

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DR. DANIEL ALCIDES CARRIÓN”

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS
QUE ACUDEN A CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE EN
EL AÑO 2019**



PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

ERICK PAUL RODRIGUEZ HERNANDEZ

ASESOR:

DR. FERNANDO FORTUNATO CARRANZA QUISPE

ICA – PERU

2021

DEDICATORIA

A Dios, a nuestro señor de Luren que siempre ha iluminado mi camino, siempre saliendo adelante ante todas las adversidades presentadas en el camino ,para mi formación como profesional de la salud.

A mis Padres , mis hermanos y mis abuelos , que son pilar importante en mi formación personal y académica que siempre estuvieron presentes en cada logro de mi vida , a mi novia que siempre ha sido mi apoyo incondicional día a día , cada persona que de alguna forma incondicional contribuyó a conseguir mis logros .

Erick Paul

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por cuidar y velar siempre por mi salud, mi preparación académica.

A la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, por darme la oportunidad de ejercer mi pregrado en sus ejemplares aulas.

A la Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión de la UNICA, y a su plana de docentes, por aportar a mi desarrollo en sus aulas donde guardan una gran historia de médicos formados.

A mi asesor por estar presente en mi formación académica, por los aportes y el apoyo en la culminación de mi tesis.

A las autoridades del Hospital Regional de Ica, y al equipo de salud del Consultorio Externo de cardiología, por darme todas las facilidades y el apoyo investigativo para ejecutar el presente estudio.

ÍNDICE

CARATULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE	IV
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
CONTRACARATULA	VIII
INTRODUCCIÓN.....	IX
I. CAPITULO I BASES TEÓRICA.....	1
1.1. Antecedentes del estudio	1
1.1.1. Antecedentes Internacionales.....	1
1.1.2. Antecedentes Nacionales	3
1.1.3. Antecedentes Locales	6
1.2. Bases teóricas	7
2.3. Marco Conceptual	13
1.3. Marco Filosófico	14
II. CAPITULO II PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
2.1. Situación problemática	16
2.2. Formulación del problema.....	18
2.2.1. Problema General.....	18
2.2.2. Problemas específicos.....	18
2.2.3. Delimitación del problema.....	19
2.3. Justificación e Importancia	19
2.3.1. Justificación.....	19
2.3.2. Importancia	20
2.4. OBJETIVOS	22
2.4.1. Objetivo General.....	22
2.4.2. Objetivos Específicos	22
2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES	23
2.5.1. Hipótesis.....	23
2.5.2. Variables	23
2.5.2. Operacionalización de Variables.....	24
III. CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	25

3.1.	Tipo y nivel de investigación.....	25
3.2.	Población.....	25
3.3.	Criterios de inclusión y exclusión.....	25
IV.	CAPITULO IV TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	27
4.1.	Técnicas de recolección y procesamiento de datos	27
4.2.	Instrumentos de recolección de la información.....	27
4.3.	Técnicas de análisis e interpretación de resultados	27
4.4.	Consideraciones Éticas	28
	MATRIZ DE CONSISTENCIA	30
V.	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	31
5.1.	Comprobación de Hipótesis general.....	31
5.1.1.	Toma de Decisión.....	32
VI.	CAPÍTULO PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN	33
6.1.	Presentación e interpretación de resultados.....	33
6.1.1.	Características sociodemográficas de pacientes hipertensos	33
6.1.2.	Tiempo de enfermedad de los pacientes hipertensos	34
6.1.3.	Cantidad de fármacos que toma en su tratamiento.....	35
6.1.4.	Cantidad de fármacos antihipertensivos que toma al día	35
6.1.5.	Pacientes con relación al puntaje de la escala de morisky	36
6.1.6.	Relación entre el sexo y los resultados de la escala de morisky	37
6.1.7.	Relación entre el edad y adherencia farmacológica.....	39
6.1.8.	Relación entre el grado de educación y adherencia	41
6.1.9.	Relación entre el estado civil y la adherencia	43
6.1.10.	Relación entre el tiempo de enfermedad y adherencia	45
6.1.11.	Relación entre el número de fármacos y la adherencia	47
6.1.12.	Relación entre los fármacos antihipertensivos y la adherencia	49
6.1.13.	Relación entre número de dosis diaria de los fármacos antihipertensivos y la adherencia	51
6.2.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	53
	CONCLUSIONES.....	56
	RECOMENDACIONES.....	58
	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	59
	ANEXOS	65

RESUMEN

El presente estudio tuvo por **Objetivo:** Determinar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y de diseño correlacional, población de muestra aleatoria , muestra de 326 pacientes aplicando la técnica de la encuesta y la aplicación de un cuestionario validado por comité de ética del hospital Regional de ICA . **Resultados:** Los resultados nos indican que la población evaluada aleatoriamente presenta un porcentaje alto de 66,26% que son 216 de los pacientes con falta de adherencia farmacológica , utilizando la escala de morisky para la evaluación de la adherencia farmacológica , obteniendo un porcentaje de 33,74% que son 110 pacientes que presentaron adherencia farmacológica. Utilizando como prueba de confiabilidad Chi 2 tenemos como valor limite 3,841 por lo cual se obtuvo como valor en el estudio un valor de chi cuadrado de 1,753 valor que se encuentra entre 0-3,841 aceptando la hipótesis general . De los pacientes con falta de adherencia farmacológica el resultados son pacientes adultos mayores con 79,6% , seguido de pacientes con grado de secundaria con 43,5% , seguido de pacientes con un estado civil de casado con 67,6% , pacientes con el tiempo mayor de 03 años de enfermedad con un porcentaje de 60,2% , pacientes que toma de dos fármacos con 47,7% , pacientes con la combinación dual con un 59,7%, pacientes que toma de dos dosis diaria con un 73,1% .

Conclusiones: Existe relación entre la adherencia farmacológica y pacientes con un nivel de confianza de 0.975 , con bajo porcentaje de 33,74% de falta de adherencia de los pacientes que acuden en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, septiembre – noviembre en el año 2019

Palabras clave: Adherencia , Hipertensión , Escala de morisky , consultorio de cardiología , toma de tratamiento .

ABSTRACT

The present study had as **Objective:** To determine the therapeutic adherence in hypertensive patients who attend the cardiology clinic at the Regional Hospital of Ica, during the period September - November 2019. **Material and methods:** Descriptive, quantitative, cross-sectional and correlational design, sample of 326 patients applying the survey technique and the application of a questionnaire validated by the ethics committee. **Results:** The results indicate that the randomly evaluated population presents a high percentage of 66.26%, which is 216 of the patients with lack of pharmacological adherence, using the Morisky scale for the evaluation of pharmacological adherence, obtaining a percentage of 33.74% that are 110 patients who presented pharmacological adherence. Using Chi 2 as a reliability test, we have as a limit value 3,841, for which a chi-square value of 1,753 was obtained as a value in the study, which is between 0-3,841 accepting the general hypothesis. Of the patients with lack of pharmacological adherence, the results are elderly patients with 79.6%, followed by patients with a high school degree with 43.5%, followed by patients with a marital status of married with 67.6%, patients with the time greater than 03 years of illness with a percentage of 60.2%, patients taking two drugs with 47.7%, patients with the dual combination with 59.7%, patients taking two daily doses with a 73.1%.

Conclusions: There is a relationship between pharmacological adherence and patients with a confidence level of 0.975, with a low percentage of 33.74% of non-adherence of patients who attend hypertensive patients who attend the cardiology office at the Regional Hospital of Ica, September - November in 2019

Key words: Adherence, Hypertension, Morisky scale, cardiology office, treatment intake.

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA DE ICA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TESIS:

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
HIPERTENSOS QUE ACUDEN A CONSULTORIO DE
CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA,
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE EN EL AÑO 2019**

Área de Investigación: Área de Salud , especialidad cardiología

Línea de investigación: Patología de alta prevalencia , incidencia
e impacto social

Autor : Rodriguez Hernandez Erick Paul

Asesor : Dr. Fernando Fortunato Carranza Quispe

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica caracterizada por un incremento de la circulación de la sangre con , incremento de la presión al interior , la vasoreactividad en las paredes de los vasos sanguíneos, siendo el principal factor de riesgo modificable para enfermedad cardiovascular y la segunda causa de discapacidad en el mundo, cuyas complicaciones radican en un mal control de la presión arterial y dificultad en realizar un tratamiento adecuado (1,2).

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo existen cerca de 17 millones de muertes por año debido a enfermedades cardiovasculares, siendo las complicaciones de la HTA la causante de 9,4 millones de muertes anualmente. Aproximadamente 20% de la población mundial padece de HTA y de ellos, entre el 3 al 34% controlan su enfermedad con un tratamiento antihipertensivo y a nivel nacional, existe una prevalencia de 42.0% (IC95% 41.0-42.9) según los criterios de AHA , frecuentemente en adultos mayores . Además, la evidencia muestra un aumento exponencial en su prevalencia en los próximos años, el Perú al ser un país con una economía en transición, y con un nivel socioeconómico y educativo bajo, es un blanco fácil para el desarrollo crónico de la enfermedad (3).

La importancia de la HTA radica en ser una patología crónica que afecta la calidad de vida del paciente y supone un coste importante en el sector salud, siendo los principales órganos afectados el cerebro ,los riñones, el corazón , asimismo la HTA se puede agravar con otros factores, entre ellos cabe resaltar el consumo de tabaco, dieta hipercalórica y el uso nocivo de alcohol (1).

A pesar de los esfuerzos a nivel mundial por estandarizar una medición de la PA adecuada y lograr un diagnóstico oportuno, existe una cantidad significativa de pacientes que desconocen su diagnóstico e incluso a pesar de conocerlo, no siguen las pautas recomendadas para mantener un control de su PA adecuado, generando que estas cifras sigan en aumento; siendo los principales afectados los adultos mayores (4).

El autoconocimiento sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento, han sido piezas complementarias para un control adecuado de la PA en pacientes hipertensos; según los estudios en el estudio TORNASOL II , los autores encontraron que el nivel de autoconocimiento de la HTA fue de 48,2%, siendo mayor que en el estudio TORNASOL I donde el nivel de autoconocimiento fue de 44,9% en el Perú , así mismo mejoró el autoconocimiento según las regiones , en la costa mejoró un 3,4% , en la sierra un 1,9% y en la selva un 16,5% (5).

El uso de medicación antihipertensiva unida a cambios en el estilo de vida, como un monitoreo constante de la PA en la consulta médica ha demostrado aminorar el avance de las complicaciones de la HTA, encontrándose que el pilar fundamental para luchar contra la enfermedad se encuentra en la concientización y participación activa por parte del paciente; asimismo, otros determinantes modificables se encontraría en manos del profesional médico, utilizando las herramientas proporcionadas por las múltiples guías, logrando una monitorización ambulatoria de la PA (6).

Por lo expuesto, el objetivo principal del estudio es determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, ya que es una de las principales consecuencias para lograr un cambio significativo en el pronóstico en los pacientes con HTA . Con este trabajo se busca poder ver el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes por medio de la adherencia terapéutica por el método indirecto objetivo a través del test de morisky que puede ver la adherencia terapéutica del tratamiento de los pacientes hipertensos por medio de una serie de preguntas en una encuesta , por medio del test de morisky recolectar una base de datos de los pacientes atendidos en el consultorio de cardiología , por lo cual por el debido permiso del hospital regional de Ica poder recolectar una base de datos aleatorio , con un grupo de exclusión , donde se pueda evaluar de acuerdo al sexo , de acuerdo a la edad , de acuerdo al grado de instrucción de acuerdo , de acuerdo al estado civil , para poder reforzar los grupos con la tasa de adherencia mas baja para el cumplimiento del tratamiento farmacológico para evitar complicaciones , que aumente la tasa de mortalidad de los pacientes , poder aumentar la edad de sobrevivencia del paciente , la mayoría de pacientes dejan de tomar su medicamento ya sea por que están cansado de muchas pastillas , por aburrimiento , por que se sienten mejor más no saben que le medicamento es de por vida , por lo cual es tomar mayor énfasis en la explicación de la hipertensión arterial y las posibles complicaciones que puede causar al no tener una presión arterial controlada , por lo cual este trabajo busca los grupos las vulnerados con baja adherencia para poder reforzar con mayor explicación y conocimiento a los pacientes junto con sus familiares o cuidadores a cargo ,

I. CAPITULO I BASES TEÓRICA

1.1. Antecedentes del estudio

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Pomares A, Vásquez M y Ruiz E. (Cuba, 2017) (24), realizaron un estudio descriptivo titulado: Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, conformado por 27 pacientes, donde se clasificó la adherencia al tratamiento en: total, parcial y no adheridos, utilizando como herramienta un cuestionario validado; concluyendo que 66.7% de los pacientes presentaron una adherencia parcial al tratamiento y sólo el 18.5% cumplieron en su totalidad el tratamiento prescrito, cabe rescatar que la población estudiada se encontraba alrededor de los 60 años, eran de sexo femenino, tenían un mayor nivel de escolaridad y un tiempo de enfermedad predominante de más de 10 años, estos resultados coinciden con la literatura, donde a mayor edad, existe mayor riesgo de hipertensión, pero además a pesar de que a medida que este padecimiento se prolonga se espera que el paciente sea más consciente de la enfermedad, y aún más si presenta un mayor nivel educativo, las estadísticas arrojan que los pacientes prefieren una fase contemplativa donde no se ha tomado importancia a los riesgos asociados; pero asimismo también cabe rescatar la serie de factores que engloba un mala adherencia o adherencia parcial como las relacionadas con: la organización de los servicios de salud, características del tratamiento, disponibilidad de recursos económicos y el apoyo familiar; además, muchos adultos mayores también incumplen la terapéutica debido a que olvidan frecuentemente de tomar los medicamentos, o consideran que la administración diaria de los medicamentos sería perjudicial para su salud.

Santiago A. López Vázquez y Raúl Chávez Vega (2016) .Tiene como Objetivo caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes mayores de 60 años del Consultorio 16, Policlínico "26 de Julio", Municipio Playa, La Habana. La adherencia al tratamiento fue de 58.3%. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88,9%) o Enalapril (88,1%). Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%). La adherencia a la terapéutica de los pacientes con presión alta en mayores de 60 años es baja. Es causado por diversos factores, principalmente el olvido de las tomas de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la HTA (49) .

