UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT ESSALUD

AUTOR:

JIMENA VALERIA ALZA RODRÍGUEZ

ASESOR:

DR. JULIO ÁLVAREZ RIEGA

TRUJILLO – PERÚ
2016

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Dando cumplimiento con las disposiciones del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, someto a vuestra consideración la tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT ESSALUD**, luego de haber culminado mi paso por esta casa de estudios, donde me he formado profesionalmente para estar al servicio de la sociedad.

El presente trabajo realizado con el propósito de obtener el Título de Médico Cirujano, es un producto de una investigación ardua y constante que prende determinar los factores asociados a la baja adherencia terapéutica en adultos con Hipertensión Arterial, debido a la alta prevalencia de esta enfermedad, con la finalidad de revelar información valiosa para el mejoramiento del seguimiento y control de los pacientes con tratamiento antihipertensivo, ya que la falta de adherencia es la principal razón de los pobres resultados observados en su control, el cual lleva a una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones cardiovasculares.

TRUJILLO, FEBRERO DEL 2016.

Jimena Valeria Alza Rodríguez.

MIEMBROS DEL JURADO

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título profesional de Médico Cirujano por la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO), siendo jurado:

Dr. MIGUEL IBAÑEZ RELUZ

PRESIDENTE

Dr. JAVIER URQUIZA ZAVALETA

SECRETARIO

Dr. WALTER LLIQUE DIAZ

VOCAL

ASESOR:

DR. JULIO ÁLVAREZ RIEGA

DEDICATORIA

***A Dios**, por darme la vida,*

por guiarme día a día

y hacer de mi sueño una realidad.

A mi mamitas Carmen y Julia,

quiénes desde el cielo

me protegen y me guían.

A mi madre Carmen, a mi padre Gilmer,

***a mi hermana Claudia, a mi tía Flor**;*

personas que hicieron todo en la vida

para que yo pudiera lograr mis sueños.

Los amo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, *por quien todo es posible*

a mis padres, Carmen y Gilmer por el apoyo que siempre

me brindaron, sin él hubiera podía lograr

Ninguna de mis metas.

Al Dr. Julio Álvarez Riega, *por su asesoría,*

quien ha sido docente y amigo que me ha orientado

en la línea de la Medicina Interna,

para la realización del presente trabajo de investigación.

Al Dr. Pablo Alburquerque,

quien me instruyó en la metodología,

para la realización del proyecto de investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y los factores asociados a baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial.

MATERIAL Y MÉTODO: Mediante un estudio observacional, prospectivo, analítico, seccional cruzado. La población de estudio estuvo constituida por 380 pacientes del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Hospital I Luis Albrecht ESSALUD con Hipertensión Arterial, divididos en grupos con y sin adherencia terapéutica según Test de Morisky-Green-Levine.

RESULTADOS: La prevalencia de baja adherencia terapéutica fue de 61,05% (232/380). El género femenino fue factor de riesgo de baja adherencia terapéutica, tamaño del efecto 12,94%. Chi cuadrado = 6,421. p < 0,01 OR=1,719 (IC 95%: 1,129 - 2,618). El bajo nivel educativo no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 0.2018. p < 0,363 OR=1,101 (IC 95%: 0,729 – 1,663). El no estar casado no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 0,251. p < 0,348 OR=0,896 (IC 95%: 0,584 – 1,375). La falta de apoyo familiar es factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 7,76. p < 0,01 OR=1,998 (IC 95%: 1,183 – 3,345). El empleo de 2 o más medicamentos no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 2,93. p < 0,054 OR=1,475 (IC 95%: 0,944 – 2.306). Significa que la menor edad está asociada a baja adherencia terapéutica (p < 0.01). El número de años de tratamiento no fue factor de riesgo de adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES: Existe una alta prevalencia de baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial. El género femenino, la falta de apoyo familiar, y la menor edad son factores de riesgo para la baja adherencia terapéutica.

PALABRAS CLAVES: *Adherencia terapéutica, hipertensión arterial, factores de riesgo.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence and risk factors associated with low therapeutic adherence in hypertension arterial.

MATERIAL AND METHODS: A study observational, prospective, analytic, cross transversal was done in 380 patients of the Program of Chronic disease of the Luis Albrecht ESSALUD hospital with hypertension arterial divided in two groups with and without therapeutic adherence by Morisky-Green-Levine test.

