para indagar sobre las razones de la no adherencia⁴⁵.

2.4. Definición De Conceptos Operacionales

Hipertensión arterial: es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, que hasta el día de hoy es definida como una enfermedad sin etiología. La clínica es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica o diastólica, este umbral será el valor tradicional de 140 mm Hg sistólico, 90 mm Hg diastólico o ambos.

Conocimiento: Es la información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje adquirido de una persona.

Adherencia al tratamiento: Grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

Sexo: División del género humano en dos grupos

Edad: Se define como el número de años cumplidos entre la fecha de nacimiento

Años de hipertensión arterial: Conocimiento de los años que padece la enfermedad.

Estado civil: Condición de mantener o no relación sentimental con otra persona

Nivel de educación: Es el proceso de aprendizaje permanente que abarca las distintas etapas de la vida de las personas, mediante la transmisión y el cultivo de valores, conocimientos y destrezas.

Años de hipertensión arterial: Conocimiento de los años que padece la enfermedad.

III. Capítulo III: Hipótesis Y Variables

3.1. Hipótesis:

3.1.1 Hipótesis General

- Ho: El nivel de conocimiento de la hipertensión arterial está asociado significativamente a la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017.

Ha: El nivel de conocimiento de la hipertensión arterial no está asociado significativamente a la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017.

3.1.2 Hipótesis Específicas

- Ho: La edad está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Ha: La edad no está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

- Ho: El sexo está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Ha: El sexo no está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

- Ho: El estado civil está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Ha: El estado civil no está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos

- Ho: El nivel de educación está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Ha: El nivel de educación no está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

- Ho: El tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Ha: El tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial no está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

3.2. Variables Principales De Investigacion

-Variable dependiente:

Adherencia al tratamiento farmacologico

-Variable independiente:

Nivel de conocimiento

IV. Capítulo IV: Metodología

4.1. Tipo Y Diseño De Investigación

El diseño de investigación que se realizó es de tipo observacional, analítico - correlacional, transversal y retrospectivo a partir de una muestra de pacientes mayores de 40 años sin deterioro cognitivo, que asisten a control por diagnóstico de hipertensión arterial quienes fueron atendidos por consultorio externo de cardiología en el periodo de septiembre a noviembre 2017.

Observacional, en donde no se manipulan las variables.

Analítico - correlacional, ya que se pretende estudiar y analizar la relación o asociación entre las variables que se van a utilizar en el estudio.

Transversal, ya que se realiza una sola medición en un tiempo determinado de los sujetos y se evalúa de forma concurrente a la exposición y el evento de interés.

4.2. Población Y Muestra

4.2.1 Población

La población estará comprendida por pacientes hipertensos que acudan durante el período entre septiembre a noviembre del 2017 que fueron atendidos por consultorio externo de cardiología, que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes con Hipertensión arterial mayores de 40 años de edad de ambos géneros.

Pacientes sin deterioro cognitivo.

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial primaria.

Pacientes que vienen llevando a cabo sus controles por consultorio externo de cardiología.

Criterios de exclusión

Pacientes con hipertensión arterial menores de 40 años.

Pacientes con hipertensión arterial secundaria.

Pacientes con Hipertensión arterial que no hayan recibido ningún tipo de intervención médica (farmacológica o no farmacológica)

Pacientes que no acepten participar en la investigación.

Trastornos mentales que impidan contestar los instrumentos

Pacientes que no respondieron la totalidad de respuestas de los cuestionarios.

4.2.2 Tamaño de muestra:

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente herramienta.

ESTIMACION DE UNA PROPORCION POBLACIONAL CON UNA PRECISION ABSOLUTA ESPECIFICADA	
PROPORCIÓN ESPERADA EN LA POBLACIÓN	0.4
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
ERROR O PRECISIÓN	0.05
TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	1910
TAMAÑO DE MUESTRA INICIAL	369
TAMAÑO DE MUESTRA FINAL	310

En donde el tamaño de la muestra final será de 310 pacientes hipertensos que acudan a consultorio y que cumplan con los criterios de inclusión.

4.3. Operacionalización De Variables

Ver anexo

4.4. Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos

Se utilizó cuestionario y un test como recolección de datos, con previa autorización para la obtención de la información.

Se solicitó autorización al Jefe de Recurso Humanos, al Jefe de la Unidad de capacitación, docencia e investigación y al Médico del Servicio de Cardiología para la realización del presente estudio, luego se procedió a encuestar a los pacientes hipertensos que desearon colaborar con el estudio explicando los objetivos del mismo.

El instrumento consta de una estructura dividida en cuatro partes:

Consentimiento informado, se explicó al paciente los objetivos de la investigación y que su participación es voluntaria; también se informó que no serán utilizados sus nombres ni los datos recolectados para otro tipo de uso.

La recolección de datos que consta de dos ítems, la primera donde se registra datos socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, nivel de educación) y el segundo el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial.

Cuestionario sobre el conocimiento de la hipertensión arterial que fue adaptado del estudio García Acevedo, S. en el 2014 realizado en CAP 11 - CHUPACA – ESSALUD, Huancayo-Perú¹⁹, en donde se realizó un estudio piloto. Se Validó a través de un juicio de expertos. La confiabilidad se realizó mediante el coeficiente KUDER RICHARDSON cuyo resultado del cálculo del coeficiente de confiabilidad del instrumento de conocimiento fue 0.68 (muy confiable) ¹⁹. Está conformada por 29 preguntas que corresponde al conocimiento específico de la hipertensión, factores de riesgo de la hipertensión, complicaciones de la hipertensión, dieta y medicación; la calificación es con un puntaje mínimo de 29 puntos y máximo de 52 puntos. Es una herramienta fiable y fácil para evaluar el nivel de conocimientos sobre la hipertensión de los pacientes hipertensos, siendo especialmente útil para evaluar la eficacia de la educación terapéutica.

Test de Morinski – Green – Levine, identifica a los personas que cumplen o no al tratamiento farmacológico. Está conformada por 4 preguntas y para considerar una adecuada respuesta debe ser (no, no, no, no) en todas las respuestas paciente con un total de 4 puntos y no adherente al tratamiento farmacológico cuando una o más repuestas no es adecuada, según Val Jiménez A⁴⁶. Presenta una alta fiabilidad (alfa Cronbach 0.61), una alta especificidad (94%) y un valor predictivo positivo (91.6%).

Para el control de calidad de los datos se revisaron cada una de las encuestas llenadas por los pacientes hipertensos que acuden al consultorio externo de cardiología del Hospital de Ventanilla a fin de no tomar en cuenta aquellas que no estaban adecuadamente llenadas, incompletas o que tengan criterios de exclusión.

4.5. Recolección De Datos

Para la recolección de la información se llevó a cabo con el cuestionario para evaluar el conocimiento sobre la hipertensión arterial, el test de Morinski-green-levine y datos generales a pacientes hipertensos que acudieron al consultorio externo de cardiología y cumplieron los criterios de inclusión, dirigida por el investigador a cargo, recolectada en trece semanas.

Previa a la consulta médica mientras esperaban su turno de llamada en la sala de espera se les ofreció a participar de esta investigación. Se les aclaró los objetivos de esta investigación y a los que daban su consentimiento informado escrito, se les aplicó el cuestionario, el test y los datos generales, lo que aproximadamente duró 10 - 15 minutos. El médico del servicio de cardiología utilizó como herramienta para la medida de la presión arterial un tensiómetro aneróide Heine Gamma G5.

4.6. Técnica De Procesamiento Y Análisis De Datos

Los datos fueron introducidos al programa estadístico SPSS versión 25 realizándose prueba de estadística descriptiva; mediante determinación de frecuencias, porcentajes e inferencial con las respuestas de los datos generales, cuestionario y test.

Las variables relacionadas con las características de los datos generales de la investigación se utilizaron la estadística descriptiva donde se incluyó la presentación de media, mediana, desviación estándar para variables numéricas y por medio de distribución de frecuencias y porcentajes (tablas, gráficas circulares) para las variables categóricas. Además se utilizó Chi cuadrado para el análisis de estadística del análisis bivariado. Se calcularon la razón de odds. También se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon utilizando criterios de rango: $p < 0,05$ relación estadísticamente significativa, $p > 0,05$ relación no estadísticamente significativa.