Otros estudios realizados en Cuba, sobre adherencia al tratamiento refuerzan aún más la importancia del nuevo concepto de medicina integral de la adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso, entre ellos el realizado por Díaz

M. y cols., en su estudio “Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón” en el 2014, se basaba en una análisis descriptivo en 113 pacientes hipertensos, donde se empleó como instrumento para medir la adherencia: el test Morinsky-Green-Levine, la frecuencia de adquisición del medicamento en farmacia y el control de la presión arterial; obteniendo como grupo predominante los mayores de 70 años, de sexo femenino y con empleo de politerapia como tratamiento farmacológico para HTA; concluyendo que el 30.5% de pacientes tenían una adecuada adherencia terapéutica, y entre las razones para incumplimiento del tratamiento, en los varones predominó olvidarse de la medicación o presencia de efectos adversos, y en las mujeres el abandono del tratamiento por sentirse bien (25).

A pesar de ello, existe discrepancias con algunos reportes, donde la cifra de adherencia es mayor al 50%, como el encontrado por los investigadores López S. y Chávez R., en Cuba durante el 2016, quienes realizaron un estudio descriptivo cuyo objetivo era describir las características de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años, en esta ocasión se trabajó con una muestra más significativa de 245 hipertensos y se encontró que el 58.3% presentaban una adecuada adherencia al tratamiento, de los cuales la mayoría recibían tratamiento de dosis única diaria; además en estos pacientes la esfera biopsicosocial y la percepción de riesgo a largo plazo de la enfermedad estaba más comprometida; como ya lo afirmaba las investigaciones de Holguín L, et al en el 2006; asimismo el estudio de López S. y Chávez R presentaba aciertos y diferencias, con los obtenidos por Pomares y col, encontrando que los motivos de los pacientes para no adherirse al tratamiento eran similares ,entre ellos figuraban olvidar las dosis y sentirse bien; y en contra, era el porcentaje de pacientes con adherencia al tratamiento, los cuales presentaban un mayor nivel educativo (26).

También un estudio de interés con resultados similares, fue el realizado por Martin L y cols., en Cuba durante el 2015 (27), en tres provincias cubanas, donde se buscó analizar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes con HTA en el primer nivel de atención y describir el comportamiento de sus componentes en esas área; el estudio estuvo conformado por 1129 participantes, en quienes se aplicó el cuestionario Martín Bayarre Grau para evaluar los niveles de adherencia, donde se describe los componentes: implicación personal, relación médico-paciente y cumplimiento del tratamiento; concluyendo que el 50% de los pacientes presentaban una adherencia parcial o no adherencia al tratamiento, y entre ellos, la indicación de práctica de ejercicios físicos y cambios en la dieta resultaron ser los más difíciles de cumplir; asimismo también cabe analizar un porcentaje considerable (50%) de pacientes que sí presentaron una adherencia total; la cual no coincide o es superior a lo publicado en la literatura a nivel internacional.

Holguín L, et al (Bogota,2016) (13), realizaron un estudio cuasi experimental titulado: Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial, cuyo objetivo fue determinar la efectividad

de dicho programa, con respecto a reducir los niveles de PA y por ende una mejor adherencia terapéutica; se contó con 44 participantes, predominantemente mujeres entre 28-82 años sin enfermedad crónica diagnosticada, utilizaron como instrumentos: la medición de la PA pre y post intervención y un cuestionario validado cuyas variables era el conocimiento de HTA por el paciente, control biomédico, percepción de la relación médico paciente, hábitos alimentarios, tabáquicos y de alcohol, condición física, apoyo social percibido y creencias sobre la enfermedad; y con respecto al programa de intervención estuvo compuesto por cuatro fases: preliminar, pre evaluación, intervención y post-evaluación, donde se abarcó: educación sobre la HTA, hábitos saludables, manejo del estrés y comunicación asertiva; obteniendo que el 86.6% presentaron un nivel alto de adherencia post intervención, encontrando una disminución de la presión arterial diastólica en una media de 6mmHg con respecto al control, siendo este resultado estadísticamente significativo ($p=0,001$).

Luna U, et al (México, 2017) (28), realizaron un estudio descriptivo titulado: Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, con el objetivo de analizar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con HTA en dicha unidad médica; para este estudio se incluyó 348 pacientes y como instrumentos se utilizaron dos cuestionarios: El Morisky-Green-Levine (MGL), sencillo y con respuestas dicotómicas, el cual valora si el paciente adopta actitudes correctas con respecto al tratamiento; y el Brief Medication Questionnaire (BMQ), más complejo, incluye 3 subescalas, la primera analiza el régimen farmacológico, el segundo las creencias del paciente con respecto a la eficacia y efectos adversos de los medicamentos y la tercera la memoria para recordar el régimen terapéutico; concluyendo que la mayoría de los pacientes eran del sexo femenino, entre los 40 a 69 años, con educación básica y presentaban sobrepeso y obesidad; y al analizar ambos instrumentos se encontró resultados similares, obteniendo que el porcentaje de pacientes con una inadecuada adherencia al tratamiento con la escala MGL y BMQ era de 50% y 52.30% respectivamente; en este estudio no solo se enfocó en buscar la prevalencia de pacientes con HTA con mal seguimiento terapéutico, sino además proporcionar herramientas de medición útiles, donde la escala BMQ es complementaria a la MGL, y que deberían ser implementadas durante la consulta médica.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Estudios nacionales realizados en el 2018, analizaron los factores que se relacionan con la adherencia en el tratamiento de presión alta, así como el conocimiento y compromiso que tenían frente a ella; entre ellos encontramos el

estudio realizado por Tenaso A y Mercedes F (Lima, 2018) (29), en “Características relacionadas con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital San Juan de Lurigancho”, de tipo descriptivo de corte transversal, con la finalidad de determinar las características que influyen en la adherencia al tratamiento de la HTA en pacientes que fueron atendidos en el hospital de San Juan de Lurigancho-2017, para ello se seleccionó una muestra de 183 participantes con HTA y se utilizó para evaluar los factores relacionado con la adherencia, un cuestionario validado elaborado por los autores, que tiene como referencia las dimensiones planteadas por la OMS; los resultados fueron que el 56.3% de los pacientes son de sexo femenino, la mayoría tenían un rango de edad de 60 a 75 años, el 54.6% no son adherentes al tratamiento y el 32.2% de ellos se encuentran en riesgo de no adherirse al tratamiento, relacionado principalmente con el factor socioeconómico y con el sistema y equipo de salud; estos resultados sociodemográficos son semejantes con los encontrados con los estudios a nivel internacional; por lo que los autores concluyen en que la mala adherencia al tratamiento farmacológico se asocia a un pobre control de la hipertensión arterial y a que pesar de los intentos mundiales aún sigue siendo un problema de difícil solución; a pesar de ello, también concluyen que el autocuidado del paciente juega un papel importante y necesario para el éxito del tratamiento.

Wenceslao Sotelo (50) en el año 2017 , en Trujillo presento una tesis : “Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos “ , teniendo como objetivo de Determinar si existe asociación entre la relación médico paciente deficiente y la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria, en Trujillo en el año 2016 , dicho estudio observacional , de casos y controles en 172 casos y 172 controles el porcentaje de la deficiente relación médico paciente, en personas que no tuvieron adherencia al tratamiento farmacológico fue 14.5%, cifra mayor que los individuos que tuvieron adherencia al tratamiento, cuyo porcentaje fue 7%, con diferencias estadísticas significativas ($p= 0.018$). La mala relación incrementa en casi dos veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con un $OR= 2.26$ con un $IC95\%$ de 1.10 a 4.68.Llegando a una conclusión de Comparativamente la frecuencia porcentual de la mala relación médico paciente es superior en pacientes sin adherencia al tratamiento farmacológico que en pacientes adherentes a dicho tratamiento. La mala relación médico paciente se asocia con la no adherencia al tratamiento farmacológico como factor de riesgo (50)

Vidarte (30), en el 2018, en Piura presentaron su tesis “Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018”, dicho estudio es de tipo descriptivo prospectivo, en el que se entrevistó a 120 participantes, en quienes se aplicó el Test de Morisky-Green para determinar la

adherencia al tratamiento farmacológico, así como la medición del nivel de presión arterial; obteniendo que el 49.2% bordeaban los 65 años, 70% eran mujeres, 80.8% era de zona urbana; asimismo se concluyó que el 53.3% de los pacientes tenían adherencia al tratamiento farmacológico, y con respecto al número de medicamentos por toma, el 60% de los que toman tres o más fármacos son adherentes, el 58.3% de los que toman dos dosis son adherentes y el 52.42% de los que toman un solo medicamento son adherentes al tratamiento, los autores recomiendan continuar usando métodos diagnósticos indirectos, por su bajo costo y su adecuada comprensión por parte del paciente y por ser además un buen método para medir la adherencia en la práctica clínica.

Enfocándonos en el impacto que representa desconocer el diagnóstico de HTA, encontramos estudios hechos en Perú, donde un 39% de la población general de hipertensos desconocen su diagnóstico (31); además comparando estos resultados con la realidad de América Latina el desconocimiento en el diagnóstico de HTA responde un problema de salud pública global reportándose cifras de 28% en Venezuela, 31.2% en Bogotá, 35.9% en Buenos Aires, 24.3% en Ciudad de México, 39.9% en Quito y 39.9% en Santiago de Chile (11).

Una revisión narrativa publicada en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública por Herrera y cols. (5), en el 2017, analizó la producción científica peruana sobre HTA reportada hasta diciembre del 2016, los datos se recolectaron en base a tres áreas temáticas: autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control; asimismo se utilizó para su búsqueda las siguientes bases de datos: WoS, Medline, SciELO Citation Index, SCOPUS y LILACS; en total se seleccionaron 15 reportes; de los cuales se obtuvo que el conocimiento referente a HTA es deficiente, que no ha mejorado esta realidad en los últimos años; y que además los profesionales involucrados no realizan la fase preventiva y por el contrario priorizan el manejo de las complicaciones; asimismo cabe rescatar que el control de la HTA ha mejorado, pero sigue siendo insuficiente si lo comparamos con otros países de Latinoamérica, y se sospecha que esta realidad sea peor a nivel de provincias. Esta realidad fue estudiada por el investigador Cueva E. (2011, Tacna) (22), en su tesis "Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados, en pacientes del C.E. de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, febrero 2011"; el cual tenía como finalidad determinar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, los factores asociados, como también la asociación entre falta de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo e hipertensión arterial no controlada; dicho estudio fue de tipo prospectivo y de correlación, participaron un total de 119 pacientes hipertensos, para la recolección de los datos se utilizó el test de Morisky-Green-Levine y con respecto a los factores asociados se consideró el factor económico, tiempo de enfermedad, estilo de vida, nivel de presión arterial y relación con el personal de salud; encontrando resultados alarmantes con respecto a otros estudios que utilizaron el mismo instrumento, donde la frecuencia de falta

de adherencia al tratamiento farmacológico era de 64.4% , siendo las principales causas la edad del paciente(<65 años), un bajo nivel educativo, estar desempleado y tener una dieta alta en sal; además se encontró asociación significativa ($p=0,002$) entre la falta de adherencia e HTA no controlada.

Rodríguez (32) y cols, en el 2015 (Lima) , realizaron un estudio denominado Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015, de tipo transversal analítico, con el objetivo de evaluar si existe asociación entre conocimientos sobre hipertensión y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, la muestra estuvo conformada por 340 pacientes; la variable principal era el conocimiento sobre la hipertensión, la cual fue medida con un cuestionario validado en España de 22 preguntas; y en el caso de la adherencia al tratamiento se utilizó el cuestionario Martin-Bayarre-Grau; encontrando que 31.8% de los pacientes tenían bajo conocimiento sobre la enfermedad y que 53.3.% presentaban una adherencia parcial al tratamiento, demostrando además una asociación significativa entre las variables de estudio (RP=1.45; IC95%: 1.19-1.78) , concluyendo que los pacientes con bajo conocimiento sobre la HTA tenían más probabilidad de una adherencia parcial al tratamiento; asimismo este estudio seguía reforzando los hallazgos internacionales en la población HTA, las cuales se caracterizaban por tener más de 60 años y ser del sexo femenino, pero además también se rescató hallazgos interesantes, entre ellos que la población tenía más de 10 de diagnóstico, no había recibido información sobre HTA y su tiempo de consulta rondaba los 10 a 15 minutos; lo cual muestra un sistema de salud deficiente y modificable.

1.1.3. Antecedentes Locales

A nivel local, García K (2017, Ica) (33), realizó una investigación descriptiva, transversal con el objetivo de determinar la adherencia a las medidas preventivas y calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred La Palma Ica, abril 2017; teniendo como muestra 48 pacientes a quienes se les realizó un cuestionario autoadministrado de 22 ítems para medir la variable adherencia , y en el caso de la calidad de vida se utilizó una encuesta de 14 ítems elaborada y validada por los investigadores; el análisis de datos valoro las dimensiones: alimentación, hábitos sociales nocivos, tratamiento farmacológico, actividad física y global; obteniendo que más de la mitad de hipertensos eran mujeres, de más de 60 años, casadas, tenían estudios superiores, más de 3 años de diagnóstico y tenían apoyo familiar; asimismo del total de pacientes el 52% presentaban adherencia inadecuada a las medidas preventivas alimentarias, reportando dieta alta en grasas y/o sal, y con respecto a otras dimensiones : el 56% de los hipertensos presentaban hábitos nocivos, 60% tenía adherencia inadecuada al tratamiento farmacológico y el 58%

eran sedentarios; concluyendo que de manera global la adherencia a las medidas preventivas en los pacientes hipertensos fue inadecuada en un 54%; con una calidad de vida mala en el ámbito social y regular en la dimensión física y emocional.

Ríos M. (2015, Ica) (34), realizó un estudio descriptivo observacional, con el objetivo de determinar el Nivel de aplicación del autocuidado y calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial del “círculo de diabéticos e hipertensos”, la población que participó estuvo conformada por un total de 50 pacientes, entre los resultados obtenidos se encontró que la calidad de vida de un 86% era medianamente adecuada con respecto a la dimensión salud física, seguido de 7% como desfavorable.

Los antecedentes encontrados, resaltan la importancia de seguir investigando sobre prevención de hipertensión arterial, y que los estudios realizados sirvan de guía para la elaboración de estrategias que puedan ser aplicadas en nuestro medio y/o diseñar programas preventivos promocionales con el fin de fomentar la medicina preventiva y disminuir las cifras de enfermedades crónicas.

1.2. Bases teóricas

DEFINICIÓN

La definición de la HTA sigue manteniéndose sin cambios respecto a las guías europeas previas: se define como valores de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o de presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, lo cual se desmarca claramente de los cambios presentados en la guía estadounidense, que ya considera hipertensas a las personas con cifras $> 130/80$ mmHg, lo que ha generado un intenso debate en el último año (35). Se usan los mismos valores para personas jóvenes, de mediana edad o mayores, mientras que para los niños y adolescentes se utilizan centiles de presión arterial porque no se dispone de datos de estudios aleatorizados de estos 2 grupos. Los umbrales para definir la presión óptima, normal y normal-alta y los diferentes grados de hipertensión no cambian (35).