RESULTS: The prevalence of low adherence was 61.05% (232/380) the female gender was risk factor of low adherence, size of the effect 12.94%. Chi-square = 6.421 p < 0.01 OR = 1. 719(IC 95%:1.129-2.618). The low educational level was not significant risk with Chi square factor = 0.2018. (p< 0.36 3 OR = 1. 101(IC 95%:0.729-1.663). He be married was not significant risk with Chi square factor = 0.251. (p< 0.348 OR = 0. 896(IC 95%:0.584-1.375). The lack of family support is significant risk with Chi square factor = 7.76 p < 0.01 OR = 1 998 (95% CI: 1.183-3,345). The use of 2 or more drugs was not significant risk with Chi square factor = 2.93 p < 0.054 OR = 1 475 (IC 95 %: 0. 944-2.306). It means that the younger is associated with low adhesion therapeutic (p<0.01). The number of years of treatment was not a risk factor for adherence.

CONCLUSIONS: There is a high prevalence of low adherence in adults with hypertension arterial. The female gender, lack of family support, and the younger age are risk factors for low adherence.

KEYWORDS: *Adherence therapeutic, hypertension arterial, risk factors.*

ÍNDICE

Contenido *Página*

PRESENTACIÓN ..... **ii**

DEDICATORIA ..... **v**

AGRADECIMIENTO ..... **vi**

RESUMEN ..... **vii**

ABSTRACT ..... **viii**

INTRODUCCIÓN **01**

1.1 Marco teórico 01

1.2 Antecedentes 02

1.3 Justificación 04

1.4 Problema 05

1.5 Hipótesis 05

1.6 Objetivos 06

MATERIAL Y MÉTODO **07**

2.1 Población de estudio 07

2.2 Criterios de selección 07

2.3 Muestra 07

2.4 Diseño del estudio 08

2.5 Variables y Operacionalización de Variables 10

2.6 Procedimiento 12

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 12

2.8 Procesamiento y análisis estadístico 13

2.9 Consideraciones éticas 14

RESULTADOS **16**
DISCUSIÓN **24**
CONCLUSIONES **27**
RECOMENDACIONES **28**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **29**
ANEXOS **34**

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico:

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, que es la principal causa de muerte en el mundo. La prevalencia mundial de hipertensión, definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg en adultos de 18 años o más se situó en 2 014 en alrededor de un 22%. La OMS, en su "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2 013 – 2 020", prevé reducir la prevalencia mundial de hipertensión en un 25% (1).

La prevalencia a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente, estimando que para el año 2 025 la padecerían 1 500 millones de personas. En el Perú la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2 014 (ENDES 2 014), indica que el 14,6% de las personas de 15 años a más tenía presión arterial elevada, siendo más frecuente en hombres (18,5%) que en mujeres (11,3%), de este total de diagnosticados, el 60,3% recibe tratamiento (2).

Las cifras de presión arterial (PA) elevadas implican una mayor posibilidad de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal (3, 4). Los beneficios que se obtienen al tratar la HTA son evidentes, los ensayos clínicos aleatorizados con fármacos antihipertensivos han demostrado reducir un 35 - 40% la incidencia de ictus, un 20 - 25% el infarto de miocardio y más de un 50% la insuficiencia cardiaca (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe la adherencia al tratamiento (AT), como un comportamiento complejo del paciente influido por múltiples factores clasificados en 5 dimensiones: 1) Factores socioeconómicos (educación e ingreso); 2) Factores relacionados con la atención médica (acceso a la atención primaria, relación médico paciente); 3) Factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente (severidad de los síntomas, presencia de comorbilidades); 4) Factores relacionados con el tratamiento (efectos secundarios y complejidad del régimen farmacológico) y 5) Factores

relacionados con la autonomía del paciente (percepciones de la efectividad del tratamiento, creencias personales) (6,7,8,9). También se ha encontrado asociación entre menor número de fármacos y adherencia. La pauta posológica es de gran importancia para el cumplimiento. La adherencia es inversamente proporcional al número de dosis y en pacientes con 4 dosis o más esta disminuye el 50% (10, 11, 12, 13).