V. Capítulo V: Resultados Y Discusión

5.1. Resultados Generales

Participaron en el estudio 310 pacientes con hipertensión arterial que son tratados en los consultorios externos de Cardiología del Hospital Ventanilla. Algunas características de los datos generales fueron:

Tabla N°3 Distribución de edad de pacientes hipertensos en el Hospital Ventanilla.

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
40 - 60 años	159	51,3%
mayor de 60 años	151	48,7%
Total	310	100,0%

Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango
60	11,405	41	82	41

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 03 la edad de los pacientes hipertensos del Hospital Ventanilla, tiene una mediana de 60,00. Con un mínimo de 41 años y un máximo de 82 años. El rango de edad

del grupo intervenido con una edad de 40 – 60 años tiene un porcentaje de 51,3%, y el rango de edad de mayores de 60 años tiene 48,7%.

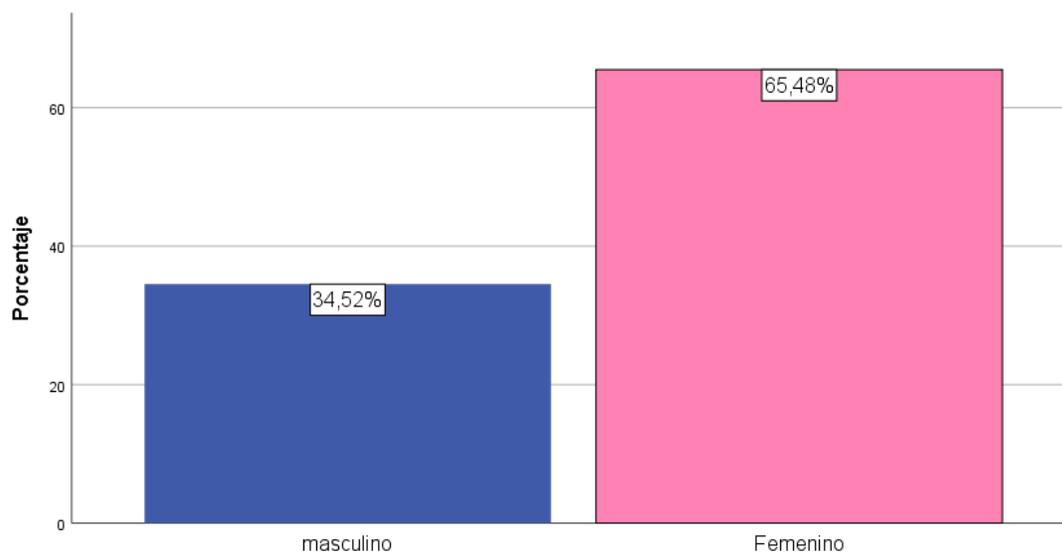


Grafico 1: Genero de pacientes hipertensos en el Hospital de Ventanilla.

En el grafico 1 la distribución por género de los pacientes hipertensos del Hospital de ventanilla se puede concluir que de un total de 310 encuestados el mayor porcentaje fueron del sexo femenino (65,48%).

Tabla N° 4. Estado Civil de pacientes hipertensos del Hospital Ventanilla.

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Con pareja	169	54,5%
Sin pareja	141	45,5%
Total	310	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 4 se aprecia que de 310 encuestados, el 54,5% tiene pareja y un 45,5% está sin pareja.

Tabla N° 5 Nivel Educativo de pacientes hipertensos en el Hospital Ventanilla

Nivel educativo		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin formación académica	66	21,3%
Con formación académica	244	78,7%
Total	310	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5 se puede observar que el 21,3% de los pacientes hipertensos no tienen una formación académica (analfabetos y estudio primario incompleto) y el 78,7% si tienen una formación académica (estudio primario completo, secundario, universitario).

Tabla N° 6 Distribución según tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial en pacientes del Hospital Ventanilla

Tiempo de diagnostico		
	Frecuencia	Porcentaje
5 años de diagnostico	216	69,7%
Mayor de 5 años de diagnostico	94	30,3%
Total	310	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 6 se observa que el 69,7% fueron diagnosticados en un periodo comprendido de menos de 5 años, y un 30,3% aquellos pacientes hipertensos diagnosticados que tienen más de 5 años. Tiene una mediana de 4,00. Con un mínimo de 0 años y un máximo de 35 años.

Tabla N°7 Control de la hipertensión en pacientes atendidos en el consultorio externo del Hospital Ventanilla

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No controlado	234	75,5	75,5	75,5
Controlado	76	24,5	24,5	100,0
Total	310	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 7 se puede observar que el 75.5% de los pacientes hipertensos no tienen controlada su presión arterial y el 24.5% si tiene controlada su presión arterial. Se puede concluir que de un total de 310 encuestados el mayor porcentaje son pacientes que tienen hipertensión no controlada (75,5%).

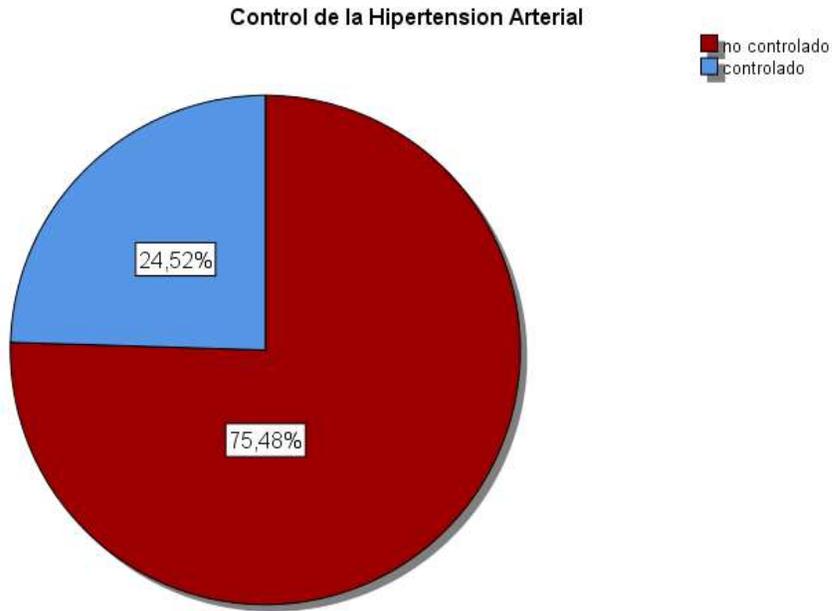


Grafico 2: Control de la hipertensión en pacientes atendidos en el consultorio externo del Hospital Ventanilla

En el grafico 2 se puede observar que el 75.5 % tienen la hipertensión no controlada y el 24.5 % la tiene controlada.

RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL:

Tabla N° 8 Respuesta al conocimiento específico de la hipertensión

1. Hipertensión (generalidades)	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1.1. A partir de qué valor se considera la presión arterial elevada?	140/90		160/95	
	128	41.3	182	58.7
1.2. Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida? ☆	si		no	
	201	64.8	109	35.2
1.3.Cuál de las dos medidas	sistólica máxima		diastólica mínima	



(máxima) o diastólica (mínima) es más importante en el control y prevención de la hipertensión?	129	41.6	181	58.4
1.4. Conoce las cifras de su presión arterial?	si		no	
	78	25.2	232	74.8
1.5. Es usted hipertenso? ☆	271	87.4	39	12.6
1.6. Le han explicado qué es la hipertensión?	96	31.0	214	69.0
1.7. ¿algún médico le controla su presión arterial?	108	34.8	202	65.2
1.8. ¿Se toma la presión con regularidad?	93	30.0	217	70.0
1.9. ¿Dispone de un aparato de presión arterial en su domicilio?	4	1.3	306	98.7

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 8 al evaluar la categoría sobre conocimiento específico de la hipertensión, se puede observar que de las 9 preguntas evaluadas se obtiene un puntaje de 12 que según puntos de cohorte para evaluar el nivel de conocimientos de las personas con hipertensión arterial se obtendría un INADECUADO CONOCIMIENTO. Las preguntas que presentaron un adecuado conocimiento fueron 2, 3 y 5 con un porcentaje de 64.8%; 58.4%; y 87.4% respectivamente. Mientras que las preguntas con un inadecuado conocimiento fueron 1, 4, 6, 7, 8, 9 con un porcentaje de 58.7%; 74.8%; 69%; 65.2%; 70% y 98.7% respectivamente. Los resultados indican que el 87.4% respondió que sabe del diagnóstico de su enfermedad; sin embargo las respuestas con un inadecuado conocimiento con un alto porcentaje de 98.7% niega tener un aparato de presión arterial en su domicilio.