PREVALENCIA

La hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en el mundo 1 de cada 3 personas adultas es hipertensa y en Perú, la estadística señala que 1 de cada 4 personas adultas es hipertensa (36). La hipertensión arterial afecta aproximadamente al 25% de la población adulta actual, de la cual derivan las crisis

hipertensivas (CH), que representan entre el 1 y 7% del total de consultas atendidas en servicios de emergencia hospitalarios, además, el 50% de los infartos de miocardio y el 60% de eventos cerebrovasculares son el resultado de hipertensión arterial, siendo a su vez, responsable de 7,1 millones de muertes anuales (37). La prevalencia de hipertensión para el 2016 fue de 12.9% (más de tres millones de peruanos). (52)

FACTORES DE RIESGO (39)

En la HTA existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad. Los factores de riesgo descritos en diversas investigaciones incluyen una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el estrés. Actualmente se considera que estos factores de riesgo aumentan a medida que cambian las condiciones de vida y de trabajo de las personas hacia hábitos alimenticios menos saludables (ejemplo: mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sales), menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios y permisividad del consumo de sustancia psicoactivas ilegales.

TRATAMIENTO

Recomendaciones generales para el tratamiento de la hipertensión esencial (42):

- El objetivo fundamental del tratamiento antihipertensivo es disminuir la morbimortalidad CV, cerebral y renal a través del descenso de la PA (Clase I, Nivel de evidencia A).
- En el paciente con HTA es imprescindible tratar el riesgo global y no solamente la PA (Clase I, Nivel de evidencia A).
- En la elección de un fármaco antihipertensivo debe considerar tanto su eficacia terapéutica (descenso tensional) como sus efectos preventivos CV y renales (Clase I, Nivel de evidencia A).
- Se recomienda el uso de fármacos o formas farmacéuticas de acción prolongada que permitan el tratamiento en una única dosis diaria para facilitar la adherencia (Clase I, Nivel de evidencia A).
- Se debe procurar alcanzar progresiva y gradualmente los objetivos tensionales dentro de los 3 meses de iniciado el tratamiento. En casos particulares, de acuerdo con el RCV del paciente, puede resultar necesario un descenso tensional más temprano (Clase I, Nivel de evidencia C).
- Algunos de los fármacos antihipertensivos requieren un período de hasta 15-20 días para alcanzar su efecto hipotensor máximo. Se recomienda respetar

este tiempo, siempre que sea posible, antes de titular dosis (Clase I, Nivel de evidencia C).

- En la elección del tratamiento farmacológico es importante conocer la respuesta a tratamientos previos (Clase I, Nivel de evidencia C). – La estrategia terapéutica elegida debe tener en cuenta la condición socioeconómica del paciente (Clase I, Nivel de evidencia C).

COMPLICACIONES

Infarto del miocardio (43): Los datos epidemiológicos indican que el infarto de miocardio es la principal causa de muerte y hospitalización en pacientes con presión arterial severamente elevada, por otra parte, casi el 50 de todos los pacientes admitidos originalmente con hipertensión en emergencias murió como consecuencia de un infarto de miocardio agudo durante el seguimiento a largo plazo.

Insuficiencia cardiaca (43): Las manifestaciones clínicas más comunes de crisis hipertensivas incluyen edema pulmonar (22.5 %) y la insuficiencia cardiaca congestiva (12 %).

Disección aórtica (43): En relación con su epidemiología, la disección aórtica tiene una incidencia estimada de tres casos por cada 100 000 al año. De estos pacientes, 70 % son hipertensos y la mayoría de ellos tiene más de 50 años de edad, ya que con la edad hay una menor resistencia de las paredes arteriales. En cuanto a su patofisiología, en la disección aórtica, los daños en los órganos blancos ocurren en la forma de disección retrógrada hacia el corazón, con la implicación de las ramas aórticas acompañada de lesión endotelial. Es de destacar que la propagación de la disección depende no solo de la elevación de la presión arterial por sí misma, sino también de la velocidad de eyección del ventrículo izquierdo.

Encefalopatía hipertensiva o leucoencefalopatía hipertensiva posterior reversible (44): Se caracteriza por deterioro de las funciones cognitivas, cefalea intensa e incoercible (puede estar acompañada de náuseas y vómitos), convulsiones, confusión, estupor y puede evolucionar a coma. El deterioro de la función renal es frecuente. Suelen aparecer signos como pródromos 24-72 hrs antes del cuadro florido. Es importante su diferenciación de un ACV dada la similitud de algunos signos. Se debe asegurar que los valores de PA se mantienen elevados persistentemente tras 30 a 60 minutos de observación y registro.

Edema agudo de pulmón hipertensivo (44): La HTA severa es, en estas situaciones, un factor que aumenta la demanda cardíaca y la post carga empeorando el equilibrio necesario para la reducción de riesgo. La reducción de la PA debe hacerse en un área de cuidados intensivos y monitorear su descenso de manera de evitar hipoperfusión aún mayor en los órganos vulnerables.

Enfermedad Renal Crónica (44): La HTA severa es, en estas situaciones, un factor que acelera las lesiones histológicas específicas y de insuficiencia renal que conoce con el nombre de nefrosclerosis maligna .

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La Organización Mundial de la salud (OMS) define a la adherencia terapéutica como el cumplimiento del tratamiento , prescrito por un personal de salud , en conjunto con las indicaciones sobre la dieta a seguir con el cambio de estilo de vida, también la OMS considera un gran problema de salud pública la falta de adherencia o cumplimiento del tratamiento farmacológico (51)

MODELOS TEORICOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Durante el tiempo se han descrito varios modelos teóricos los cuales tratan de explicar de cada punto de perspectiva diferente tanto en el ámbito de la salud , como la psicología y los factores relacionados al cumplimiento del tratamiento farmacológicos , de los cuales algunos de los modelos mas representativos son : El modelo de cumplimiento en salud o health compliance model (HCM) desarrollado por Heiby y Carlston , el modelo sistémico de ciudadanos preventivos (MSSP) creado por Walsh y McPhee y el modelo de predicción de comportamientos de salud (MPCS) propuesto por Pender . (51)

Los tres modelos mencionados presentan 3 partes importantes sobre la adherencia terapéutica en los pacientes que son : La parte personal que se refiere la relación del paciente con su enfermedad , lo sociodemográfico , y lo subjetivo que este mismo pueda observar de su enfermedad , por ultimo el tratamiento indicado en relación con su vida cotidiana . De acuerdo a lo mencionado se puede ver desde el punto de vista físico , psicológico y aspecto social , que afecta al cumplimiento del tratamiento . (51)

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICAS

Los métodos de evaluación se han dividido en dos grandes grupos que son : Los métodos directos y los métodos indirectos, en el método directo los cuales se basan en exámenes de laboratorio para poder medir la cantidad de fármaco que se encuentra en la sangre , orina u otros fluidos , actualmente es un método cuestionado pues solo mide la cantidad de fármaco en la sangre antes de la toma

de muestra , mas no mide el cumplimiento del tratamiento , por lo cual es un método específico pero poco utilizado por su alto costo de aplicación , ya que se utilizaría laboratorio con otras infraestructuras con acceso muy limitado . El método indirecto son los métodos mas utilizados por lo que se pueden realizar por medio de encuestas , autoevaluación , son mas accesibles a comparación con el método directo , la desventaja es que en algunos casos se puede sobre estimar los valores de los resultados . El método indirecto de puede clasificar en objetivos y subjetos (51).

1. Métodos Indirectos objetivos

- a. Recuento de comprimidos : el método consiste en llevar un conteo de las citas medicas del paciente controla su asistencia , teniendo como opción hace visitas domiciliarias sin previo aviso al paciente .
- b. Asistencia a citas programadas : este método nos especifica de la asistencia del control de los pacientes más no nos garantiza que el paciente este cumpliendo su tratamiento según lo indicado .
- c. Valoración de los efectos adversos alcanzado : evalúa el logro de las metas terapéuticas en un tiempo determinado por medio de la terapia farmacológicas
- d. Valoración de los efectos adversos de los medicamentos : este método es poco fiable ya que la reacción de los efectos adversos en cada paciente es de forma diferente , por lo cual es de poco constante su utilización .

2. Métodos Indirectos subjetivos

- a. Test de batalla : consiste en formular preguntas al paciente sobre el conocimiento de su enfermedad y su tratamiento .
- b. Test de morisky : se caracteriza para preguntar por medio de un formulario el cumplimiento del tratamiento .
- c. Test de Haynes-Sackett o cuestionario de “Comunicación del autocumplimiento” evalúa el cumplimiento de tratamiento farmacológico del paciente refiere lo consumido en el ultimo mes .
- d. Comprobación fingida : la evaluación adherente con la presencia de medicamentos en una muestra biológica (51).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En estudios realizados, mencionan diversos los factores que contribuyen o no al cumplimiento del tratamiento médico, siendo los más relevantes, las cuestiones que tienen que ver con: la organización de los servicios de salud, configuraciones personalógicas, características del tratamiento, disponibilidad de recursos económicos y el apoyo familiar. Al establecer la relación existente entre las variables sociodemográficas y la adherencia terapéutica, en cuanto a la edad, resulta llamativo que solo los pacientes mayores de 60 años se adhieren totalmente

a él, aunque algunos autores han encontrado que las personas de mayor edad olvidan menos las tomas de medicamentos porque frecuentemente dichos enfermos padecen también otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los incentiva a no abandonar la medicación, o que a mayor edad se vea asociado a la pérdida de memoria que a menudo acompaña al envejecimiento (24).

TEST DE MORISKY GREEN LEVINE

Uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación es el [cuestionario de Morisky-Green](#). La primera versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica, denominado también como: *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ) o *4-item Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-4), el cual ha sido validado en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas, donde la versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos (45).

En 2008 se publicó una nueva versión del test con ocho preguntas (*8-item Morisky Medication Adherence Scale* o *MMAS-8*) y que fue desarrollada a partir de las cuatro preguntas originales, donde los cuatro ítems adicionales hacen referencia al comportamiento relativo a la toma de medicación, especialmente, a la infrautilización, este cuestionario presenta igual ventaja respecto a otros cuestionarios ya que tienen un uso muy generalizado tanto en diferentes patologías, poblaciones como países, por lo que son muy utilizados en investigación (45).

La escala de adherencia Morisky 8 ítems (MMAS-8) (Tabla 1): mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo Likert. Ha sido validada en pacientes hipertensos. La adherencia se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8. La consistencia interna de esta escala cuantificada con alfa de Cronbach fue de 0,646. (46)

Tabla 1. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

Preguntas	Opciones de respuesta	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Si=0	No=1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Si=0	No=1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Si=0	No=1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Si=0	No=1
*5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Si=1	No=0
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Si=0	No=1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Si=0	No=1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/Casi nunca	1
	Rara vez	0,75
	Algunas veces	0,5
	Habitualmente	0,25
	Siempre	0

Fuente: Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. J Clin Hypertens. 2008; 10(5): 348–354.⁽⁷⁾.
*Inversión de puntaje

Morisky D , ANG A , Kroussel – wood , wrad H . Predictive Validity of A Medicion Adherence Measure in an Outpatient Setting J CIn Hipertens 2016. 348-.354

2.3. Marco Conceptual

Adherencia terapéutica: Se define como el cumplimiento del tratamiento impuesto por el medico ; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Factores que influyen en la adherencia: son características o condicionantes que afecten el comportamiento del paciente en la continuidad de la medicación o recomendación por el personal de salud.

Calidad de vida: es la percepción de un paciente tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.

Emergencias hipertensivas (EH): se definen como elevaciones graves en la PA (> 180/120 mm Hg) asociadas con evidencia de daño nuevo o mayor del órgano diana (19).

Urgencias hipertensivas (UH): son situaciones asociadas con una elevación severa de la PA en pacientes por lo demás estables sin un cambio agudo o inminente en el daño o disfunción del órgano diana (19).

1.3. Marco Filosófico

La hipertensión arterial: un problema de salud internacional (47)

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo en términos de mortalidad atribuible, por lo que se considera uno de los mayores problemas de salud pública. En el contexto del riesgo cardiovascular total, la HTA crónica es el principal factor de riesgo modificable. La reducción de la presión arterial sistólica (PAS) y de la presión arterial diastólica (PAD) a niveles inferiores a 140/90 mm Hg se asocia con una disminución de las complicaciones cardiovasculares (48).

La hipertensión arterial posee una distribución a nivel mundial, por lo que se debe tener en cuenta sus múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico. La correcta percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial, obliga a ejecutar una estrategia poblacional, tanto con medidas de promoción y educación, como de incremento en la calidad de los servicios de salud, que van dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, en particular la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingestión de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad, que puede lograrse mediante acciones encaminadas a modificar estilos de vida. Importante resulta la pesquisa activa, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que, por estar expuestos a uno o varios de los factores de riesgo antes señalados, padecen de hipertensión arterial o tienen alta probabilidad de padecerla.

De las primeras acciones para cumplir el objetivo de evitar la aparición de la enfermedad: promoción de salud (enfoque poblacional), es decir en un proceso encaminado a capacitar a los pueblos para controlar y mejorar la salud, brindándole los medios necesarios para que ellos luchen por su salud y que participen en el logro de un mejor bienestar y estado de salud, práctica de ejercicios en lugares creados para este fin y prevención de enfermedades (enfoque individual, grupos de riesgo, no enfermos).

Como segundo objetivo, es evitar la progresión de la enfermedad: diagnóstico precoz al realizar pesquisas activas en las consultas médicas, terrenos a los hogares, en círculos de adolescentes, adultos y otros que se creen con la finalidad de transmitir conocimientos y /o acciones de salud. El tratamiento oportuno con las consultas de seguimiento del médico de familia, interconsultas con el clínico del grupo básico El estilo de vida del paciente, la coexistencia de factores de riesgo

están entre los factores que influyen en el desarrollo de la hipertensión, educación del paciente hipertenso que es el elemento primordial para el mejor control de la enfermedad. La promoción de salud (enfoque poblacional), prevención de enfermedades (enfoque individual, grupos de riesgo, no enfermos) son los procesos de intervención de salud en el nivel primario o de ocurrencia.