La OMS considera a la no adherencia como un problema prioritario de salud pública, debido a las consecuencias negativas que implica: mayores tasas de hospitalización, aumentos de los costos sanitarios y fracasos terapéuticos, por lo que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica (AT) es fundamental. Existen múltiples métodos para medir la adherencia terapéutica, pero no hay un gold standard, cada uno tiene sus ventajas e inconvenientes, el recuento de comprimidos que recoge el porcentaje de las dosis farmacológicas tomadas, es el método más frecuentemente usado, otro método es el Test de Morinsky-Green-Levine (14, 15, 16).

Los métodos indirectos de evaluación de la AT como el Test de Morisky-Green-Levine, basados en la entrevista poseen mayor validez si se pregunta sobre la medicación tomada en el último mes, en comparación con los que preguntan sobre la última semana. Estos métodos que valoran la adherencia por entrevista clínica son sencillos aunque sujeto a sesgos, como la complacencia con el entrevistador, los problemas del paciente para comprender qué es una adherencia inapropiada y la influencia que puede tener la evolución de la enfermedad (17, 18, 19, 20, 21).

1.2 Antecedentes Empíricos:

Baena J et al (22), al estudiar las cifras de presión arterial sistólica y diastólica en función de la adherencia terapéutica medida mediante el historial farmacéutico y el Test de Morisky-Green-Levine, se estudió la baja adherencia terapéutica por 2 métodos, por el historial farmacéutico (HF) sino cumple 12 meses antes con el tratamiento < 80% y el Test de Morisky-Green-Levine; se encontró índice Kappa bajo del Test de Morisky-Green-Levine -0,068. Los pacientes con mala AT según el HF presentaron cifras más elevadas de presión arterial sistólica y diastólica (4,3 y 2,9 mmHg, respectivamente, $p < 0,05$), sin diferencias en los pacientes con baja AT según el Test de Morisky-Green-Levine (0,1 y 1

mmHg, respectivamente, p > 0,05). La baja AT según el HF es elevada y asociada al mal control de la hipertensión arterial, de manera contraria al Test de Morisky-Green-Levine.

Apaza G (23), efectuó en Tacna Perú un estudio correlativo, prospectivo y observacional en 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine, encontró que el 68% presentaron baja adherencia y 40% tenían presión arterial no controlada y hallo asociación entre el sexo femenino fue factor asociado a baja adherencia terapéutica (p=0,019, OR=1,93), además la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. (p=0,001).

Carhuallanqui R et al (24), realizaron un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, seccional-transversal en Lima en el Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green-Levine, para determinar adherencia al tratamiento farmacológico y concluyeron que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada (p<0,05).

García J et al (25), hizo una revisión sistemática, de 37 estudios y 8 623 hipertensos y encontró una media ponderada del porcentaje de incumplidores: 37,6% (IC 95% 36,6-38,6) y concluyó que el porcentaje de incumplimiento en el tratamiento farmacológico de la HTA en todo el mundo es elevado. Es por esto que en todas las guías internacionales se ha llegado a considerar la adherencia al tratamiento, como un "reto terapéutico".

Conthe P et al (26), hizo una revisión de la literatura y encontró como factores asociados a la baja adherencia terapéutica: olvido de tomar la medicación, (22,6-73,2%) deficiencias en el conocimiento sobre el problema de salud (32-39,8%), desmotivación (14,6-16%) y los efectos adversos (2-13,3%). Así mismo, existe una proporción importante de pacientes que no es capaz de dar un motivo que explique su falta de adhesión (0-35,8%).

Noack K et al (27), hicieron un estudio descriptivo, prospectivo, observacional en el que se entrevistaron a 74 pacientes atendidos en el consultorio del Hospital Comunitario de Yungay durante Agosto y Septiembre del 2 012, utilizando el Test de Morisky-Green-Levine, el 70,3% eran mujeres y el 54% tenían 65 años. Solo un 45,9% presentó adherencia al tratamiento y un 47,9% obtuvo presión arterial bajo control, entre los

factores asociados estuvieron el nivel educativo bajo ($p < 0,05$) y el número de antihipertensivos ($p < 0,05$).

Castaño J et al (28), realizaron un estudio de corte transversal en Colombia, en 200 personas hipertensas (73,5% femenino, edad media 63,76 años) atendidas en Assbasalud ESE, Manizales, en el segundo semestre de 2011. La no adherencia a la medicación antihipertensiva fue mayor entre los que tienen múltiples medicamentos antihipertensivos (OR 1,85 [IC 95%, 1,25-2,75]); (OR 5,22 [IC 95%, 3,48-7,83]), para 2 y 3 medicamentos antihipertensivos, respectivamente.