Tabla N° 9 Respuesta sobre el conocimiento de los factores de riesgo para la hipertensión

2. Factores de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2.1. ¿conoce otros factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades del corazón además de la hipertensión arterial?	si		no	
	53	17.1	257	82.9
2.2. ¿La obesidad es el factor casual más importante de la hipertensión arterial? ☆	252	81.3	58	18.7
2.3. ¿El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión? ☆	219	70.6	91	29.4
2.4. ¿La diabetes y el colesterol son factores de riesgo asociados a la hipertensión? ☆	208	67.1	102	32.9
2.5. ¿El ejercicio va bien para la presión arterial? ☆	227	73.2	83	26.8
2.6. ¿Tienen más predisposición a la hipertensión las personas con antecedentes familiares?	143	46.1	167	53.9

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 9 al evaluar la categoría sobre el conocimiento de los factores de riesgo para la hipertensión, se puede observar que de las 6 preguntas evaluadas se obtiene un puntaje de 10 que según puntos de cohorte para evaluar el nivel de conocimientos de las personas con hipertensión arterial se obtendría un inadecuado conocimiento. Las preguntas que

presentaron un adecuado conocimiento fueron 2, 3,4 y 5 con un porcentaje de 81.3%; 70.6%; 67.1% y 73.2% respectivamente; y las preguntas con un inadecuado conocimiento fueron 1 y 6 con un porcentaje de 82.9% y 53.9% respectivamente. La respuesta con un conocimiento adecuado fue que el 81.3% sabe que la obesidad es el factor casual más importante de la hipertensión arterial; sin embargo tiene un inadecuado conocimiento el 82.9% respecto a no conocer otros factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades del corazón además de la hipertensión arterial.

Tabla N°10 Respuesta sobre el conocimiento de las complicaciones de la hipertensión

3. Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
3.1. ¿Le han informado sobre los riesgos que tiene la elevación de la presión arterial?	si 122	39.4	no 188	60.6
3.2. ¿La presión arterial puede  provocar problemas en el corazón?	288	92.9	22	7.1
3.3. ¿La presión arterial puede  provocar daños en el cerebro?	183	59.0	127	41.0
3.4. ¿La presión arterial puede  provocar problemas con el riñón?	69	22.3	241	77.7

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°10 al evaluar la categoría sobre el conocimiento de las complicaciones de la hipertensión, se puede observar que de las 4 preguntas evaluadas se obtiene un puntaje de 4 que según puntos de cohorte para evaluar el nivel de conocimientos de las personas con hipertensión arterial se obtendría un inadecuado conocimiento. Las preguntas que presentaron un adecuado conocimiento fueron 2 y 3 con un porcentaje de 92.9% y 59% respectivamente; mientras que las preguntas con un inadecuado conocimiento fueron 1 y 4 con un porcentaje de 60.6% y 77.7% respectivamente. La respuesta con un adecuado conocimiento fue que el 92.9% conoce que la presión arterial puede provocar problemas en el corazón; sin embargo tienen un inadecuado conocimiento con un 77.7% respecto a desconocer que la presión arterial puede provocar problemas con el riñón.

Tabla N°11 Respuesta sobre el conocimiento de la dieta respecto a la hipertensión

4. Dieta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4.1. ¿Una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial? ☆	si		no	
	298	96.1	12	3.9
4.2. ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal? ☆	276	89.0	34	11.0
4.3. ¿Se puede controlar con dieta la hipertensión? ☆	221	71.3	89	28.7

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°11 al evaluar la categoría sobre el conocimiento de la dieta respecto a la hipertensión arterial, se puede observar que de las 3 preguntas evaluadas se obtiene un puntaje de 6 que según puntos de cohorte para evaluar el nivel de conocimientos de las personas con hipertensión arterial se obtendría un adecuado conocimiento. Las preguntas que presentaron un adecuado conocimiento fueron todas (1, 2, 3) con un porcentaje de 96.1%, 89% y 71.3% respectivamente. Las respuestas indican que el 96.1% saben que seguir una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial, el 89% sabe que es aconsejable reducir el consumo de sal y por último saben que se puede controlar con dieta la hipertensión con un 71.3%.

Tabla N°12 Respuesta sobre el conocimiento de la medicación respecto a la hipertensión

5. Medicación	Frecuencia		Porcentaje	
	si	no		
5.1. ¿Se puede controlar con medicación la hipertensión? ☆	310	0	100.0	0.0
5.2. ¿Toma medicación para la hipertensión? ☆	256	54	82.6	17.4
5.3. ¿Hay que tomar la medicación para toda la vida? ☆	162	148	52.3	47.7
5.4. ¿Se puede aumentar la dosis de la medicación si le sube más la presión, sin consultar a su médico? ☆	31	279	10.0	90.0
5.5. ¿Se puede disminuir la dosis de la medicación si le baja la presión, sin consultar a su médico? ☆	31	279	10.0	90.0
5.6. ¿Se puede dejar el tratamiento ☆	147	163	47.4	52.6

cuando la presión se normaliza?

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°12 al evaluar la categoría sobre el conocimiento de la medicación respecto a la hipertensión arterial, se puede observar que de las 6 preguntas evaluadas se obtiene un puntaje de 12 que según puntos de cohorte para evaluar el nivel de conocimientos de las personas con hipertensión arterial se obtendría un adecuado conocimiento. Las preguntas que presentaron un adecuado conocimiento fueron todas (1, 2, 3, 4, 5 y 6) con un porcentaje de 100%, 82.6%, 52.3%, 90%, 90% y 52.6% respectivamente. Las respuestas indican que el 100% saben que pueden controlar con medicación la hipertensión, el 90% saben que no se puede aumentar la dosis de la medicación si le sube más la presión, sin consultar a su médico, un 90 % sabe que no se puede disminuir la dosis de la medicación si le baja la presión, sin consultar a su médico, el 82.6% sabe que debe de tomar medicación para la hipertensión arterial, el 52.3% sabe que hay que tomar la medicación para toda la vida y por último un 52% saben que no se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza.

Tabla N°13 Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuado	71	22,9	22,9	22,9
	Adecuado	239	77,1	77,1	100,0
	Total	310	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 13 se evalúa el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial a los 310 encuestados teniendo como resultado que de las 29 preguntas evaluadas se obtiene un

puntaje de 44 que según puntos de cohorte para evaluar el nivel de conocimientos de las personas con hipertensión arterial se obtendría un adecuado conocimiento. Se obtuvo del total un 77.1% pacientes con un adecuado conocimiento y 22.9% un inadecuado conocimiento.