II. CAPITULO II PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. Situación problemática

La hipertensión arterial (HTA) se considera como un asesino silencioso que representa un problema de salud pública a nivel mundial, y uno de los cambios en la actualidad es sobre los estilos de vida (1). La HTA es una patología crónica caracterizada por un incremento continuo de la tensión arterial a nivel de los vasos sanguíneos, lo que conlleva a un mayor bombeo de sangre por parte del corazón, ocasionando una hipertrofia ventricular que a la larga llevará a una insuficiencia cardíaca o, provocará un infarto de miocardio; asimismo también ocasiona daño a nivel de órganos nobles como el riñón y cerebro, por lo que la HTA se considera como el principal factor de riesgo modificable para enfermedad cardiovascular, como accidentes cerebrovasculares, y como la segunda causa de discapacidad en el mundo (1,2).

La base fundamental para un diagnóstico y tratamiento adecuado de la HTA, radica en el monitoreo de la PA, la cual ha sido materia de estudio; por ser en algunas ocasiones subvalorada o efectuada erróneamente; un estudio interesante en estudiantes de medicina en los Estados Unidos, demostró que la medición correcta de PA era una competencia deficiente en muchos estudiantes, encontrando que solo 1 de cada 159 estudiantes realizaron correctamente las 11 etapas para medir la PA recomendadas por la Asociación Americana del Corazón; lo que muestra una gran preocupación en el monitoreo de la PA (7).

Actualmente la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Cardiología (ACC) modificaron los rangos de presión arterial a partir de los cuales se calificaba a una persona con HTA, siendo establecida como valor una tensión que iguale o supere los 130 mmHg de sistólica y/o iguale o superen los 80 mmHg de diastólica (2). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aún define como punto de corte para PA elevada cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mmHg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mmHg (1).

En el mundo, uno de cada cinco adultos tiene PA alta, y cerca de 9.4 millones de fallecimientos por año derivan de complicaciones secundarias a la HTA, con un aumento progresivo en los últimos 20 años y afectando principalmente a los adultos mayores de 25 años; además la HTA es causante de al menos 45% de las muertes por cardiopatía isquémica y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. Según el informe de la AHA informa que la prevalencia de HTA aumenta con la edad, afectando a más de dos tercios de los adultos mayores, considerándose un factor importante de riesgo para insuficiencia cardíaca y enfermedad

cerebrovascular (1,2), siendo sus factores de riesgos, el desconocimiento de la enfermedad y el poco acceso a los tratamientos (1).

En Latinoamérica según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta que mientras las enfermedades infecciosas están siendo controladas, las enfermedades crónicas no transmisibles están generando la mayor mortalidad, mostrando estadísticas en la cual no se ha logrado mejorar la calidad en la asistencia médica y adherencia al tratamiento en los pacientes con HTA, esto debido probablemente a un inadecuado control por parte del personal de salud o desconocimiento del paciente sobre el gran impacto de las complicaciones de la enfermedad en su calidad de vida (6). En América Latina y el Caribe se ha encontrado que el 20% al 35% de la población adulta de tiene hipertensión, y que además muchos desconocen su condición, además, el envejecimiento poblacional de los países como Perú, Paraguay y Brasil favorecen un incremento de la prevalencia de hipertensos, ocasionando mayor riesgo cardiovascular (5,6).

En la región de las Américas la prevalencia de Hipertensión Arterial es de 22% en mayores de 18 años (OMS estimación 2015), para el Perú según la encuesta ENDES 2015, la prevalencia de HTA al momento de la toma es 12.3%, pero aproximadamente es mas de 18% de la población con Hipertensión, esto significa que aproximadamente solo el 25% de los hipertensos están controlando su presión arterial y el 75% restante no, teniendo riesgo inminente de daños cardiovasculares, cerebrales, renales y también pueden ver afectados otros órganos(4). La Sociedad Peruana de Cardiología, encontró que la prevalencia de HTA aumentó de 23.7% a 27.3% en un plazo de 6 años, siendo los factores potencializadores el envejecimiento, la dieta hipercalórica, el abuso de alcohol y tabaco (8). Mientras que otros estudios se encuentran que el 11% cumplían su tratamiento antihipertensivo y el 18.7% con el régimen higiénico dietético (9), en estudios realizados en Latinoamérica muestran que la adherencia al tratamiento en los pacientes con HTA oscila entre 37 y 52% (5,6). En el Perú, en hospitales por EsSalud, muestran tasas de adherencia entre 54% y 63%, lo que difiere con estudios realizados en hospitales MINSA, donde el rango de adherencia es similar a los encontrados en Latinoamérica, posiblemente porque en EsSalud reciben medicación gratuitamente en comparación a MINSA donde no todos los medicamentos son subvencionados (10). El estudio latinoamericano CARMELA arrojó datos importantes, donde el 47% de los limeños desconocían que tenían HTA, y concluyó que Lima era la ciudad con menor porcentaje de autoconocimiento de la enfermedad (11). En el Hospital Cayetano 40% con nivel bajo de autoconocimiento de su enfermedad y baja adherencia a la medicación con 57.4%, siendo población de jóvenes con doble terapia antihipertensiva (5,12). La falta adherencia se relaciona con enfermedades crónicas, lo que genera un aumento en las tasas de morbi-mortalidad, para lo cual no se han encontrado aún una respuesta clara a este problema y las estrategias ofrecidas aún no han demostrado ser efectivas (10,13).

Aún queda un reto por superar para mejorar la comunicación con los pacientes, que incluiría derribar las barreras culturales, educativas y sociales que impiden que se logre una relación médico paciente efectiva; el desafío surge de manera personal, buscando estrategias diferentes e imaginativas con mensajes puntuales y utilizando toda la tecnología a nuestro alcance, como los medios de comunicación masiva para lograr una intervención biopsicosocial (13).

Por lo expuesto, se tiene como objetivo conocer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, con la finalidad de conocer el perfil de la población de hipertensos que acuden al Hospital Regional de Ica.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema General

¿Cuál es la Frecuencia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019?

2.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de adherencia terapéutica de acuerdo al género, en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica , durante el periodo septiembre - noviembre del 2019?
- ¿Cuál es la frecuencia de adherencia terapéutica de acuerdo al grupo etáreo, en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica , durante el periodo septiembre - noviembre del 2019?
- ¿Cuál es frecuencia de adherencia terapéutica de acuerdo al tratamiento, en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019?
- ¿Cuál es frecuencia de adherencia terapéutica de acuerdo al grado de instrucción académico , en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019?

2.2.3. Delimitación del problema

El presente estudio presenta como limitación:

Poblacional: Se realizarán en aquellos pacientes que se estén tratando en el servicio de cardiología del Hospital Regional de Ica, siendo mayores de 18 años, exonerando a las gestantes, se excluirán así mismo a los demás hospitales de la región de Ica.

Temporal: el proyecto se realizará en el periodo comprendido desde Septiembre hasta Octubre 2019.

2.3. Justificación e Importancia

2.3.1. Justificación

La HTA enfoca un problema de salud pública de importancia económico-social, constituyendo una de las patologías con mayor riesgo de cardiopatía y enfermedad cerebrovascular, afectando principalmente a los adultos mayores, pero sin olvidar a los pacientes jóvenes; en quienes, a pesar de que la enfermedad se podría diagnosticar a temprana edad, presentan menor adherencia al tratamiento, debido a la presentación asintomática de la misma (1,5). Además, al existir desconocimiento de la enfermedad en este grupo etario, causa retardo en el diagnóstico y tratamiento, adicional a ello se encontraría que los jóvenes adultos no acuden regularmente a la consulta médica debido a la idea equivocada de que, a menor edad, menos frecuente de padecer patologías (5,14).

La HTA puede dañar silenciosamente diversos órganos de nuestro cuerpo durante años sin presentar síntomas, pudiendo desarrollar aneurismas, afectación de la bomba cardiaca ocasionando hipertrofia del ventrículo izquierdo y a largo plazo, insuficiencia cardiaca y riesgo de infarto de miocardio (14). A nivel cerebral riesgo de enfermedad cerebrovascular y deterioro cognitivo leve; y también a nivel renal, como: insuficiencia renal, glomeruloesclerosis, e incluso llegar a la terapia de reemplazo renal o trasplante de riñón, entre otras consecuencias: retinopatía hipertensiva y neuropatía óptica (15).

También es importante reconocer el papel de cronicidad que conlleva la HTA, y cómo repercute el costo importante en nuestra política de salud, la cual va en aumento y las complicaciones conllevan a la discapacidad, a nivel mundial un estudio realizado por Danaei y cols., busco estudiar la tendencia de los valores de PA, en la cual encontró frecuencias altas en cantidad de pacientes con HTA no controlada, la cual había aumentado de 600 millones a casi mil millones en menos de 30 años (2,4).

Existen múltiples obstáculos para un adecuado control de la PA, Meichenbaum y Turk, identificaron diversas variables relacionados con la adherencia al tratamiento: que incluye los relacionados con el paciente y el sistema de salud; entre ellos tenemos una deficiencia en la adquisición de medicamentos, la polifarmacia en el paciente con múltiples patologías crónicas u otros problemas de salud lo que aumentaría la susceptibilidad a la HTA y un difícil control a largo plazo, un esquema medicamentoso complejo que sería difícil de seguir; y problemas de comunicación entre el profesional médico y el paciente; adicional a ello encontramos el desconocimiento y falta de comprensión del paciente sobre las consecuencias que conllevaría un tratamiento ineficaz; como también el problema social por parte del sexo masculino, quienes son más renuentes a la búsqueda de atención médico, más aún si la patología se muestra de manera asintomática (13,16).

Sobre todo la importancia de la adherencia terapéutica se basa en el constante cumplimiento del tratamiento planteado por el personal de salud , para que el paciente puede cumplir con dicho tratamiento , por lo que en la actualidad presenta muchos obstáculos tema por el cual no se fortalece , por lo que se estaría fallando ya que no hay un seguimiento permanente del cumplimiento del tratamiento antihipertensivo de los pacientes por lo cual el nivel de adherencia suele ser bajo , por lo que se busca identificar los factores relacionados en los pacientes que podrían alterar o de alguna manera modificar el cumplimiento del tratamiento , por cual este trabajo busca identificar el nivel adherencia en los pacientes del hospital regional , para poder fortalecer el nivel de adherencia farmacológica .(13,16)

2.3.2. Importancia

Como se ha podido analizar, la HTA está relacionada directamente con las principales causas de mortalidad cardiovascular como de patologías crónicas e invalidantes, entre ellas la insuficiencia cardiaca y la enfermedad renal (2,15). La batalla contra HTA, en relación con detener una epidemia mundial, refuerzan la necesidad de estrategias de intervención eficaces y al alcance de todos; donde el término adherencia al tratamiento es la piedra angular del éxito (13).

Meichenbaum y Turk (1991), definían ya la adherencia al tratamiento como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, que incluye no solo el cumplimiento de las indicaciones del médico, sino además un compromiso de mutuo acuerdo con el fin de lograr los mejores resultados terapéuticos y menor riesgo de complicaciones (13,17).

Asimismo, debemos recordar que las complicaciones de la HTA se dividen en aquellas netamente hipertensivas y las ateroscleróticas; donde las últimas no guardarían relación directa con las cifras de la PA, y serían otros factores los que

desempeñarían un papel significativo. Actualmente, muchos pacientes traen a la consulta una serie de factores de riesgo, como una dieta alta en grasas y sal, sedentarismo, tabaquismo y alcohol; donde la hipertensión forma parte de la pieza necesaria para que todo ese estilo de vida inadecuado sume en contra del paciente; esto ocasiona que los medicamentos sean solo parte del éxito del tratamiento, pero por si solo no podrían sumar a favor si no va acompañado de una concientización por parte del paciente (10,17).

Se ha demostrado que un monitoreo constante de la PA, cambios en el estilo de vida y el uso adecuado de la medicación antihipertensiva logra aminorar las consecuencias de la HTA en diversos órganos; lo que se resume como tratamiento integral del paciente, el cual invita a la comunidad médica a tratar todos los factores de riesgo cardiovascular para conseguir un impacto positivo sobre la mortalidad cardiovascular; siendo esta estrategia la que se recomienda en las últimas guías internacionales (18,19).

Dentro de otras herramientas, se busca la difusión del uso de la medición de la PA domiciliaria con dispositivos automáticos; como también proporcionar a los pacientes el tratamiento más adecuado, evitando tratamientos incompletos; como se observa en la realidad de las emergencias en nuestro medio, donde los pacientes hipertensos con insuficiencia cardiaca no reciben inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los cardiópatas no reciben betabloqueantes o aquellos con fibrilación auricular no están anticoagulados (17,20,21).

A nivel farmacológico, en los últimos años se ha buscado incorporar diversos grupos de fármacos, entre ellos los IECA, los antagonistas del calcio y los alfa bloqueadores; los cuales han demostrado controlar la PA, disminuir la hipertrofia ventricular y mejorar la función renal, pero sin demostrar aún a corto plazo una modificación positiva en la morbimortalidad cardiovascular; pese a ello, debemos ser conscientes que la HTA es un terreno aún por investigar y se espera en un futuro próximo tener a la disposición mayores estudios para su control como objetivo final del tratamiento de la HTA (20,21). Aun así, estos nuevos grupos farmacológicos han mostrado ser de gran ayuda en la adherencia al tratamiento, al ser mayor tolerados por el paciente y además de reducir la PA al asociarse con otros fármacos, lo cual es un punto a favor en el manejo preventivo de las complicaciones (20–22).

Un informe realizado en Tacna en el Hospital Hipólito Unánue encontró que más de la mitad de los pacientes hipertensos estaban mal controlados y el 80% de ellos, a pesar de la visita médica no se les había modificado el tratamiento (22). Como nos indican las estadísticas, en nuestro medio; aún los resultados son desalentadores, lo que obliga a considerar mayor responsabilidad y compromiso por parte del profesional sanitario, en búsqueda de una medicina preventiva; como

han indicado Radfor, et al, los mejores hospitales americanos se distinguen del resto, no por su dotación tecnológica ni por el uso de esta, sino, curiosamente, en el porcentaje de pacientes que tras un infarto de miocardio son tratados con aspirina y beta bloqueadores, con lo que consiguen una reducción de la mortalidad de un 23% con respecto a los otros centros. La mayoría de las veces las cosas pequeñas no son, necesariamente, pequeñas (17,23).

Importancia de poder ver el nivel de adherencia farmacológica de los pacientes que acuden al consultorio es poder identificar los factores que ayudan para su mejoría por el cual el paciente pueda cumplir su tratamiento de acuerdo a la hora y día prescrito , para que el paciente pueda controlar la Hipertensión arterial y poder evitar las futuras complicaciones que se podría llegar a presentar

2.4. OBJETIVOS

2.4.1. Objetivo General

- Determinar la frecuencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.