Hedna K et al (29), hicieron un estudio de cohortes retrospectivo de 5 025 adultos en Suecia, la adherencia se midió por la proporción de días de tratamiento a cualquier fármaco antihipertensiva o al total; encontraron que la no adherencia a cualquier fármaco antihipertensivo fue mayor en personas < 65 años (OR 2,75 [95% CI, 1,18-6,43]) y con menor nivel de ingresos (OR 2,05 [95% CI, 1,01-4,16]). No-adherencia a todo el esquema fue mayor entre nuevos pacientes (OR 2,04 [95% CI, 1,32-3,15]), y tener múltiples medicaciones antihipertensivas (OR 1,85 [95% CI, 1,25-2,75] y OR 5,22 [95% CI, 3,48-7,83], para 2 y ≥ 3 fármacos respectivamente (30).

1.3 Justificación:

Tiene **relevancia médica,** debido a la alta prevalencia de la hipertensión arterial en la población general (31). La falta de adherencia es la principal razón de los pobres resultados observados en el control de la Hipertensión arterial, la cual debe procurarse desde las fases tempranas, a fin de evitar complicaciones cardiovasculares (32,33).

Tiene **relevancia cognitiva,** el problema de la adherencia terapéutico ha sido poco estudiado y es una de las grandes asignaturas pendientes por resolver en la sanidad mundial (34). A pesar de haber sido declarado por la OMS un problema prioritario (35). Se recomienda continuar el desarrollo de esta línea de investigación dirigida a la evaluación de la adherencia al tratamiento; replicar el estudio con hipertensos en poblaciones más amplias y en otros contextos, con el fin de apoyar el desarrollo de acciones dirigidas a investigar e intervenir para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial (36, 37).

Tiene **relevancia académica,** porque conducirá a resultados que puedan ser compartidos con profesionales interesados en la temática, particularmente profesionales de las ciencias de la salud.

Por todas estas consideraciones, el tema propuesto es importante y se justifica, ya que servirá como base útil para el conocimiento de la adherencia al tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial.

Este estudio revelará información valiosa para el mejoramiento del seguimiento y control de los pacientes atendidos en el Programa de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT) con Hipertensión Arterial del Hospital Albrecht-Trujillo.

1.4 Problema:

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles con Hipertensión Arterial del Hospital I Luis Albrecht ESSALUD - 2016?

1.5 Hipótesis:

Ho: La edad, el género femenino, el nivel educativo, el estado civil no casado, el tomar dos o más medicamentos y el tiempo de tratamiento no son factores asociados a baja adherencia terapéutica antihipertensiva.

Ha: La edad, el género femenino, el nivel educativo, el estado civil no casado, el tomar dos o más medicamentos y el tiempo de tratamiento son factores asociados a baja adherencia terapéutica antihipertensiva.

1.6 Objetivos:

-Objetivo General:

• Determinar los factores asociados a baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial.

-Objetivos Específicos:

• Determinar la prevalencia de baja adherencia terapéutica.

• Conocer si el género femenino, edad y el nivel educativo son factores asociados a baja adherencia terapéutica de adultos con hipertensión arterial.

• Precisar si el estado civil no casado es factor asociado a baja adherencia terapéutica de adultos con hipertensión arterial.

• Determinar si el uso de dos o más fármacos y el tiempo de tratamiento son factores asociados a baja adherencia terapéutica de adultos con hipertensión arterial.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Población de estudio:

Fue conformado por los pacientes del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Hospital I Albrecht atendidos en el año 2016, que cumplieron con los criterios de selección.

2.2 Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión: Pacientes del programa de ECNT con hipertensión arterial primaria o esencial cuando mecanismo exacto que la produce no se encuentra aún del todo dilucidado, de 18 años de edad a más, que firmaron el consentimiento informado y respondieron completamente la encuesta y el Test de Morisky-Green-Levine.

Criterios de Exclusión: Pacientes del programa de ECNT que tuvieron hipertensión arterial secundaria a causa de medicamentos o patologías que provocan un incremento de la presión arterial, con trastornos psiquiátricos o con problemas físicos que impidan la comprensión de las preguntas o el llenado de la encuesta, o que se negaron a participar del estudio o no firmaron el consentimiento informado.