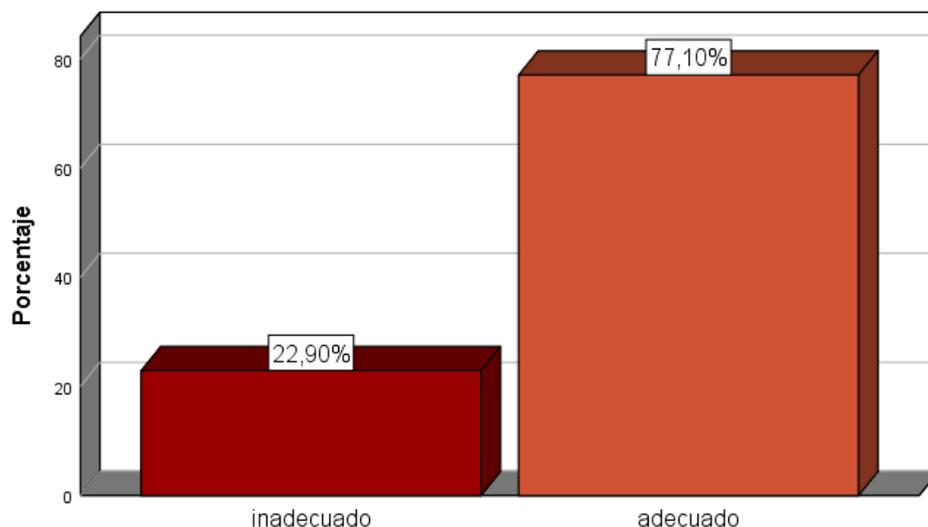


Gráfico 3: Distribución de pacientes según el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en el Hospital Ventanilla

En el gráfico 3 se obtuvo del total un 77.1% pacientes con un adecuado conocimiento y 22.9% un inadecuado conocimiento.

Tabla N° 14 Respuesta de pacientes adherentes al tratamiento según test de Morinski-Green-Levine

PREGUNTAS	Frecuencia		Porcentaje	
	si	no		
6.1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	177	57.1	133	42.9
6.2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?	194	62.6★	116	37.4
6.3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	145	46.8	165	53.2★
6.4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	154	49.7	156	50.3

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°14 al evaluar la categoría sobre grado de cumplimiento al tratamiento farmacológico, se puede observar la distribución porcentual de las respuestas que dieron los pacientes al test de Morinsky Green – Levine. Los pacientes que respondieron de la siguiente manera: 1=No, 2=No, 3=No, 4=No, fueron adherentes al tratamiento farmacológico. La respuesta correcta con mayor porcentaje fue que los pacientes no dejaban de tomar los medicamentos a pesar de tener mejoría en su sintomatología con un 53.2%. Por el contrario, el grupo de pacientes con mayor porcentaje presentando una respuesta incorrecta fue que los pacientes se olvidaban de tomar los medicamentos a las horas indicadas para su hipertensión con un 62.6%.

Tabla N° 15 Grado de cumplimiento terapéutico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e válido	Porcentaje acumulado
no adherente al tratamiento	222	71,6	71,6	71,6
si adherente al tratamiento	88	28,4	28,4	100,0
Total	310	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°15 se puede observar que de los 310 pacientes encuestados que respondieron al test de Morinsky Green – Levine. El 71.6% no es adherente al tratamiento farmacológico antihipertensivo y el 28.4% si es adherente al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

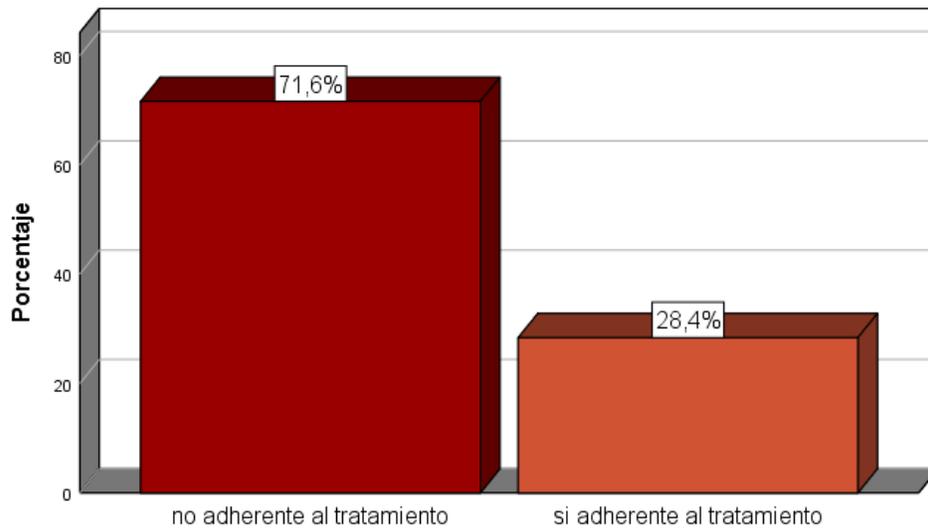


Gráfico 4 Distribución según el grado de cumplimiento terapéutico antihipertensivo de pacientes hipertensos del Hospital Ventanilla

En la gráfico 4 se observa que el 71.6% no es adherente al tratamiento farmacológico antihipertensivo y el 28.4% si es adherente al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

5.2. Resultado Según Objetivos

5.2.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017.

Tabla N°16 Asociación entre nivel de conocimiento sobre HTA y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo

		Adherencia al tratamiento farmacológico		Total
		no adherente al tratamiento	si adherente al tratamiento	
Nivel de conocimiento sobre HTA	Inadecuado	67	4	71
		94,4%	5,6%	100,0%
	Adecuado	155	84	239
		64,9%	35,1%	100,0%
Total		222	88	310
		71,6%	28,4%	100,0%

Factor	Chi cuadrado	p	OR	IC al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nivel de	23,453	0,005	9,077	3,198	25,764

**conocimiento
sobre HTA**

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 16 Se observa que un 94,4% tiene un inadecuado nivel de conocimiento sobre HTA y no son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, mientras que los pacientes con adecuado conocimiento tienen un 64,9%. Para la asociación se encontró $\text{Chi}^2 = 23,453$ y $p = 0.005 (< 0.05)$ presentando significancia estadística, además siendo el Odds Ratio mayor a la unidad ($\text{OR}=9,077$) decimos que los pacientes hipertensos con un inadecuado nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

5.2.2 Objetivos Específicos

OBJETIVO 1: Determinar si la edad está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Tabla N°17 Asociación entre edad y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo

	Adherencia al tratamiento farmacológico	Total

		no adherente al tratamiento	si adherente al tratamiento	
Edad	40 - 60 años	126	33	159
		79,2%	20,8%	100,0%
	mayor de 60 años	96	55	151
		63,6%	36,4%	100,0%
Total		222	88	310
		71,6%	28,4%	100,0%
Chi cuadrado	p	OR	IC al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
9,354	0.002	2,188	1,318	3,631

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 17 Se observa que el 79,2% está en el rango de 40 – 60 años y no son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, mientras que los pacientes que son mayor de 60 años tienen un 63,6%. Para la asociación se encontró $\text{Chi}^2 = 9,354$ y $p = 0.002$ (< 0.05) presentando significancia estadística, además siendo el Odds Ratio mayor a la unidad ($\text{OR}=2,188$) decimos que los pacientes hipertensos que están en el rango de edad entre 40 y 60 años es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

OBJETIVO 2: Determinar si el sexo está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Tabla N°18 Asociación entre sexo y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo

		adherencia al tratamiento farmacológico		Total
		no adherente al tratamiento	si adherente al tratamiento	
sexo	masculino	90	17	107
		84,1%	15,9%	100,0%
	Femenino	132	71	203
		65,0%	35,0%	100,0%
Total		222	88	310
		71,6%	28,4%	100,0%
Chi cuadrado	p	OR	IC al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
12,558	0.005	2,848	1,573	5,153

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 18 Se observa que el 84,1% del sexo masculino no son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, mientras que los pacientes del sexo femenino tienen un 65%. Para la asociación se encontró $\chi^2 = 12,558$ y $p = 0.005$ (< 0.05) presentando significancia estadística, además siendo el Odds Ratio mayor a la unidad

(OR=2,848) decimos que los pacientes hipertensos con sexo masculino es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

OBJETIVO 3: Determinar si el estado civil está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Tabla N°19 Asociación entre estado civil y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo

		Adherencia al tratamiento farmacológico		Total
		no adherente al tratamiento	si adherente al tratamiento	
Estado civil	con pareja	128	41	169
		75,7%	24,3%	100,0%
	sin pareja	94	47	141
		66,7%	33,3%	100,0%
Total		222	88	310
		71,6%	28,4%	100,0%
Chi cuadrado	p	OR	IC al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
3,113	0.078	1,561	0,950	2,564

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 19 Se observa que el 75,7% de pacientes hipertensos que tienen pareja presentan mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, mientras que los pacientes hipertensos que no tienen pareja tiene un 66,7%. Para la asociación se encontró $\chi^2 = 3,113$ y $p = 0.078$ (> 0.05) presentando no significancia estadística, además siendo el $OR=1,561$ con IC al 95% 0,950 - 2,564 tomando a uno dentro de sus valores.