2.4.2. Objetivos Específicos

- Mostrar frecuencia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.
- Conocer la frecuencia adherencia terapéutica de acuerdo al género, en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica , durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.
- Determinar la frecuencia de la adherencia terapéutica de acuerdo al grupo étnico, en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica , durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.
- Determinar la frecuencia de la adherencia terapéutica de acuerdo al tratamiento, en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica , durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.

- Conocer la frecuencia de la adherencia terapéutica de acuerdo a la frecuencia en tratamiento, en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica , durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1. Hipótesis

2.5.1.1. Hipótesis general

Existe adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.

2.5.1.2. Hipótesis Nula

No existe adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.

2.5.2. Variables

2.5.2.1. Variable Dependientes

- Adherencia terapéutica

2.5.1.1. Variable Independiente

- Tratamiento antihipertensivo

2.5.1.2. Variable interviniente

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Tiempo de enfermedad

2.5.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	UNIDAD	TIPO	ESCALA	FUENTE
Variable Principales							
Adherencia terapéutica	Estrategia que permite al paciente mantener y continuar el tratamiento antihipertensivo	Contesta incorrectamente el test Morisky-Green-Levine Contesta correctamente el test Morisky-Green-Levine	No adherente Adherente		Cualitativo	Nominal	Registro en ficha
Variables Secundarias							
Tratamiento antihipertensivo	Tratamiento que es considerado para establecer a una presión arterial adecuada	Tratamiento que puede ser de acuerdo al tipo monoterapia, biterapia o multiterapia. De acuerdo al número de fármacos al día	Tipo de tratamiento No. De Fármacos al día		Cualitativo	Nominal	Registro en ficha
Variables Intervinientes							
Edad	Tiempo de vida de una persona cumplido en años	Tiempo de vida en años en que presento el paciente el diagnóstico de diarrea aguda		Años	Cualitativo	Nominal	Registro en ficha
Sexo	El termino distingue los aspectos atribuidos a hombre y mujeres desde un punto de vista social y determinados biológicamente	Características fenotípicas que caracterizan a la persona	Masculino Femenino		Cualitativo	Nominal	Registro en ficha
Grado de instrucción	Años de estudios relacionado con el nivel alcanzado	Años de estudios realizados, con grado alcanzado	Iltrado Primaria Secundaria Superior		Cualitativo	Nominal	Registro en ficha
Estado civil	Situación del paciente que determina unión o no con pareja	Estado de unión o no con pareja	Soltero Casado Viudo Divorciado		Cualitativo	Nominal	Registro en ficha
Tiempo de enfermedad	Diagnóstico establecido de hipertensión arterial	Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial en el paciente	De 06 meses a 03 años De 03 años a más		Cualitativo	Nominal	Registro en ficha

III. CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y nivel de investigación

Estudio **Observacional descriptivo, prospectivo de corte transversal**, cuyos datos se obtendrán en una de ficha de datos Ad hoc, de los pacientes, a quienes se le aplicará la encuesta.

3.2. Población

El universo estaría conformado por los pacientes hipertensos que estén llevando sus controles en el consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica. Se escogerán a los participantes de manera aleatoria. Se usará muestra de una proporción, usando un muestreo referencial. Con una población de los meses entre septiembre hasta el mes de noviembre de 552 pacientes atendidos en el consultorio de cardiología del hospital Regional de ICA .

Muestra:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

N= Total de población

$Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

P = proporción esperada (en este caso 5%- 0.05)

Q= 1-p (en este caso 1.0.05-0.95)

D= precisión (en este caso deseamos 1%)

Muestra de una proporción: n= 326 fichas.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión arterial de más de 06 meses.

- Paciente que viene adquiriendo tratamiento antihipertensivo con un tiempo mayor de 06 meses .
- Paciente que se atiende y acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019

3.3.2. Criterios de exclusión:

- No aceptar el consentimiento informado.
- Paciente con enfermedad psiquiátrica que afecte su capacidad de decisión.
- Paciente con hipertensión con menor de 06 meses de diagnóstico.

IV. CAPITULO IV TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Técnicas de recolección y procesamiento de datos

La muestra a seleccionar se realizará mediante la comprobación de diagnóstico del paciente con hipertensión arterial, revisando el registro de los pacientes que se tengan en el consultorio de cardiología, mediante una selección de forma aleatoria. Se comprobó por medio de la base estadística del hospital los pacientes con un tiempo de enfermedad dentro de lo prescrito , para que puedan ser incluidos en el estudio presente , por lo cual se realizó un estudio aleatorio .

Se llenará una ficha de recolección de datos por cada paciente. Para la recolección de información, se tomará con una duración aproximada entre 20- 30 minutos. La recolección de datos será coordinada con los médicos que presenten el servicio consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica.

4.2. Instrumentos de recolección de la información

Se utilizará una ficha de recolección de datos, donde se incluyen datos generales y específicos sobre hipertensión arterial (Anexo N1) (49). En el cual se añaden variables clínicas para el desarrollo de la investigación.

Así mismo se utilizará la Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8) (Anexo 1): el cual mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo Likert. Ha sido validada en pacientes hipertensos, para clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8. La consistencia interna de esta escala cuantificada con alfa de Cronbach fue de 0,646 (46)

4.3. Técnicas de análisis e interpretación de resultados

Una vez obtenida toda la información de los reactivos de las diferentes variables, depuradas las fichas con información incompleta por el encuestado, se procederá a transferir la información a una base de datos elaborada mediante el programa SPSS 24, con este programa se procederá a realizar:

- Análisis univariado, análisis de tendencia central, se calcularán las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se calculara las medias, desviaciones estándar.
- Análisis bivariado donde se medirán la asociación de las variables mediante el χ^2 (95% de nivel de confianza).

4.4. Consideraciones Éticas

Esta investigación considerará los siguientes principios éticos:

CONFIDENCIALIDAD: La información obtenida en el estudio se manejará de forma discreta y confidencial con uso exclusivo de la investigación, no se divulgará en los resultados los nombres de los pacientes que participen en la investigación, para garantizar esto, durante el llenado de la base de datos, a cada ficha se le asignará un código que la puede identificar.

BENEFICENCIA: Una vez desarrollado nuestro proyecto y demostrado de manera fehaciente nuestra hipótesis, la información obtenida servirá de beneficio en primera instancia a la institución, la cual permitirá conocer el impacto sobre la adherencia del tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial, dando como parte de enfoque del problema de salud pública, siendo los principales beneficiarios los pacientes en quienes, para así poder considerar un mejor esquema, en función a disminución de costos hospitalarios y economía del paciente. Por último, como investigador, encuentro en este proyecto la oportunidad de aportar información valiosa a nuestra comunidad, además de la adquisición de experiencia, reconocimiento personal y grado académico. El paciente no correrá con ningún riesgo durante el estudio.

PERMISO INSTITUCIONAL: Se obtendrá la autorización del director de la Institución, respetando en todo momento las normas disciplinarias de la institución.

NO MALEFICENCIA: No habrá ninguna sanción o acción negativa en el trabajo de las personas que no desean ser parte del estudio.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TABLA DE MATRIZ DE CONSISTENCIA				
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	
	GENERALES	GENERAL		DISEÑO
<p>¿Existe adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019 	<p>Existe adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.</p>	<p>Variable dependiente Adherencia terapéutica</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Alcance: Observacional Diseño: Estudio No experimental</p>
	<p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Mostrar el porcentaje que muestra adecuada adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019. Conocer la adherencia terapéutica de acuerdo al género, en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019. Determinar la adherencia terapéutica de acuerdo al grupo etáreo, en pacientes hipertensos, que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019. Determinar la adherencia terapéutica de acuerdo al tratamiento, en pacientes hipertensos, que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019. Conocer la adherencia terapéutica de acuerdo a la frecuencia en tratamiento, en pacientes hipertensos, que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019 	<p>No existe adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019.</p>	<p>Variable independiente - Tratamiento antihipertensivo Variable interviniendo - Edad - Sexo - Grado de instrucción - Estado civil - Tiempo de enfermedad</p>	

V. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.1. Comprobación de Hipótesis general.

H1: Existe relación significativa entre adherencia terapéutica y los pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, Septiembre - Noviembre 2019

H0: No existe relación significativa entre adherencia terapéutica y los pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, Septiembre - Noviembre 2019

Para la prueba de la hipótesis se fijó:

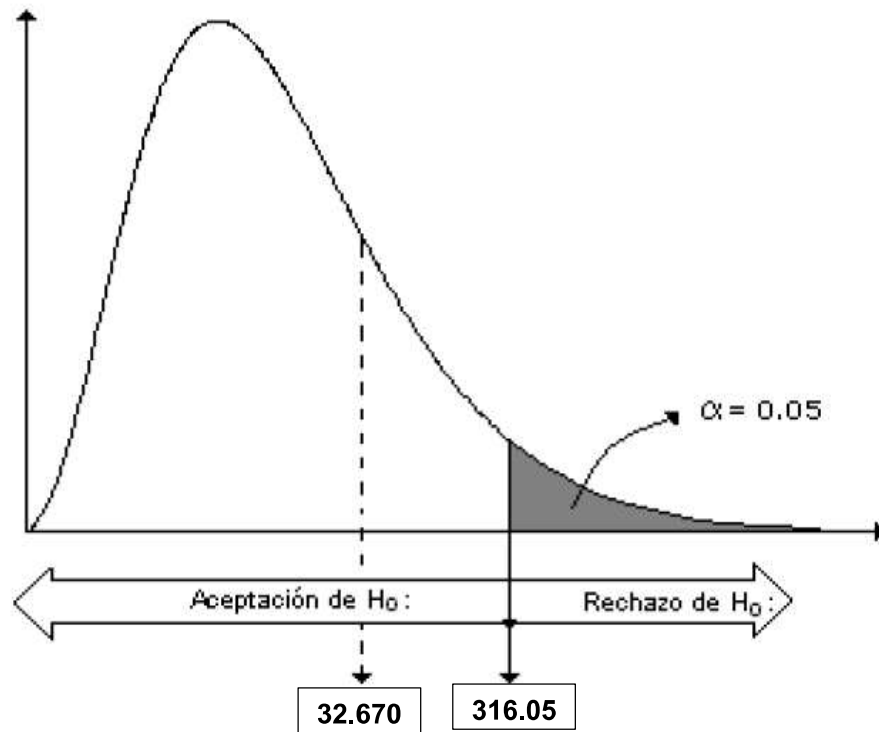
- **Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$**
- **Grados de libertad** que resultado del producto de las filas (F) por las columnas (C): $(F-1) (C-1) = (8-1) (4-1) = 21$ grados de libertad
- **Cálculo del estadístico de la prueba:**

Para realizar la prueba de hipótesis, se ha fijado un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ luego utilizando la fórmula estadística del Chi-Cuadrado

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}; \text{ en donde } f_o = \text{es el valor observado y } f_e = \text{es el valor esperado que}$$

en nuestro caso es de **316.05**, así mismo, asumiendo los siguientes grados de libertad de **$(f-1) (C-1) = (8-1) (4-1) = 21$** , con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$ obteniendo el valor de **32.67057** según la tabla del Chi Cuadrado.

Construcción de las áreas de aceptación y rechazo



En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es **32.67057** de acuerdo con la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de **316.05**.

5.1.1. Toma de Decisión

Como el valor de la Chi-cuadrado $X^2 = 316.05$ es mayor que el de la tabla = 32.67057 . Entonces pertenece a la Región de Rechazo. Esto indica que se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, donde se afirma que: Existe relación significativa entre adherencia terapéutica con el sexo de pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, septiembre - noviembre 2019.

VI. CAPÍTULO PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN

6.1. Presentación e interpretación de resultados.

6.1.1. Características sociodemográficas de pacientes hipertensos

Tabla N° 1. Datos sociodemográficos de los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica en Septiembre - Noviembre 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EDAD					
Válido	ADULTO	71	21.8	21.8	21.8
	ADULTOMAYOR	255	78.2	78.2	100.0
SEXO					
Válido	FEMENINO	197	60.4	60.4	60.4
	MASCULINO	129	39.6	39.6	100.0
GRADO DE INSTRUCCION					
Válido	ILETRADO	13	4.0	4.0	4.0
	PRIMARIA	81	24.8	24.8	28.8
	SECUNDARIA	128	39.3	39.3	68.1
	SUPERIOR	104	31.9	31.9	100.0
ESTADO CIVIL					
Válido	SOLTERO	37	11.3	11.3	11.3
	CASADO	215	66.0	66.0	77.3
	VIUDO	70	21.5	21.5	98.8
	DIVORCIADO	4	1.2	1.2	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Descripción e Interpretación:

De los pacientes atendidos en el consultorio de cardiología se observa un predominio de los adultos mayores (mayores de 59 años) 255 pacientes que corresponde a un 78.2%. En relación al sexo se encuentra un predominio del sexo femenino, con 197 pacientes que corresponde a un 60.4 %. Respecto al grado de instrucción hay un predominio del grado de secundaria con 128 pacientes que corresponde a un 39.3%. En el estado civil obtuvo un mayor número los casados con 215 casos correspondiéndole un porcentaje de 66%. Los datos obtenidos nos muestran que la mayor cantidad de pacientes que acuden al consultorio de cardiología a recibir tratamiento son adultos mayores (más de 59 años), de sexo femenino, en su mayor porcentaje con instrucción secundaria completa y casados.

6.1.2. Tiempo de enfermedad de los pacientes hipertensos

Tabla 2. . Tiempo de enfermedad de los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica en Septiembre - Noviembre 2019

TIEMPO DE ENFERMEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	06 MESES A 03 AÑOS	142	43,6	43,6	43,6
	MAYOR DE 03 AÑOS	184	56,4	56,4	100,0
	Total	326	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Descripción e interpretación:

De un total de pacientes atendidos en el consultorio de cardiología se observa que según en tiempo de enfermedad, se presenta un predominio de los pacientes con tiempo de enfermedad mayor de 03 años con 184 pacientes resultando un porcentaje de 56,4% .

Tabla 3. Tratamiento específico antihipertensivo de los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica en Septiembre - Noviembre 2019

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	IECA O ARA II	61	18,7	18,7	18,7
	COMBINACION DUAL	196	60,1	60,1	78,8
	COMBINACION TRIPLE	69	21,2	21,2	100,0
	Total	326	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción e Interpretación:

De los pacientes atendidos en el consultorio de cardiología se observa que el tratamiento de los pacientes , se observa un predominio de pacientes que tiene un tratamiento de combinación dual con una cantidad de 196 correspondiéndole un porcentaje de un 60,1% .