2.3 Muestra:

Unidad de Análisis: Pacientes del Programa de Hipertensión del Hospital Albrecht.

Unidad de Muestreo: Las encuestas de los pacientes estudiados**.**

Tamaño Muestral: Dado que es un estudio seccional cruzado empleamos la fórmula para una sola población:

La fórmula empleada fue:

$$n = (z \text{ alfa })^2 (pq) / (d)^2$$

Dónde: $z_{\alpha}{}^2 = 1.96^2$ (para una probabilidad del 95%)

p = prevalencia de baja adherencia terapéutica en hipertensión = 0.621 según (23)

q=1-p=0.379

d=0.05 para un error aceptado al 95%.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.621x\ 0.397)}{(0.05)^2}$$

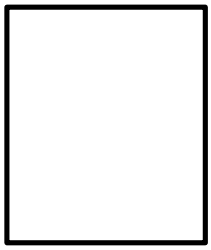
n = 378 personas del programa ECNT con Hipertensión Arterial.

Redondeando: n = 380 pacientes con HTA.

2.4. Diseño del estudio:

Observacional, Prospectivo**,** Analítico, Seccional Transversal.

-Diseño Específico:

NR 

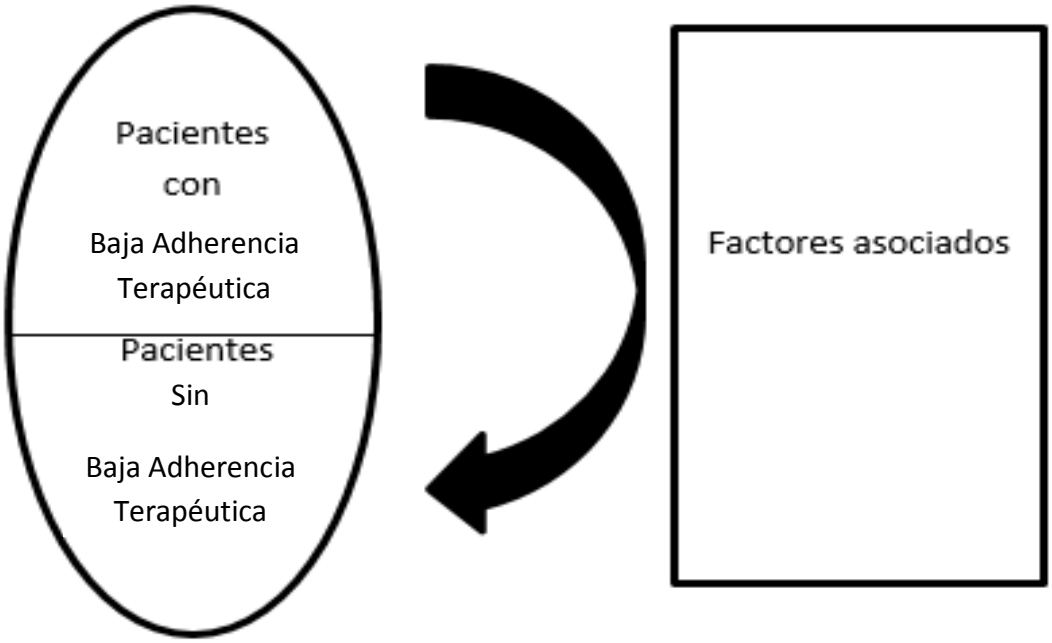
Dónde: NR: No aleatorización.

G1: Pacientes con baja adherente Terapéutica.

G2: Pacientes sin baja adherencia Terapéutica.

O1 O1': Presencia de factores asociados a baja Adherencia Terapéutica.