OBJETIVO 4: Determinar si el nivel de educación está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Tabla N°20 Asociación entre nivel educativo y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo

		Adherencia al tratamiento farmacológico		Total
		no adherente al tratamiento	si adherente al tratamiento	
Nivel educativo	sin formacion academica	45	21	66
		68,2%	31,8%	100,0%
	con formacion academica	177	67	244
		72,5%	27,5%	100,0%
Total		222	88	310
		71,6%	28,4%	100,0%

Chi cuadrado	p	OR	IC al 95%	
			Limite inferior	Limite superior
0,486	0.486	0,811	0,450	1,462

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 20 Se encontró que el 68,2% de pacientes hipertensos sin formación académica (analfabetos y estudios de primaria incompleta), no son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo; mientras que los pacientes hipertensos con formación académica tiene un 72,5%. Para la asociación se encontró $\text{Chi}^2=0,486$ y $p = 0.486 (> 0.05)$ presentando no significancia estadística, además teniendo el $\text{OR}=0,811$ y IC al 95% de 0,450 - 1,462 tomando el valor 1.

OBJETIVO 5: Determinar la asociación entre tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Tabla N° 21 Asociación entre tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo

		Adherencia al tratamiento farmacológico		Total
		no adherente al tratamiento	si adherente al tratamiento	
Tiempo de diagnóstico	< 5 años de diagnóstico	175	41	216
		81,0%	19,0%	100,0%
	> 5 años de diagnóstico	47	47	94
		50,0%	50,0%	100,0%
Total		222	88	310
		71,6%	28,4%	100,0%
		IC al 95%		
Chi cuadrado	p	OR	Límite inferior	Límite superior
30,999	0.005	4,268	2,517	7,239

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 21 Se observa que el 81% de los pacientes hipertensos que tienen menos de 5 años de diagnóstico de HTA presenta una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, mientras que los pacientes con más de 5 años de diagnóstico de HTA tienen un 50%. Para la asociación se encontró $\text{Chi}^2 = 30,999$ y $p = 0.005$ (< 0.05) presentando significancia estadística, además siendo el Odds Ratio mayor a la unidad (OR=4,268) decimos que los pacientes hipertensos que tienen menos de 5 años de

diagnóstico de HTA es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

5.3. Discusión De Resultados

La hipertensión arterial es un peligro continuo para las personas adultas produciendo mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, accidente vascular cerebral y nefropatías, por lo cual emprender un tratamiento ayudara a disminuir la morbilidad y mortalidad de origen tensional; sin embargo un porcentaje de la población de hipertensos recibe un inadecuado tratamiento o no lo recibe produciendo un mal control de su presión arterial. En el Hospital de Ventanilla la hipertensión arterial es una de las patologías más frecuentes ocupando el primer lugar como motivo de consulta en el servicio de cardiología.

El grupo etario con mayor presencia de pacientes hipertensos fue en el rango de 40 – 60 años con un 51,3% y una mediana de 60. García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014), en su estudio el grupo etario con mayor porcentaje fue de 51 – 70 años con un 35.5%; Amonov Malik et al (Japon, 2014) similar a nuestro estudio encontró un grupo etario de 30 – 59 años con el mayor porcentaje de 55,5%; en otro estudio realizado por Rodríguez Abt, J. et al (Lima, 2015) la media de su edad fue de 70 años; y por ultimo un estudio realizado por Flores Rojas, W. (Iquitos, 2016) presenta también similar resultado a nuestra investigación , donde el mayor porcentaje fue en el rango de 40 – 49 años con 50.9%. Lo que deducimos que los estudios mencionados y el nuestro, tiene una edad temprana de presentación de la enfermedad y con ello riesgo de complicaciones a una edad más temprana, teniendo que sufrir y lidiar durante toda su vida, por mucho más tiempo.

En relación al sexo se observa una mayor proporción en el género femenino respecto al masculino (65,5% vs 34,5%), en un estudio publicado por Barraza Araiza LF, et al (Colombia, 2014) fue predominante al igual que nuestro estudio el sexo femenino con un 66%. En otro estudio realizado por Apaza Argollo, G. (Tacna, 2013) también fue predominante el sexo femenino con un 57,1% encontrándose asociación con el control de

su presión arterial ($p = 0,019$). Sin embargo, en otro estudio de Flores Rojas, W. (Iquitos, 2016) se encuentra mayor tendencia en el sexo masculino (71,8%) acorde a lo que dicen las literaturas de libros y reportes como el INEI donde el sexo masculino es predominante, cabe destacar que esto fue lo contrario en nuestro estudio ya que el sexo predominante fueron mujeres y esto se debe a que capaz se encuestó a más mujeres.

El estado civil en nuestro estudio es generalmente pacientes hipertensos con pareja un 54,5%; Rodríguez Abt, J. et al (Lima, 2015) presenta similar resultado con 64,2% en la cual la mayoría tiene pareja. Da Silva Barreto, M. et al (Brasil, 2014) también presenta similar resultado teniendo 68,9% pacientes hipertensos con cónyuge.

El nivel educativo en nuestra investigación con mayor porcentaje presenta pacientes hipertensos con formación académica con un 78,7% vs 21,3%; a comparación con un estudio realizado por García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014) el 93,6% presenta formación académica la mayoría y otro estudio por Piñaloza Galarza, S. (Ecuador, 2014) también encontró un mayor porcentaje con formación académica con un 70%. El mayor porcentaje de pacientes hipertensos que tienen formación académica en el trabajo de García fue debido a que es un hospital de Essalud a comparación de nuestro estudio que fue en un hospital del Minsa, en donde el tipo de grado de instrucción depende del aspecto laboral de dicho grupo y con ello a la institución de salud que será atendido.

El periodo de tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial con mayor porcentaje fue en menores de 5 años con un 69,7%. Barraza Araiza LF, et al (Colombia, 2014) al igual que nuestro estudio haya una mayor cantidad de pacientes hipertensos con un tiempo de diagnóstico menor de 5 años con un 47%; sin embargo, Rodríguez Abt, J. et al (Lima, 2015) encontró en su estudio un mayor porcentaje de hipertensos con más de 10 años de patología con un 55,6%.

Los resultados que se obtuvieron del cuestionario para evaluar el conocimiento sobre la HTA el 77,1% de los pacientes hipertensos presentaron un adecuado nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial. Rodríguez Abt, J. et al (Lima, 2015) encontró en su estudio un 68,2% vs 31,8% a predominio de un alto conocimiento sobre HTA; García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014) también encontró un mayor porcentaje de adecuado conocimiento con un 83,9%. Da Silva Barreto, M. et al (Brasil, 2014) encontró en su estudio un mayor porcentaje de un buen conocimiento con un 82,2%. Un menor porcentaje de buen conocimiento se observó en el estudio realizado por Piñaloza Galarza, S. (Ecuador, 2014) con un 56%.