6.1.3. Cantidad de fármacos que toma en su tratamiento.

Tabla 4. Cantidad de fármacos que toma en su tratamiento antihipertensivo de los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica en Septiembre - Noviembre 2019

NUMERO DE FÁRMACOS QUE TOMA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 FARMACO	54	16.6	16.6	16.6
	2 FARMACO	149	45.7	45.7	62.3
	3 A MAS FARMACOS	123	37.7	37.7	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Descripción e Interpretación:

De los pacientes atendidos en el consultorio de cardiología se observó que los pacientes que toman su medicación existe un predominio de los pacientes que toman dos fármacos con 149 pacientes que corresponde a un 45.7%..

6.1.4. Cantidad de fármacos antihipertensivos que toma al día.

Tabla 5. Cantidad de fármacos antihipertensivos que toma al día los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica en Septiembre - Noviembre 2019

NUMERO DE DOSIS AL DIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 DOSIS	64	19.6	19.6	19.6
	2 DOSIS	226	69.3	69.3	89.0
	3 DOSIS A MAS	36	11.0	11.0	100.0
	Total	326	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Descripción e Interpretación:

De los pacientes atendidos en el consultorio de cardiología se observa que en el número de tomas dosificadas al día , hay un predominio de dos dosis correspondiendo a 226 pacientes con un 69.3% .

6.1.5. Pacientes con relación al puntaje de la escala de morisky .

Tabla 6. Relación del puntaje de la escala de morisky de los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica en Septiembre - Noviembre 2019

ESCALA MORISKY		f	%	% Válido	% Acumulado
Válido	< 8 PUNTOS	216	66.3	66.3	66.3
	> 8 PUNTOS	110	33.7	33.7	100
Total		326	100	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$\chi^2=154.91$ gl=4 p<0,05

Descripción e Interpretación:

En los pacientes atendidos en el consultorio de cardiología se observa que se presenta un predominio de la falta de adherencia al alcanzar un puntaje menor de 8 puntos correspondiendo a 216 pacientes (66,3%) obteniéndose un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 154.91 superior al obtenido en tabla que es de 3.8414 (Chi2 esperado), con un grado de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05. Lo que demuestra que existe relación significativa entre la adherencia a los medicamentos y los pacientes hipertensos atendidos en el consultorio de cardiología del Hospital Regional de Ica, es decir la mayor cantidad de pacientes hipertensos atendidos muestran adherencia al tratamiento.

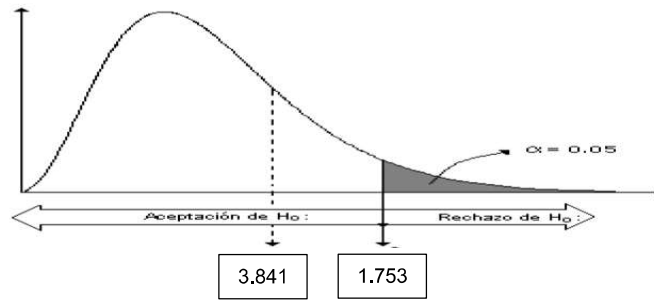
6.1.6. Relación entre el sexo y los resultados de la escala de morisky.

Tabla 7. Relación entre el sexo y los resultados de la escala de morisky de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología en el hospital Regional entre Septiembre – Noviembre del año 2019

Tabla cruzada SEXO Y ESCALA DE MORISKY					
			ESCALA MORISKY		Total
			< 8 PUNTOS	> 8 PUNTOS	
SEXO	FEMENINO	Recuento	125	72	197
		Recuento esperado	130.5	66.5	197
		% dentro de ESCALA MORISKY	57.90%	65.50%	60.40%
	MASCULINO	Recuento	91	38	129
		Recuento esperado	85.5	43.5	129
		% dentro de ESCALA MORISKY	42.10%	34.50%	39.60%
Total		Recuento	216	110	326
		Recuento esperado	216	110	326
		% dentro de ESCALA MORISKY	100.00%	100.00%	100.00%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,753 ^a	0.185
Corrección de continuidad ^b	1.45	0.228
Razón de verosimilitud	1.769	0.184
Prueba exacta de Fisher	--	--
Asociación lineal por lineal	1.748	0.186
N de casos válidos	326	

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Descripción e Interpretación:

En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es 3.814 de acuerdo a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 1.75. Siendo mayor la de región de aceptación no existe relación directa entre el sexo del paciente y la adherencia en el tratamiento farmacológico

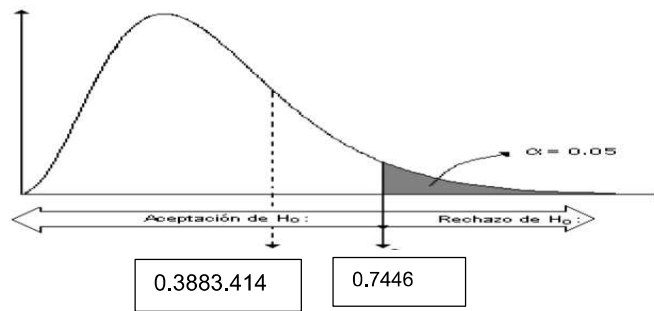
Se evidencia que no existe una relación directa entre el sexo del paciente y la adherencia en el tratamiento farmacológico de los pacientes que acuden en el consultorio de cardiología, donde se observa que la relación entre el sexo y la adherencia farmacológica, se puede observar que hay un predominio en la falta de adherencia farmacológica con el sexo femenino con un porcentaje de 57,90% con una cantidad de 125 pacientes, se observa que del total de pacientes que presenta adherencia farmacológica hay un predominio en el sexo femenino con un porcentaje 65,5% con un total de 72 pacientes.

6.1.7. Relación entre el edad y adherencia farmacológica.

Tabla 8 Relación entre el edad y los resultados de la escala de morisky de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología en el hospital Regional entre Septiembre – Noviembre del año 2019

Tabla cruzad EDAD Y ESCALA DE MORISKY					
			ESCALA MORISKY		Total
			< 8 PUNTOS	> 8 PUNTOS	
EDAD	ADULTO	Recuento	44	27	71
		Recuento esperado	47	24	71
		% dentro de ESCALA MORISKY	20.40%	24.50%	21.80%
	ADULTO MAYOR	Recuento	172	83	255
		Recuento esperado	169	86	255
		% dentro de ESCALA MORISKY	79.60%	75.50%	78.20%
Total		Recuento	216	110	326
		Recuento esperado	216	110	326
		% dentro de ESCALA MORISKY	100.00%	100.00%	100.00%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,746 ^a	0.388
Corrección de continuidad ^b	0.521	0.47
Razón de verosimilitud	0.736	0.391
Prueba exacta de Fisher	--	---
Asociación lineal por lineal	0.743	0.389
N de casos válidos	326	



Descripción e Interpretación:

En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es 0.388 de acuerdo a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 0.7446. Siendo mayor la de región de rechazo por lo que existe relación directa entre la edad del paciente y adherencia en el tratamiento farmacológico de los pacientes.

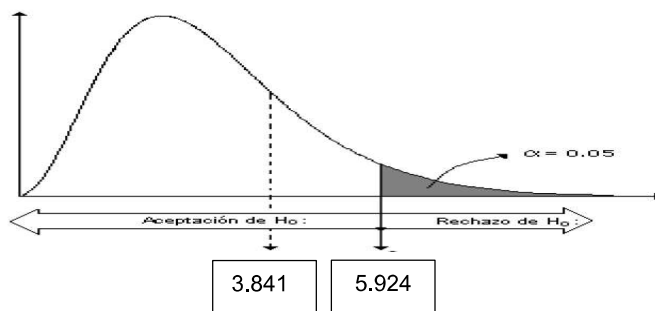
Se evidencia que existe una relación directa entre el edad del paciente y adherencia en el tratamiento farmacológico de los pacientes que acuden al consultorio de cardiología , vemos que la edad que tiene predominio con la falta de adherencia farmacológica es el adulto mayor con un porcentaje de 79.60% con 172 pacientes , entonces puede observar que la edad que predomina con relación la adherencia farmacológica es adulto mayor con 75,50% con 83 pacientes. Con un valor de chi cuadrado de 0.746, con una significancia de 0.388.

6.1.8. Relación entre el grado de educación y adherencia .

Tabla 9. Relación entre el grado de educación y los resultados de la escala de morisky de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología en el hospital Regional entre Septiembre – Noviembre del año 2019

Tabla cruzada GRADO DE EDUCACION Y ESCALA DE MORISKY					
		ESCALA MORISKY			Total
		< 8 PUNTOS	> 8 PUNTOS		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ILETRADO	Recuento	7	6	13
		Recuento esperado	8.6	4.4	13
		% dentro de ESCALA MORISKY	3.20%	5.50%	4.00%
	PRIMARIA	Recuento	53	28	81
		Recuento esperado	53.7	27.3	81
		% dentro de ESCALA MORISKY	24.50%	25.50%	24.80%
	SECUNDARIA	Recuento	94	34	128
		Recuento esperado	84.8	43.2	128
		% dentro de ESCALA MORISKY	43.50%	30.90%	39.30%
	SUPERIOR	Recuento	62	42	104
		Recuento esperado	68.9	35.1	104
		% dentro de ESCALA MORISKY	28.70%	38.20%	31.90%
Total	Recuento	216	110	326	
	Recuento esperado	216	110	326	
	% dentro de ESCALA MORISKY	100.00%	100.00%	100.00%	

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,924 ^a	0.115
Razón de verosimilitud	5.948	0.114
Asociación lineal por lineal	0.171	0.679
N de casos válidos	326	



Descripción e Interpretación:

En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es 3.8414 de acuerdo a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 5.924. Siendo mayor la de región de rechazo por lo que existe relación directa entre el grado de educación y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos.

Se evidencia relación significativa entre el grado de instrucción e adherencia terapéutica según los resultados de la escala de Morisky con un ($X^2 = 5,924$; $P = 0,115$), donde vemos que la relación entre el grado de instrucción y la adherencia farmacológica, muestra falta de adherencia farmacológica el grado de instrucción de secundaria con un porcentaje de 43,50% siendo 94 pacientes, a la vez se observa un predominio a la adherencia farmacológica el grado de instrucción de superior con un porcentaje de 38,2% siendo 42 pacientes. Con un valor de chi cuadrado de 5,924, y una significancia de 0.115.

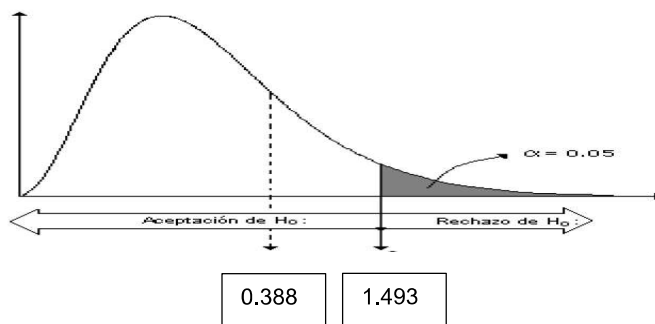
6.1.9. Relación entre el estado civil y la adherencia .

Tabla 10. Relación entre el estado civil y los resultados de la escala de morisky de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología en el hospital Regional entre Septiembre – Noviembre del año 2019

Tabla cruzada ESTADO CIVIL Y ESCALA DE MORISKY					
			ESCALA MORISKY		Total
			< 8 PUNTOS	> 8 PUNTOS	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	Recuento	25	12	37
		Recuento esperado	24.5	12.5	37
		% dentro de ESCALA MORISKY	11.60%	10.90%	11.30%
	CASADO	Recuento	146	69	215
		Recuento esperado	142.5	72.5	215
		% dentro de ESCALA MORISKY	67.60%	62.70%	66.00%
	VIUDO	Recuento	43	27	70
		Recuento esperado	46.4	23.6	70
		% dentro de ESCALA MORISKY	19.90%	24.50%	21.50%
	DIVORCIADO	Recuento	2	2	4
		Recuento esperado	2.7	1.3	4
		% dentro de ESCALA MORISKY	0.90%	1.80%	1.20%
Total		Recuento	216	110	326
		Recuento esperado	216	110	326
		% dentro de ESCALA MORISKY	100.00%	100.00%	100.00%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,493 ^a	0.684
Razón de verosimilitud	1.454	0.693
Asociación lineal por lineal	1.01	0.315
N de casos válidos	326	

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Descripción e Interpretación:

En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es 0.388 de acuerdo a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 1.493. Siendo mayor la de región de rechazo por lo que existe relación directa entre el estado civil y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos.

Se evidencia relación significativas entre el estado civil y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos con un ($\chi^2= 1,493^a$. $P=0.684$) , se observa que entre la relación de el estado civil y la adherencia farmacológica , se hay un predominio en la falta de adherencia con el estado civil de casado con un porcentaje de 67.60% con 146 pacientes , también se observa un predominio dentro de los pacientes con adherencia farmacológica el estado civil de casado con un porcentaje de 62.70% con 69 pacientes . Con un valor de chi cuadrado de 1,493, con una significancia de 0.684.

6.1.10. Relación entre el tiempo de enfermedad y adherencia .

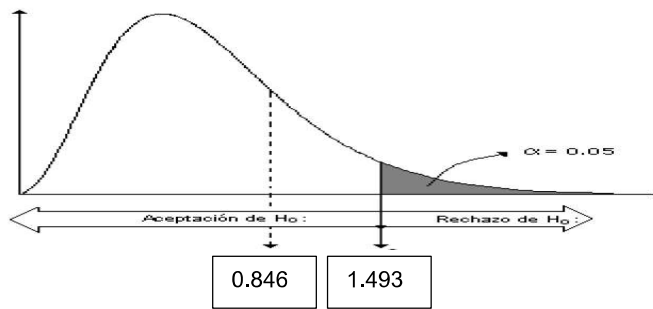
Tabla 11. Relación entre el Tiempo de enfermedad y los resultados de la escala de morisky de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología en el hospital Regional entre Septiembre – Noviembre del año 2019

Tabla cruzada TIEMPO DE ENFERMEDAD Y ESCALA DE MORISKY

			ESCALA MORISKY		Total
			< 8 PUNTOS	> 8 PUNTOS	
TIEMPO DE ENFERMEDAD	06 MESES A 03 AÑOS	Recuento	86	56	142
		Recuento esperado	94.1	47.9	142.0
		% dentro de ESCALA MORISKY	39.8%	50.9%	43.6%
	MAYOR DE 03 AÑOS	Recuento	130	54	184
		Recuento esperado	121.9	62.1	184.0
		% dentro de ESCALA MORISKY	60.2%	49.1%	56.4%
Total		Recuento	216	110	326
		Recuento esperado	216.0	110.0	326.0
		% dentro de ESCALA MORISKY	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.493	0.05
Corrección de continuidad ^b	1.212	0.073
Razón de verosimilitud	1.636	0.057
Prueba exacta de Fisher	-----	-----
Asociación lineal por lineal	1.638	0.056
N de casos válidos	326	-----

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Descripción e Interpretación:

En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es 0.846 de acuerdo a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 1.493. Siendo mayor la de región de rechazo por lo que existe relación directa entre el Tiempo de enfermedad y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos.