Según el siguiente esquema:



2.5 VARIABLES

Variables	Tipo	Escala	Indicador	Índices
DEPENDIENTE **Baja Adherencia Terapéutica**	Cualitativa (dicotómica)	Nominal	Test de Morisky-Green-Levine	SI-NO 1-4 preguntas incorrectas: SI 0 preguntas incorrectas: NO
INDEPENDIENTE **Factores asociados**				
-Edad	Cuantitativa (discreta)	Razón	Encuesta	Diferencia de medias
-Género	Cualitativa (dicotómica)	Nominal	Encuesta	Femenino - Masculino
-Nivel educativo	Cualitativa (dicotómica)	Ordinal	Encuesta	Secundaria completa o No
-Estado civil	Cualitativa (dicotómica)	Nominal	Encuesta	Casado - no casado
-Nº medicamentos	Cualitativa (dicotómica)	Nominal	Encuesta	≥ 2 medicamentos o uno
-Tiempo de tratamiento	Cuantitativa (discreta)	Razòn	Encuesta	Diferencia de medias

DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES:

***Variable Dependiente:**

Baja Adherencia Terapéutica:

Adherencia Terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento se corresponde según la recomendación (indicación) acordada con un prestador sanitario (28). En nuestro trabajo, definimos baja adherencia terapéutica:

- **Si:** Contesta incorrectamente en al menos una de las preguntas del Test Morisky-Green-Levine.
- **No**: Contesta ninguna pregunta incorrectamente.

***Variable Independientes:**

1.-Edad: Número de años cumplidos, referido por el paciente en la encuesta (7,10, 21, 22, 24, 27).

2. Género: Referido por el paciente en la encuesta (10, 16,17, 22, 27). Dividido en dos grupos.

- Si: Femenino
- No: Masculino

3. Nivel educativo: Máximo nivel de escolaridad referido por el paciente en la encuesta. Dividido en dos grupos (4, 24, 27):

- Si: Nivel Educativo Bajo; Analfabetos, Primaria y Secundaria Incompleta.
- No: Nivel Educativo Alto: Secundaria completa.

4.-Estado Civil: Estado marital referido por el paciente en la encuesta. En dos grupos (4, 10, 24):

- Si: No casado.
- No: Casado

5. Número de medicamentos del esquema antihipertensivo: Los medicamentos prescritos para tratar la hipertensión (30). En dos grupos:

- Si: Dos o más medicamentos.
- No: Un solo medicamento.

6. Tiempo de tratamiento: Número de años de tratamiento antihipertensivo (22, 24).

2.6 Procedimientos:

Se solicitó el permiso de la dirección del Hospital Albrecht, luego se solicitó el consentimiento informado de los pacientes, a continuación se seleccionó a las personas a encuestar que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó la encuesta y el Test de Morisky-Green-Levine por el tesista cara a cara; después los datos fueron incorporados en una hoja de toma de datos (Anexo 3), elaborada para tal fin. Los datos obtenidos fueron almacenados en un archivo de base de datos de EXCEL y luego copiados a un archivo SPSS versión 21.0 para su posterior análisis estadístico.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

El Test de Morisky-Green-Levine consta de 4 ítem, y calificó al paciente sin baja adherencia con un puntaje de 0 puntos y con baja adherencia con un puntaje ≥ 1. Este test posee un valor alfa de Cronbach de 0,61; especificidad de 94% y un valor predictivo positivo de 91,6%. (38, 39, 40).

Además en la encuesta se incluyó preguntas tales como edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, si toma o no medicamentos antihipertensivos y de consumirlos cual o cuales son, tiempo de tratamiento, porque en las bibliografías revisadas concluían que dichos factores influían en la adherencia terapéutica.

2.8 Procesamiento y análisis estadístico:

- **Estadística Descriptiva:** Medidas de frecuencia de edad, número de medicamentos, tiempo de tratamiento, sexo y estado civil. Luego se calculan estadísticos de tendencia central y dispersión en tablas de doble entrada, además los gráficos.

- **Estadística Analítica:** Para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó el test de Chi Cuadrado o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron menores de 5 en tablas de contingencia de 2 x 2, para variable dependiente cuantitativa e independiente categórica el test de la t.

- **Estadígrafo del Estudio:** Para medir el riesgo de baja adherencia terapéutica. Dado que es un estudio seccional-transversal se calculó el ODDS RATIO.

		Baja adherencia	
		+	-
Factores de riesgo	+	a	b
	–	c	d

OR = a x d /b x c

OR se considera factor de riesgo si es > de 1. Cuando el OR se mide en intervalo es factor de riesgo si el nivel inferior y superior del intervalo es mayor de 1.