El estudio demuestra que los hipertensos que respondieron con alto porcentaje tanto de una forma correcta e incorrecta al cuestionario para evaluar el conocimiento sobre hipertensión arterial fueron las siguientes: Los pacientes que respondieron con un 100% conocen que se puede controlar con medicación la hipertensión, en el estudio de García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014) se encuentra un valor muy alto casi igual a nuestro estudio con un 96,8%, este buen conocimiento nos ayudaría a que los pacientes hipertensos sean adherentes al tratamiento farmacológico y así tener un buen control de su presión arterial, evitando las complicaciones; otra respuesta con un alto porcentaje 96,1% saben que una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial, en el estudio de García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014) también se encuentra un valor igual con un 96,8% ; y por último los pacientes hipertensos conocen que la presión arterial puede provocar daños en el corazón con un 92,9%, igualmente en el estudio de García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014) se encuentra un valor alto con un 96,8%, este buen conocimiento nos ayudaría a que los pacientes conozcan que la HTA causa enfermedades más peligrosas como isquemia agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, atrofia ventricular. Por el contrario los pacientes que respondieron con un inadecuado conocimiento fueron: no disponían de un tensiómetro en su domicilio un 98,7%, en el estudio de García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014) también se encuentra un

valor similar 83,9%, es importante tener un tensiómetro en domicilio para un control adecuado de su presión arterial; un 82,9% no conocen otros factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades del corazón además de la presión arterial, por el contrario en el estudio de García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014) el 41,9% desconocen estos factores a pesar de ser menor el porcentaje, igual corren el riesgo de no poder evitar o reducir estos factores de riesgo debido a su desconocimiento; y por ultimo no conocen que la presión arterial puede provocar problemas con el riñón 77,7%, por el contrario en el estudio de García Acevedo, S. et al (Huancayo, 2014) con un mayor porcentaje de 87,1% conocen que la hipertensión arterial si puede provocar daño en el riñón, poniendo en riesgo mi población de estudio de presentar complicaciones y provocar insuficiencia renal a largo plazo.

Se encontró que la población en estudio fue predominantemente no adherente al tratamiento farmacológico 71,6% vs 28,4% evaluado mediante el test de Morisky Green Levine. Apaza Argollo, G. (Tacna, 2013) también aplico el mismo test encontrando los mismos resultados presentando una mala adherencia con un 68%. Piñaloza Galarza, S. (Ecuador, 2014) al igual encontró un predominio por pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico con un 60%.

Por otro lado, las respuestas que dieron los pacientes al test presentaron una respuesta correcta con un 53.2% donde no dejaba de tomar el medicamento a pesar de tener mejoría en su sintomatología, siendo la respuesta con mayor porcentaje en este grupo, en el estudio de Apaza Argollo G. (Tacna, 2013) encuentra un mayor porcentaje en relación a esta respuesta con un 87,2%. Por el contrario, un 62.6% se olvidan de tomar los medicamentos a las horas indicadas para su hipertensión, a diferencia del resultado que encontró Apaza Argollo, G. (Tacna, 2013) en su investigación, solo un 25,3% se olvidaba de tomar los medicamento a las horas indicadas.

La distribución de pacientes según el control de la hipertensión arterial se halló un mayor predominio en pacientes con un mal control en relación a los que tienen un buen control con un 75,5% vs 24,5% respectivamente. Casi igual a nuestro estudio Amonov Malik et al (Japon, 2014) encuentra un predominio por pacientes con mal control de su presión arterial con un 75.6% vs 24.4%. Por el contrario Apaza Argollo, G. (Tacna, 2013) en su investigación encontró un predominio en pacientes con buen control en relación a no controlados con un 60% vs 40% respectivamente. Esta diferencia se debe a que Apaza realiza esta investigación en pacientes del programa de hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Essalud donde reciben sus medicamentos gratuitamente y van a sus controles mensuales.

En esta investigación lo más resaltante que se exploró fue si existía asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y se encontró que los pacientes con inadecuado conocimiento sobre hipertensión arterial tienen 9 veces más probabilidad de riesgo a desarrollar una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con un 94,4% ($p= 0.005$). Estos resultados se asemejan pero con un valor menor de probabilidad en un estudio elaborado por Rodríguez Abt, J. et al (Lima, 2015) donde encontró que los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen 1.5 veces más probabilidad de desarrollar adherencia parcial al tratamiento con un 67.7%. En otro estudio elaborado por Piñaloza Galarza, S. (Ecuador, 2014) encontró que existe asociación estadística entre aquellos que presentan conocimientos bajos con niveles bajos de adherencia con un 62.5%. Los resultados permiten constatar dificultades de los pacientes hipertensos en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo cual es considerado una de las causas más importantes del pobre control de la presión arterial en el mundo.

En nuestro estudio encontramos que también existe asociación estadística entre edad y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($p = 0.002$) encontrándose que los pacientes hipertensos que están en el rango de edad entre 40 y 60 años tienen 2 veces

más de probabilidad de riesgo de presentar una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con un 79.2%. Da Silva Barreto, M. et al (Brasil, 2014) encuentra en su estudio que no existe asociación estadísticamente significativa entre la edad los pacientes hipertensos con la adherencia al tratamiento ($p= 0,64$). Rodríguez Abt, J. et al (Lima, 2015) en su estudio encuentra que la media de su edad fue de 70 años en quienes tenían una adherencia parcial sin embargo no encontró asociación estadísticamente significativa.

Encontramos asociación estadística entre género y adherencia al tratamiento farmacológico en nuestro estudio ($p=0.005$) en donde los pacientes hipertensos con sexo masculino tienen 2,8 veces más de probabilidad de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con un 84,1%. Rodríguez Abt, J. et al (Lima, 2015) en su estudio encuentra un mayor porcentaje con un 54,3% en relación a los pacientes del sexo femenino que tienen adherencia parcial al tratamiento sin embargo no encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.74$). En el estudio de Da Silva Barreto, M. et al (Brasil, 2014) igual se encuentra un mayor porcentaje con un 23,2% en relaciona los pacientes del sexo femenino que tiene mala adherencia al tratamiento sin embargo no encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.14$).

En nuestro estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estado civil y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($p=0.078$) en donde el mayor porcentaje con un 75,7% se observa que los pacientes hipertensos que tienen pareja no son adherentes al tratamiento farmacológico. En contraste, en el estudio de Rodríguez Abt, J. et al (Lima, 2015) se evidencia que un mayor porcentaje presentan los pacientes hipertensos que tienen pareja y presentan una adherencia parcial al tratamiento con un 54,1%, sin embargo no encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.70$). Por el contrario, en el estudio realizado por Da Silva Barreto, M. et al (Brasil, 2014) el mayor porcentaje se evidencio en aquellos pacientes hipertensos que conyugue presentando una

buena adherencia al tratamiento farmacológico con un 41,2%, sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.64$).

No se encontró en nuestro estudio asociación estadísticamente significativa entre nivel de educación y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($p=0.486$). Similar a nuestro estudio, Rodríguez Abt, J. et al no encontró asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($p= 0.49$). Un estudio elaborado por Aid Kunert, J. (Paraguay, 2015) encontró asociación entre los pacientes cumplidores al tratamiento farmacológico antihipertensivos que tienen un nivel de instrucción secundario (59%). Piñaloza Galarza, S. en su estudio observo la existencia de personas analfabetas las cuales tienen niveles más bajos de adherencia 27,7% en relación a los pacientes con instrucción secundaria completa y superior los cuales poseen niveles altos de adherencia al tratamiento con un 26,7%.

En este estudio encontramos que también existe asociación estadística entre tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($p=0.005$), en donde los pacientes que tienen menos de 5 años de diagnóstico de HTA tienen 4 veces más de probabilidad de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con un 81% en relación a los que tienen más de 5 años de diagnóstico de HTA con un 50%. En el estudio de Loachamín Huertas, RS. et al (Ecuador, 2014) se encuentra que los pacientes que tienen más de 5 años de tiempo de diagnóstico tiene más porcentaje de no ser adherentes al tratamiento farmacológico con un 51%, sin embargo no encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.352$). Por el contrario, en un estudio realizado por Aid Kunert, J. encontró que los pacientes con un diagnóstico data desde hace menos de 5 años (55%) y que iniciaron el tratamiento desde el momento del diagnóstico (81%) tenían mayor adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo ($P=0.000$).

VI. Capítulo VI: Conclusiones Y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

El estudio evidencia que un inadecuado nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo (OR = 9,077) y esto nos permite constatar la dificultad de los pacientes hipertensos en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo cual es considerado una de las causas más importantes para el pobre control de la presión arterial.

La investigación evidencia que los pacientes hipertensos que están en el rango de edad entre 40 y 60 años es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo (OR=2,188) esta temprana edad de presentación de la enfermedad y aun con mayor riesgo a no ser adherentes al tratamiento farmacológico, hace que esta población sea más vulnerable a que también tengan mayor riesgo de complicaciones a una edad más temprana teniendo que sufrir y lidiar durante toda su vida, por mucho más tiempo.