Se evidencia que no tiene relación directa entre el tiempo de la enfermedad con los resultados de la escala de Morisky con un ($X^2= 1.493 .P=0.05$).

Se observa entre la relación entre el tiempo de enfermedad y la adherencia farmacológica, se observa un predominio en la falta de adherencia con el tiempo de enfermedad de mayor de 03 años con un porcentaje de 60.2% con 130 pacientes , también se observa un predominio dentro de los pacientes con adherencia farmacológica el tiempo de enfermedad es mayor de 03 años con un porcentaje de 49.1% con 54 pacientes . Con un valor de chi cuadrado de 1,493, con una significancia de 0.05.

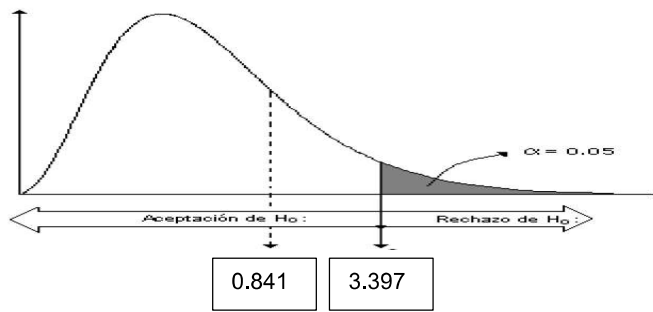
6.1.11. Relación entre el número de fármacos y la adherencia .

Tabla 12. Relación entre el número de fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de morisky de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología en el hospital Regional entre Septiembre – Noviembre del año 2019

Tabla cruzada NUMERO DE FARMACOS Y ESCALA DE MORISKY					
			ESCALA MORISKY		Total
			< 8 PUNTOS	> 8 PUNTOS	
NUMERO DE FARMACOS QUE TOMA	1 FARMACO	Recuento	30	24	54
		Recuento esperado	35.8	18.2	54
		% dentro de ESCALA MORISKY	13.90%	21.80%	16.60%
	2 FARMACO	Recuento	103	46	149
		Recuento esperado	98.7	50.3	149
		% dentro de ESCALA MORISKY	47.70%	41.80%	45.70%
	3 A MAS FARMACOS	Recuento	83	40	123
		Recuento esperado	81.5	41.5	123
		% dentro de ESCALA MORISKY	38.40%	36.40%	37.70%
Total	Recuento	216	110	326	
	Recuento esperado	216	110	326	
	% dentro de ESCALA MORISKY	100.00%	100.00%	100.00%	

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,397 ^a	0.183
Razón de verosimilitud	3.293	0.193
Asociación lineal por lineal	1.456	0.228
N de casos válidos	326	

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Descripción e Interpretación:

En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es 0.841 de acuerdo a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 3.397. Siendo mayor la de región de rechazo por lo que existe relación directa entre el número de fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos.

Se encontró evidencia en relación directa entre el número de fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos ($X^2= 3,397a$, $P=0.183$).

Se observa entre la relación entre el número de fármacos que toma el paciente y la adherencia farmacológica, se observa un predominio en la falta de adherencia con el número de fármacos que toma el paciente es de dos fármacos con un porcentaje de 47.7% con 103 pacientes, también se observa un predominio dentro de los pacientes con adherencia farmacológica con el número de fármacos que toma el paciente es de dos fármacos porcentaje de 41.8% con 46 pacientes. Con un valor de chi cuadrado de 3.397, con una significancia de 0.183.

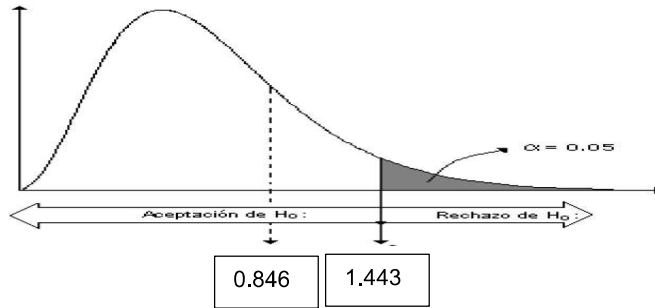
6.1.12. Relación entre los fármacos antihipertensivos y la adherencia .

Tabla 13. Relación entre los fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de morisky de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología en el hospital Regional entre Septiembre – Noviembre del año 2019

Tabla cruzada TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y ESCALA DE MORISKY					
			ESCALA MORISKY		Total
			< 8 PUNTOS	> 8 PUNTOS	
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	IECA O ARA II	Recuento	38	23	61
		Recuento esperado	40.4	20.6	61
		% dentro de ESCALA MORISKY	17.60%	20.90%	18.70%
	COMBINACION DUAL	Recuento	129	67	196
		Recuento esperado	129.9	66.1	196
		% dentro de ESCALA MORISKY	59.70%	60.90%	60.10%
	COMBINACION TRIPLE	Recuento	49	20	69
		Recuento esperado	45.7	23.3	69
		% dentro de ESCALA MORISKY	22.70%	18.20%	21.20%
Total	Recuento	216	110	326	
	Recuento esperado	216	110	326	
	% dentro de ESCALA MORISKY	100.00%	100.00%	100.00%	

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,144 ^a	0.564
Razón de verosimilitud	1.154	0.562
Asociación lineal por lineal	1.116	0.291
N de casos válidos	326	

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Descripción e Interpretación:

En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es 0.846 de acuerdo a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 1.443. Siendo mayor la de región de rechazo por lo que existe relación directa entre los fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos.

Se encontró evidencia en relación directa entre los fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos ($X^2= 1,144a$, $P=0.564$).

Se observa entre la relación entre el tratamiento antihipertensivo que toma el paciente y la adherencia farmacológica, se observa un predominio en la falta de adherencia con el tratamiento antihipertensivo que toma el paciente es de combinación dual con un porcentaje de 59.70% con 129 pacientes, también se observa un predominio dentro de los pacientes con adherencia farmacológica con el tratamiento antihipertensivo que toma el paciente es de combinación dual con un porcentaje de 60.90% con 67 pacientes. Con un valor de chi cuadrado de 1,144, con un significancia de 0,564.

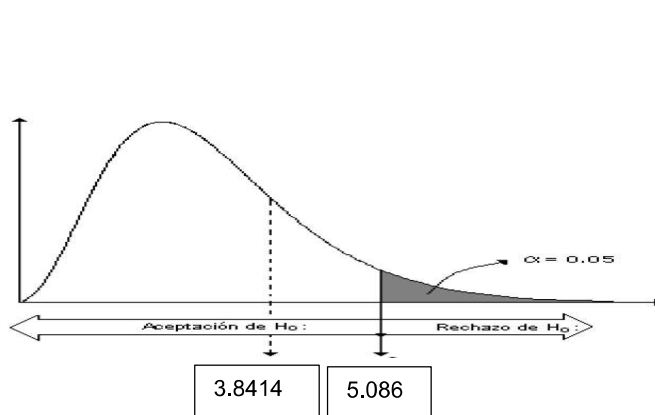
6.1.13. Relación entre número de dosis diaria de los fármacos antihipertensivos y la adherencia .

Tabla 14. Relación entre la toma diaria de fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de morisky de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología en el hospital Regional entre Septiembre – Noviembre del año 2019

Tabla cruzada NÚMERO DE DOSIS Y ESCALA DE MORISKY					
			ESCALA MORISKY		Total
			< 8 PUNTOS	> 8 PUNTOS	
NUMERO DE DOSIS AL DIA	1 DOSIS	Recuento	39	25	64
		Recuento esperado	42.4	21.6	64
		% dentro de ESCALA MORISKY	18.10%	22.70%	19.60%
	2 DOSIS	Recuento	158	68	226
		Recuento esperado	149.7	76.3	226
		% dentro de ESCALA MORISKY	73.10%	61.80%	69.30%
	3 DOSIS A MAS	Recuento	19	17	36
		Recuento esperado	23.9	12.1	36
		% dentro de ESCALA MORISKY	8.80%	15.50%	11.00%
Total		Recuento	216	110	326
		Recuento esperado	216	110	326
		% dentro de ESCALA MORISKY	100.00%	100.00%	100.00%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,086 ^a	0.079
Razón de verosimilitud	4.952	0.084
Asociación lineal por lineal	0.096	0.757
N de casos válidos	326	

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Descripción e Interpretación:

En la gráfica se aprecia los valores de la región de aceptación que es 3.8414 de acuerdo a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 5.086. Siendo mayor la de región de rechazo por lo que existe relación directa entre los fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos.

Se encontró no tener evidencia en relación directa entre el número de dosis de los fármacos que toma para su tratamiento antihipertensivo y los resultados de la escala de Morisky de los pacientes hipertensos ($X^2= 5,086 P=0.079$).

Se observa entre la relación entre el número de dosis que toma el paciente y la adherencia farmacológica, se observa un predominio en la falta de adherencia con el número de dosis que toma el paciente es de dos dosis con un porcentaje de 73,10% con 158 pacientes, también se observa un predominio dentro de los pacientes con adherencia farmacológica con el número de dosis que toma el paciente es de dos dosis con un porcentaje de 61,80% con 68 pacientes. Con un valor de chi cuadrado de 5,086 con un significancia de 0,079.

6.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La hipertensión arterial , es una patología que está cobrando cientos de miles de muertes en la población , como consecuencia de una serie de factores genéticos, hábitos alimenticios y de estilos de vida, siendo necesario que la población conozca sobre lo que significa un buen control de la presión arterial , siendo uno de los principales objetivos de la salud pública educar a la población al buen manejo de la presión arterial con el cumplimiento de tratamiento , lo cual permitirá evitar las complicaciones más frecuentes en los pacientes hipertensos como enfermedad arterial coronaria , falla renal crónica , insuficiencia cardiaca congestiva , accidente cerebral vascular . Es por ello, que el presente estudio se propuso analizar la adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología , evaluar la relación del sexo , la edad , nivel de educación y estado civil con la adherencia farmacológica de los pacientes por medio de la escala de morisky.

Basilo . C (2011) quien obtuvo en sus resultados que el nivel de adherencia de 64,4% en los pacientes que acudieron al consultorio de cardiología en el hospital Hipólito Unanue de Tacna , que se encontró con un resultado de nivel de no adherencia de 35,6%

En el estudio realizado sobre la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el hospital regional de Ica, septiembre hasta noviembre en el año 2019 , al encontrarse mayor porcentaje en el sexo femenino con adherencia farmacológica de 65,5% , hallamos en el sexo masculino una adherencia farmacológica con un porcentaje de 34,5% , resultados que coinciden con el estudio realizado por Santiago **A. (2016)** que los pacientes del sexo femenino con adherencia al tratamiento, lo que constituye 61.7 % del total de la muestra. No se demostró asociación significativa entre las variables sexo y adherencia al tratamiento, en Consultorio 16, del Policlínico "26 de Julio", La Habana .

Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial Predominaron los sujetos del sexo femenino (63,0 %), **Ahmed J. 2017 (CUBA)** . Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: 67.53% al sexo femenino, México **Ulises L. (2017)** .Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón **(CUBA) 2014**. La mayoría de los pacientes hipertensos estudiados pertenecieron al género femenino, lo que representa el 68% de la muestra evaluada. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. **2015 Jose C.** encontró como resultado un nivel de adherencia a predominio en el sexo de Femenino 54.3% que coincide con estudios anteriores mencionados.

En nuestro estudio analizado presento los siguientes resultados según el grado de educación con relación a la adherencia presento un predominio en el grado superior con una adherencia farmacológica con un porcentaje de 38,2% resultados que no coinciden con el estudio analizado por **Edgar B.** sobre adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo , **Tacna (2011)** con los resultados donde se puede observar que el 68,8% de los pacientes con buena adherencia al tratamiento tenían estudios secundarios o superiores, en comparación al 58,6% de pacientes con mala adherencia que tenían estudios primarios o eran analfabetos estudios que discrepan con el estudio analizado por **Rueda V.** sobre adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo realizado en **Piura (2018)** que dio como resultado en el estudio según el grado de educación que presento un predominio con el grado de instrucción se observó que el 75% de los pacientes con primaria completa eran adherentes resultado que coinciden con el estudio analizado por **Santiago A.** sobre Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes **cuba (2016)** presento como resultado relación de la adherencia terapéutica con el nivel de escolaridad; encontramos que la adherencia al tratamiento en los pacientes con grado universitario fue de 74 %, y se demostró la existencia de asociación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y la adherencia al tratamiento.

En nuestro estudio analizado presento como resultado entre la relación que se observa en la edad con la adherencia que dio como un resultado en pacientes adultos mayores con una adherencia farmacológica con un porcentaje 75,5% con adherencia estudio que coincide con en el estudio analizado por **Rueda V.** sobre adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo realizado en **Piura (2018)** que presento como resultado entra la relación de la edad de los pacientes y la adherencia , los resultados de las personas mayores de 65 años, el 67.7% de ellos, son adherentes estudios que presenta relación con en el estudio realizado por **Milena Diaz , Cuba (2014)** sobre Adherencia al tratamiento antihipertensivo en relación a la variable edad, hubo una mayor presencia de los rangos de edades de 70-79 años, seguido por el grupo de 45-54 años y en tercer lugar, el de 60-69 años de edad .