La investigación evidencia que los pacientes hipertensos con sexo masculino es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo (OR=2,848). Esto se debe al tipo de afrontamiento que elige cada género y por el rol social donde las condiciones de la masculinidad social están ligada fundamentalmente a las condiciones de trabajo.

La investigación evidencia que no existe asociación significativa entre estado civil con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

La investigación evidencia que no existe asociación significativa entre el nivel educativo con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

La investigación evidencia que los pacientes hipertensos que tienen menos de 5 años de diagnóstico de HTA es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo (OR=4,268), esto se debe a que los pacientes tardan en aceptar y adaptarse de que padecen de una enfermedad crónica como la hipertensión, pasando por un proceso de afrontamiento y posteriormente en aprender sobre su enfermedad. El conocimiento que van adquiriendo con el tiempo hará que tengan una mayor adherencia al tratamiento y por ende a un buen control de su enfermedad.

6.2. Recomendaciones

Implementar un programa de hipertensión arterial en el Hospital de Ventanilla para fomentar los conocimientos sobre la patología y tratamiento, con el objetivo de mejorar el autocuidado y evitar descompensaciones a futuro, ingresos hospitalarios, y quizás al final reducir la morbilidad y mortalidad asociada. Al aumentar el nivel de conocimiento de los pacientes afectados se aumentara también el número de pacientes tratados y controlados.

Utilizar tecnología avanzada como los dispositivos móviles enviando mensajes de texto educativos o recordatorios a los pacientes hipertensos que entren al programa, posteriormente evaluar el antes y después de la intervención.

Disponer de un tensiómetro digital de brazo para que los pacientes hipertensos conozcan si verdaderamente está controlando su presión arterial.

Investigar los factores como la disponibilidad de medicamentos en farmacia, la oportunidad en la consulta médica y la accesibilidad a una nueva cita para el manejo del control de su presión arterial ya que no fueron medidos o tenidos en cuenta, lo cual esto quedaría pendiente para futuros estudios, a fin de determinar si tiene relación con el no cumplimiento terapéutico de estos pacientes ambulatorios.

Este estudio nos brinda la posibilidad de realizar más investigaciones y explorar otros factores que influyan en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Causas de muerte 2008 [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud
(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf).
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
4. Teo K, Chow CK, Vaz M, Ranjarajan S, Yusuf S; PURE Investigators-Writing Group. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: examining the impact of societal influences on chronic non-communicable diseases in low-, middle-, and high-income countries. *Am Heart J* 2009; 158:1-7.
5. Guerrero-Romero F, Rodríguez M. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. *Salud Pública México* 1998; 40:339-346.
6. López Jaramillo P, Sanchez R.A, Diaz M, Cobos L, Bryce A, Parra-carrillo JZ, et al. Consenso Latinoamericano de hipertensión en pacientes con Diabetes tipo 2 y Síndrome Metabólico. *An Venez Nutr* 2013; 26(1):40 – 61.
7. Schargrotsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinueza R, Silva-Ayçaguer LC, et al. for the CARMELA study. CARMELA: assessment of the CV risk in seven Latin American cities. *Am J Med* 2008; 121: 5865.
8. Jiménez J, Palacios M, Cañete F, Barriocanal L, Medina U, Figueredo R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and associated cardiovascular risk factors in an adult urban population in Paraguay. *Diabetic Medicine* 1998; 15:334338.
9. Fasce E, Campos I, Ibañez P, Flores M, Zarate H, Román O, Fasce F. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in urban communities in Chile. *J Hypertens* 2007; 25: 1807-1811.
10. Gamboa R. La hipertensión arterial esencial en el Peru. *Rev Per Cardiol* 1993; 19(2):92-99.

11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Enfermedades transmisibles y no transmisibles 2014. Lima, Abril 2015.
12. Ruiz Mori E. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú 2015; 54 (4): 179-183.
13. Segura L, Agusti R, Parodi J, y cols. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (estudio TORNASOL) Rev Per Cardiol 2006; 32:82-128
14. Segura L, Agusti R, Ruiz E. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú II. Rev Per Cardiol 2013; 1:5-59
15. Alvarado Pereda J, González Espinoza G, Leiva Rosado R, Fajardo Delgado BJ, Quezada Pinedo H, Rivas Sarmiento AM, et al. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD REGIÓN CALLAO 2015.
16. Organización mundial de la salud. Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. Una enfermedad que mata en el silencio, una crisis de salud mundial. Día mundial de la salud 2013.
17. MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA.
18. Rodríguez Abt, J, Solís-Visscher RJ, Rogic-Valencia SJ, Román Y, Reyes-Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú 2015. Rev. Fac. Med. 2017; 65(1): 55-60
19. García Acevedo SB, Llanco Palacios LE. (2014). Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial Cap. 11 - Chupaca - Essalud 2014 (tesis de pregrado). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.
20. Apaza Argollo, G. (2013). Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de essalud - red Tacna febrero 2013(bachiller de la Facultad de ciencias médicas). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú.
21. Flores Rojas, W. (2016). Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el hospital III Iquitos – essalud marzo del 2016 (tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Peru.

22. Maguiña Duran, P. (2014). “Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” – 2013” (tesis de pregrado). Universidad nacional mayor de san marcos, Lima, Perú.
23. Benítez Camps M, Egocheaga Cabello IM, Dalfó Baqué A, Bajo García J, Vara González L, Sanchis Doménech C, et al. Estudio Conocimiento: Grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2015; 32(1):12-20.
24. Amonov Malik, Yoshitoku Yoshida, Toirov Erkin, Davlatov Salim, Nobuyuki Hamajima. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan. *Nagoya J. Med. Sci.* 2014; 76:255-263.
25. Piñaloza Galarza, S. (2014). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
26. Aid Kunert, J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2015; 02(02): 43-51.
27. Barraza Araiza L, Sarmiento Limas C. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. *Rev. Fac. Med.* 2014; 62 (3): 399-405
28. Da Silva Barreto M, Oliveira Reiners A, Silva Marcon S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mayo-jun. 2014; 22(3):491-8
29. Loachamín Huertas RS, Lata Cando FX. (2014). Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial y sus determinantes en pacientes hipertensos ambulatorios atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Eugenio Espejo, durante el segundo semestre del año 2014 (tesis de postgrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
30. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2013; 34: 2159–219.
31. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (2013). Guía de la ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en

Evidencia. Edición 2013. Disponible en: http://issuu.com/alad-diabetes/docs/quias_alad 2013. Fecha de visita: 25 de febrero de 2014.

32. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Prevención de enfermedades cardiovasculares, disponible en línea. España. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/ADULTO%20CARDIOVASCULAR.pdf>. Fecha de visita: 02 de febrero de 2014.

33. U.S. Preventive Services Task Force (2007). Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement, disponible en línea. *Ann Intern Med* 2007;147-783-786. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf07/hbp/hbors.htm#ref2>. Fecha de visita: 02 de febrero de 2014

34. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute(2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.

35. National institute for Health and Clinical Excellence (2011). NICE clinical guideline 127: Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults, disponible en línea. Londres. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/hypertension-cq127/introduction>. Fecha de visita: 03 de febrero de 2014.

36. Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH (2011). Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J* 2011;32:3081-3087.

37. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006;24:215-233.

38. Mancia G, Messerli F, Bakris G, Zhou Q, Champion A, Pepine C (2007). Blood Pressure Control and Improved Cardiovascular Outcomes in the International Verapamil SR-Trandolapril Study. *Hypertension*. 2007;50:299-305.

39. Dasgupta D, Quinn RR, Zarnke K, Rabi DM, Ravani P, Daskalopoulou SS, et al. (2014). The 2014 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood

pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol.* 2014 May;30(5):485-501

40. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al.(2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014;311:507-20.

41. Carbonelli M, Cruz Esquivel J, Irrazábal G. Introducción al conocimiento científico y a la metodología de la investigación.2014.Universidad Nacional Arturo Jauretche.

42. Eskualdeko farmakoterapi informazioa información farmacoterapéutica de la comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. 2011; 19(1):1-6

43. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med.* 2007;167:540-550.

44. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2004;28:113-120.

45. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>.

46. Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromà M. Estudio descriptivo del cumplimiento del paciente en el tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación de la prueba de Morisky y Green. *Aten Primaria.* 1992; 10 (5): 767-70.

ANEXOS

ANEXO

A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL VENTANILLA DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>P. General.</p> <p>¿Cuál es la asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del hospital ventanilla de septiembre a noviembre 2017?</p>	<p>O. General.</p> <p>Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017.</p>	<p>H. General.</p> <p>El nivel de conocimiento de la hipertensión arterial está asociado significativamente a la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>-Adherencia al tratamiento farmacologico</p>	<p>Si adherente al tratamiento farmacológico</p> <p>No adherente al tratamiento farmacológico</p>	<p>Tipo:</p> <p>Según su finalidad</p> <p>Es de tipo aplicada</p> <p>Según la intervención.</p> <p>Observacional.</p>

<p>P. Específicos.</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la edad con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre el sexo con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre el estado civil con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre el nivel de educación con la</p>	<p>O. Específicos.</p> <p>Determinar si la edad está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p> <p>Determinar si el sexo está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p> <p>Determinar si el estado civil está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p>	<p>H. Específicas.</p> <p>La edad está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p> <p>El sexo está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p> <p>El estado civil está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en</p>	<p>Variable independiente: -Nivel de conocimiento</p>	<p>Adecuado conocimiento</p> <p>Inadecuado conocimiento</p>	<p>Según número de mediciones de las variables en estudio.</p> <p>Transversal.</p> <p>Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información.</p> <p>Retrospectivo.</p> <p>Según el número de variables de interés.</p> <p>Bivariable.</p>
--	---	---	---	---	--

<p>adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo?.</p>	<p>Determinar si el nivel de educación está asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p> <p>Determinar la asociación entre tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p>	<p>pacientes hipertensos.</p> <p>El nivel de educación está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p> <p>El tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial está asociado significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes hipertensos.</p>			<p>Nivel.</p> <p>Analítico.</p> <p>Población.</p> <p>La población estuvo comprendida por pacientes hipertensos que acudieron durante el período entre septiembre a noviembre del 2017, fueron atendidos por consultorio externo de Cardiología y que cumplan los criterios de inclusión.</p> <p>Muestra:</p> <p>El número de la muestra será de</p>
---	--	--	--	--	---

					<p>310 pacientes respectivamente.</p> <p>Tipo de muestreo.</p> <p>La muestra se obtendrá a través del muestreo no probabilístico por conveniencia de la población.</p> <p>Técnica:</p> <p>Encuesta individual directa.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Recolección de datos.</p> <p>Cuestionario sobre el conocimiento de la hipertensión arterial.</p>
--	--	--	--	--	--

					Test de Morinski – Green – Levine
--	--	--	--	--	-----------------------------------

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
Sexo	División del género humano en dos grupos	Genero señalado en la ficha de datos	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0. Masculino 1. Femenino
Edad	Se define como el número de años cumplidos entre la fecha de nacimiento	Número de años indicados en la ficha de datos.	Razón Discreta	Independiente cuantitativa	0.40-60 años de edad 1.mas de 60 años
Nivel de educación	Es el proceso de aprendizaje permanente que abarca las distintas etapas de la vida de las personas, mediante la transmisión y el cultivo de valores, conocimientos y destrezas.	Encuesta, se escogerá de acuerdo al último año cursado	Nominal	Independiente Cualitativa	0.sin formación académica 1.con formación académica
Estado civil	Condición de mantener o no relación sentimental con otra persona	Cédula de identidad	Nominal	Independiente Cualitativa	0.sin pareja 1.con pareja
Nivel de conocimiento	Es la información almacenada mediante la experiencia o el	Cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento	Nominal	Independiente	0.inadecuado

sobre HTA	aprendizaje adquirido de una persona sobre su enfermedad.	sobre hipertensión arterial.		Cualitativo	1.adecuado
Grado de cumplimiento terapéutico	Grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria	Test de Morinski-Green-Levine	Nominal	Dependiente Cualitativa	0.No adherente 1.Si adherente
Años de hipertensión arterial	Conocimiento de los años que padece la enfermedad.	Ficha de recolección de datos	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	0.< de 5 años 1.>de 5 años

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL VENTANILLA DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE 2017

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración para estudiar el Conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico que tiene los pacientes sobre su enfermedad. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio.

Datos generales:

Datos Socio-demográficos:

Edad: _____

Sexo: _____

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

Nivel de educación:

0. No ha cursado ningún tipo de estudio ()

1. Estudios primarios incompletos ()

2. Estudios primarios completos ()

3. Estudios secundarios ()

4. Estudios universitarios completo ()

5. Estudios universitarios incompleto ()

¿Cuántos años hace que Ud. es hipertenso/a?

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL

(García Acevedo S, 2015)

A continuación, complete y marque con un aspa (x) según sea su caso.

1. Hipertensión (generalidades)		
1.1. ¿A partir de qué valor se considera la presión arterial elevada?	140/90	160/95
1.2. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Sí	No
1.3. ¿Cuál de las dos medidas sistólica (máxima) o diastólica (mínima) es más importante en el control y prevención de la hipertensión?	Sistólica máxima ()	Diastólica mínima ()
1.4. ¿Conoce las cifras de su presión arterial?	Sí	No
1.5. ¿Es usted hipertenso?	Si	No
1.6. ¿Le han explicado qué es la hipertensión?	Si	No
1.7. ¿algún médico le controla su presión arterial?	Si	No
1.8. ¿Se toma la presión con regularidad?	Si	No

1.9. ¿Dispone de un aparato de presión arterial en su domicilio?	Sí	No
2. Factores de riesgo		
2.1. ¿conoce otros factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades del corazón además de la hipertensión arterial?	Sí	No
2.2. ¿La obesidad es el factor casual más importante de la hipertensión arterial?	Sí	No
2.3. ¿El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión?	Sí	No
2.4. ¿La diabetes y el colesterol son factores de riesgo asociados a la hipertensión?	Sí	No
2.5. ¿El ejercicio va bien para la presión arterial?	Sí	No
2.6. ¿Tienen más predisposición a la hipertensión las personas con antecedentes familiares?	Sí	No
3. Complicaciones		
3.1. ¿Le han informado sobre los riesgos que tiene la elevación de la presión arterial?	Sí	No
3.2. ¿La presión arterial puede provocar problemas en el corazón?	Sí	No
3.3. ¿La presión arterial puede provocar daños en el cerebro?	Sí	No
3.4. ¿La presión arterial puede provocar problemas con el riñón?	Sí	No

4. Dieta		
4.1. ¿Una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial?	Sí	No
4.2. ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Sí	No
4.3. ¿Se puede controlar con dieta la hipertensión?	Sí	No
5. Medicación		
5.1. ¿Se puede controlar con medicación la hipertensión?	Sí	No
5.2. ¿Toma medicación para la hipertensión?	Sí	No
5.3. ¿Hay que tomar la medicación para toda la vida?	Sí	No
5.4. ¿Se puede aumentar la dosis de la medicación si le sube más la presión, sin consultar a su médico?	Sí	No
5.5. ¿Se puede disminuir la dosis de la medicación si le baja la presión, sin consultar a su médico?	Si	No
5.6. ¿Se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza?	Si	No

PUNTOS DE COHORTE PARA EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DIMENSIONES	Presión arterial	Factores de Riesgo	Riesgo de la hipertensión	Dieta	Medicación	TOTAL

		de				
INADECUADO	9-13	7-10	4-5	3-4	6-8	29-40
ADECUADO	14-18	11 -14	6-8	5-6	9-12	41-52
TOTAL	9-18	7 -14	4-8	3-6	6-12	29-52

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A LA MEDICACION. TEST DE MORINSKI-GREEN-LEVINE

(Val Jiménez A, 1992)

Instrucciones: Escriba con un lapicero los datos solicitados; marque una “X” la opción que más se aproxime a la verdad.

PREGUNTAS	RESPUESTA	
	Si	No
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	Si	No
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?	Si	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	Si	No

4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	Si	No

ADHERENTE	SI	NO
RESULTADO		