Al analizar los resultados de nuestro estudio entre la relación del tiempo de enfermedad con la adherencia farmacológica nos dio como resultado que los pacientes con un tiempo de enfermedad de 06 meses a 03 años con una adherencia farmacológica con un porcentaje de 50,9% resultados que discrepan con los resultados del estudio analizado por **Rueda V.** sobre adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo realizado en **Piura (2018)** que presento como resultado entre la relación entre el tiempo de enfermedad mayor de 3 años con una adherencia de 45,5% resultado que coincide con los resultados obtenidos que relacionan el tiempo de la enfermedad con la adherencia farmacológica que presenta un predominio el tiempo de enfermedad de mayor de 03 años con un porcentaje de 49,1% resultando que coincide con él estudio mencionado,

Al analizar nuestro estudio dio como resultado sobre la relación entre el número de fármacos que toma y la adherencia farmacológica que nos dio como resultado que predomina la toma de dos fármacos con un puntaje mayor de 8 que significa que presenta adherencia farmacológica con un porcentaje 41,8% que presenta adherencia farmacológica estudios que discrepan con el estudio analizado por **Rueda V.** sobre adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo realizado en **Piura (2018)** que presentó como resultado entre la relación entre los números de fármacos presentó un resultado que el 60% de los que toman 3 o más fármacos son adherentes, el 58,3% de los que toman 2 dosis son adherentes y el 52,42% de los que toman 1 solo medicamento son adherentes al tratamiento.

Al analizar nuestro estudio dio como resultado sobre la relación entre el tratamiento específico por lo cual se obtuvo como resultado con un predominio en la toma de combinación dual un puntaje mayor de 8 puntos en la escala de Morisky que significa que presenta adherencia farmacológica con un porcentaje de 60,9% resultados que coinciden con el estudio analizado por **Melena D.** sobre Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón , **Cuba (2014)** presentó como resultado que el 62 % de los pacientes utilizaba politerapia como tratamiento farmacológico. El análisis de la utilización de fármacos mostró que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), especialmente el enalapril y los diuréticos, preferentemente la clortalidona, fueron los fármacos más utilizados, ya sea como monoterapia o en combinaciones . Estudios que discrepan con los resultados obtenidos por el estudio analizado por **Santiago A.** sobre Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años , **Cuba (2016)** entre los fármacos para el tratamiento para la hipertensión arterial presentó como resultado que un solo medicamento (monoterapia) tuvo una adherencia terapéutica de 73,9%. La relación entre estas variables fue estadísticamente significativa.

En nuestro estudio se obtuvo como resultado entre la relación de dosis al día y la adherencia farmacológica por lo cual se obtuvo como resultado a predominio la toma de dos dosis diarias con un puntaje mayor de 8 que significa que presenta adherencia farmacológica con un porcentaje 61,8% , estudio que coincide con los resultados del estudio analizado por **Rueda V.** sobre adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo realizado en Piura (2018) que presentó como resultado entre la relación la dosis de los medicamentos que toma al día presenta un resultado de 60% adherencia al tratamiento farmacológico .

CONCLUSIONES

1. De los resultados obtenidos sobre la frecuencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a consultorio de cardiología en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo septiembre - noviembre del 2019, el 66,26% que son 216 de los pacientes presentan una falta de adherencia farmacológica por la falta del cumplimiento del tratamiento mientras que el 33,74% presento adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos evaluados por la escala de morisky.
2. Las principales características de los pacientes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología y que presentaron falta de adherencia farmacológico al tratamiento hipertensivo son : En relación al sexo es el sexo femenino con un porcentaje de 57,9% , en relación con grupo etario es el adulto mayor con un porcentaje 79,6% , en relación con el grado de instrucción es el grado de secundaria con un porcentaje de 43,5% , el estado civil es el estado de casado con un porcentaje de 67,6 % , el tiempo de enfermedad de mayor de 03 años de enfermedad con un porcentaje de 60,2% , en relación con la toma de dosis es la toma de dos dosis con un porcentaje de 47,7% , la combinación dual con un que no presenta adherencia farmacológica con un resultado de 59,7%, la toma de dos dosis diaria que no presenta adherencia farmacológica con un porcentaje de 73,1% .
3. Los pacientes que no presentaron adherencia farmacológica son pacientes de sexo femenino que son adultos mayores estando casados con un grado de instrucción de secundaria , que han presentado tiempo de enfermedad mayor de 03 años con un tratamiento de combinación dual de toma de dos fármacos con dos dosis al día.
4. Los paciente que presentaron adherencia farmacológica fueron 110 pacientes de los cuales los factores asociados son de sexo femenino con 65,5%, grupo atareo de adulto mayor 75,5% , grado de instrucción de superior 38,2% , estado civil de casado con 72,5% , con un tiempo de

enfermedad de 06 meses a 03 años con 50,9%, con una toma de dos fármacos con 41,8% , con un tratamiento de combinación dual de 60,9% con una toma de dosis de 02 con un porcentaje de 61,8%

5. Los factores el grado de confiabilidad por chi2 de acuerdo al sexo es de 0,185 , grupo etareo es de 0,746 , grado de instrucción es de 0,115 , estado civil es de 0,684 , tiempo de enfermedad es de 0,05 , numero de fármacos que toma es de 0,183 , tratamiento antihipertensivo es de 0,564 , numero de dosis que toma diaria es de 0,079.

6. Los pacientes de sexo femenino que presentaron falta de adherencia por no cumplir su tratamiento farmacológico pacientes con el estado civil de casadas , con el grado de instrucción de secundaria entendían las instrucciones de las indicaciones del medicamento , por múltiples factores dejaba de tomar su medicación que se observó que era un tratamiento de combinación dual con toma de dos fármacos dos veces al día por lo que no cumplían con el tratamiento indicado presentando una falta de adherencia farmacológica.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar un modelo de control a los pacientes hipertensos enfatizando en las pacientes mujeres con grado de educación secundaria, con la edad de adultas mayores que fue la población que presento menos adherencia, para poder llevar un seguimiento a los pacientes mensuales por llamadas telefónicas para llevar un mejor control del tratamiento.
2. Poder explicar al paciente sobre las consecuencias más frecuentes que presentan al no controlar bien su presión arterial , explicarles lo importante que es tomar su medicación de acuerdo lo indique su médico tratante , fortalecer y enfatizar a los pacientes que por mejor que se sientan no dejen nunca de tomar su medicación , por la falta de conocimiento , fortalecer en la explicación a los familiares que viven con los pacientes o los cuidadores que están a cargo la importancia de tomar su medicamento a la hora indicada .
3. Explicar al paciente sobre los síntomas prioritarios de la presión arterial alta, para que pueden diferencia una emergencia y cuando saber acudir al hospital en el momento adecuado,
4. Tener un control de los pacientes adultos mayores por lo que son los que han presentado mayor falta de adherencia, un control mensual para poder llevar la toma de medicación y cumplimiento del tratamiento.
5. Tener un programa de visita domiciliaria para poder controlar la toma de medicamento de los pacientes hipertensos, por medio de este programa hacer visitas domiciliarias sin previo aviso, controlar la presión arterial al momento de la visita y poder capacitar a la familia a la vez informar sobre la hipertensión , poder aclarar todas las dudas de los familiares para el cuidado del paciente .
6. Se recomienda que los familiares estar más pendientes con la medicación con los pacientes adultos mayores ya que tienden la tendencia de poder olvidar de tomar la medicación, capacitar a los familiares que conviven con los pacientes adultos mayores

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cayon A, OPS/OMS | Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 3 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
2. Schwartzbard AZ, Newman JD, Weintraub HS, Baum SJ. The 2017 high blood pressure clinical practice guideline: The old and the new. Clin Cardiol. marzo de 2018;41(3):279-81.
3. Agusti C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Médica Peru. mayo de 2016;23(2):69-75.
4. . Ministerio de salud . Peru . Epidemiología de la hipertensión en el Perú [Internet] ENDES 2015 . Disponible en : <https://www.minsa.gob.pe/Especial/2017/hipertension/index.asp>
5. -Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2017;34(3):497-504.
6. Tagle R. Diagnóstico de Hipertensión Arterial. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de enero de 2018;29(1):12-20.
7. Fihu. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú [Internet]. Fundación Instituto Hipólito Unanue. 2016 [citado 3 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/epidemiologia-la-hipertension-arterial-peru/>
8. Rivas Torres GM, Pino Delgado ME, Osada Liy JE, Rivas Torres GM, Pino Delgado ME, Osada Liy JE. Arterial hypertension programmes: high attendance and low adherence. Rev Colomb Cardiol. diciembre de 2016;23(6):578-9.

9. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Medica Hered.* octubre de 2013;21(4):197-201.
10. Hernández-Hernández R, Silva H, Velasco M, Pellegrini F, Macchia A, Escobedo J, et al. Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. *J Hypertens.* enero de 2010;28(1):24-34.
11. Fernandez-Arias M, Acuna-Villaorduna A, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Malaga G. Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. *PloS One.* 2014;9(12):e112875.
12. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cárceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psychol.* diciembre de 2016;5(3):535-48.
13. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. *Rev Panam Salud Publica.* marzo de 2017;41:1-12.
14. Rodríguez Padial L. Importancia de tratar adecuadamente la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 1 de febrero de 2014;54(02):133-5.
15. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med.* 24 de noviembre de 1997;157(21):2413-46.
16. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 7 de mayo de 2018;71(19):e127-248.

22. Cueva Laura EB. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados en pacientes del C.E. de Cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, febrero 2011 [Tesis para optar el Título Médico Cirujano]. [Tacna - Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2011.
24. Pomares Avalos A, Vázquez Núñez M, Ruíz Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev Finlay. junio de 2017;7(2):81-8.
25. Díaz Molina M, Herrera Preval Y, Matéu López L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. Rev Cuba Farm. diciembre de 2014;48(4):588-97.
26. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev Habanera Cienc Médicas. febrero de 2016;15(1):0-0.
27. Martín Alfonso L, Bayarre Vea H, Corugedo Rodríguez M del C, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña M de la C. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cuba Salud Pública. marzo de 2015;41(1):0-0.
28. Luna-Breceda U, del Rocío Haro-Vázquez S, Uriostegui-Espíritu LC, de Jesús Barajas-Gómez T, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. Aten Fam. 1 de julio de 2017;24(3):116-20.
29. Andrés Tenasoa FM, Marreros Vidal EM. Características relacionadas con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho-2017 [Tesis para optar Licenciatura en Enfermería]. [Lima - Perú]: Universidad Norbert Wiener; 2018.
30. Rueda Vidarte JJ. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018 [Tesis para optar el Título Médico Cirujano]. [Piura - Perú]: Universidad Nacional de Piura; 2018

31. Medina-Lezama J. Hipertensión arterial en el Perú. Aspectos epidemiológicos y hemodinámicos. *Rev Peru Cardiol.* 2012;38(1):23-31.
32. Rodríguez-Abt JC, 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.* marzo de 2017;65(1):55-60.
33. Garcia Reyes KB. Adherencia a las medidas preventivas y calidad de vida en pacientes hipertensos de la Microred la Palma Ica abril 2017 [Tesis para optar el Título Profesional de licenciada en Enfermería]. [Ica - Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017
34. Ríos M. Nivel de aplicación del autocuidado y calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial del “círculo de diabéticos e hipertensos” Ica-2012 [Tesis para optar Licenciatura en Enfermería]. [Ica - Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2012.
35. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 1 de febrero de 2019;72(02):104-8.
38. Singh M, Mensah GA, Bakris G. Pathogenesis and clinical physiology of hypertension. *Cardiol Clin.* noviembre de 2010;28(4):545-59.
40. Berenguer Guarnaluses LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN.* noviembre de 2016;20(11):2434-8.
42. Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Rev Argent Cardiol.* agosto de 2018;86(Supl. 2):54.

44. Obregón S, Kotliar C. Terapeutica de la emergencia hipertensiva. En: Cardiología. Argentina: Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial; 2016. p. 582-8. (Cap. 123).
45. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm Internet. septiembre de 2018;59(3):163-72.
46. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Publica. abril de 2017;34(2):245-9.
47. Alfonso Príncipe JC, Salabert Tortoló I, Alfonso Salabert I, Morales Díaz M, García Cruz D, Acosta Bouso A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Rev Médica Electrónica. agosto de 2017;39(4):987-94.
48. Zubeldia Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Pública. abril de 2016;90.
49. Santiago A. López Vázquez¹ y Raúl Chávez Vega . Adherence to antihypertensive therapy in patients over 60 years old . La Habana, Cuba. Rev haban cienc méd vol.15 no.1(2016).Disponible en : <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm061116.pdf>
50. Carlos Wenceslao Sotelo Ciudad . Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos . Asesor : Alejandro Eduardo . Universidad Privada Antenor Orrego . Ciudad de trujillo 201
51. Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle J. LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2016 junio; 14(2).

52. SALUD MD. PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES. Directiva N° 002-2016-EF/50.01. LIMA : MINSA, LIMA; 2019.
Report No.: Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01.

ANEXOS

Anexo N1

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN
A CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA,
SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2019**

Ficha: _____

Edad: _____ años

Sexo:

Masculino

Femenino

Grado de Instrucción:

Iltrado

Primaria

Secundaria

Superior

Estado Civil

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Tiempo de enfermedad”

06 meses a 03 años

Mayor de 03 años

Número de Fármacos que toma

01

02

03 a más

Tratamiento antihipertensivo que toma

IECA

ARA II

Calcio antagonista

Diuréticos

B-Bloqueadores

Número de dosis al día

01 dosis

02 dosis

03 dosis a más

ESCALA DE MORISKY

1. ¿ Se olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?
 - a) SI = 0
 - b) NO = 1

2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido . Si recuerda las últimas dos semanas ¿Hubo algún día en el que se olvidó tomar la medicina para su hipertensión?
 - a. SI = 0
 - b. NO = 1

3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su medico porque sentía peor al tomarla?
 - a. SI = 0
 - b. NO = 1

4. Cuando viaja o está fuera del hogar ¿ se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?
 - a. SI = 0
 - b. NO = 1

5. ¿Tomó la medicina para su presión arterial?
 - a. SI = 1
 - b. NO = 0

6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control ¿deja a veces de tomar su medicina?
 - a. SI = 0
 - b. NO = 1

7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?
 - a) SI = 0
 - b) NO = 1

8. ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar todas sus medicinas?
 - a. Nunca / Casi nunca = 1
 - b. Rara vez = 0.75
 - c. Algunas veces = 0.5
 - d. Habitualmente =0.25
 - e. Siempre =0

Tabla 1. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

Preguntas	Opciones de respuesta	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí=0	No=1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Sí=0	No=1
*5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí=1	No=0
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí=0	No=1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
	Nunca/Casi nunca	1
	Rara vez	0,75
	Algunas veces	0,5
	Habitualmente	0,25
	Siempre	0
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?		

Morisky D , ANg A , Kroussel – wood , wrad H . Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting J Clin Hipertens 2016. 348-.354

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado
(a) por el Sr. Rodriguez Hernandez Erick Paul, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, que desarrolla un trabajo de investigación acerca de la Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo, es por ello que yo:

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

ICAdel 2020

Firma