2.9 Consideraciones éticas:

El estudio fue evaluado y autorizado por el comité de ética institucional. En la investigación se cumplieron los principios éticos básicos del proceso investigativo, según lo establecido en la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18º Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, destacando los artículos siguientes. Art.8: Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación. Art. 24: Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Art. 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente. Art. 31: El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

También se tuvo en cuenta la Ley General de Salud LEY Nº 26842, Art. 15 Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece; c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; Art. 25: Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado.

Así como el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. Art 63: Que se respete la confidencialidad del acto médico y del registro clínico. Art 89: El médico debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la

confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización del paciente.

Se informó del contenido y objetivos de la investigación a la dirección del Hospital Albrecht, donde se nos brindó el permiso para realizar dicha investigación. Los participantes firmaron el acta de consentimiento informado, antes de ofrecer la información solicitada a través del cuestionario. Se protegió la intimidad y la dignidad de los pacientes. Se aseguró la confidencialidad de los datos, la privacidad y el anonimato. Y se ofreció la libertad de retirarse de la investigación a quien lo deseara.

III. RESULTADOS

Tabla No 1: Prevalencia de Adherencia Terapéutica en adultos con Hipertensión Arterial del Programa de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles del Hospital I Luis Albrecht ESSALUD - 2016.

Adherencia Terapéutica	
Baja Adherencia Terapéutica	232 (61.05%)
Sin Baja Adherencia Terapéutica	148 (38.95%)
Total	380 (100%)

Fuente: Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del hospital I Luis Albrecht ESSALUD – 2016.

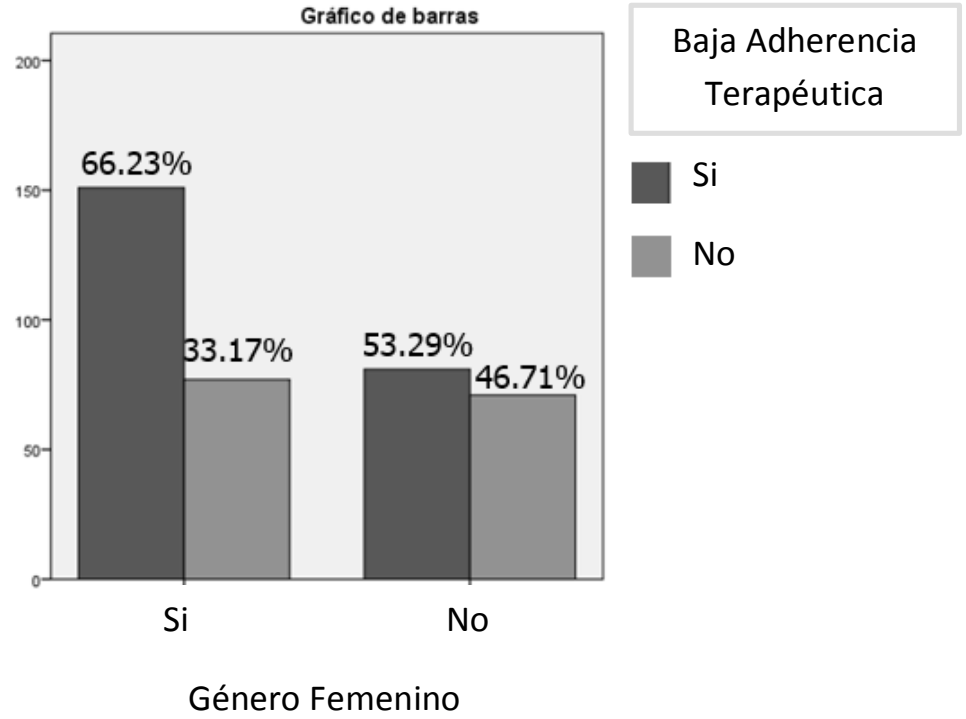
Género femenino como factor de riesgo de baja adherencia terapéutica en adultos con Hipertensión Arterial

Tabla No 2:

GÉNERO FEMENINO	Baja Adherencia Terapéutica		Total
	Si	No	
Si	151 (66.23%)	77 (33.17%)	228 (60%)
No	81 (53.29)	71 (46.71%)	152 (40%)
Total	232 (61.05%)	148 (38.95%)	380 (100%)

Chi cuadrado=6.421.p=0.008 OR=1.719 (IC 95%:1.129-2.618)

Gráfico No 1:



Fuente: Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del hospital I Luis Albrecht ESSALUD – 2016.

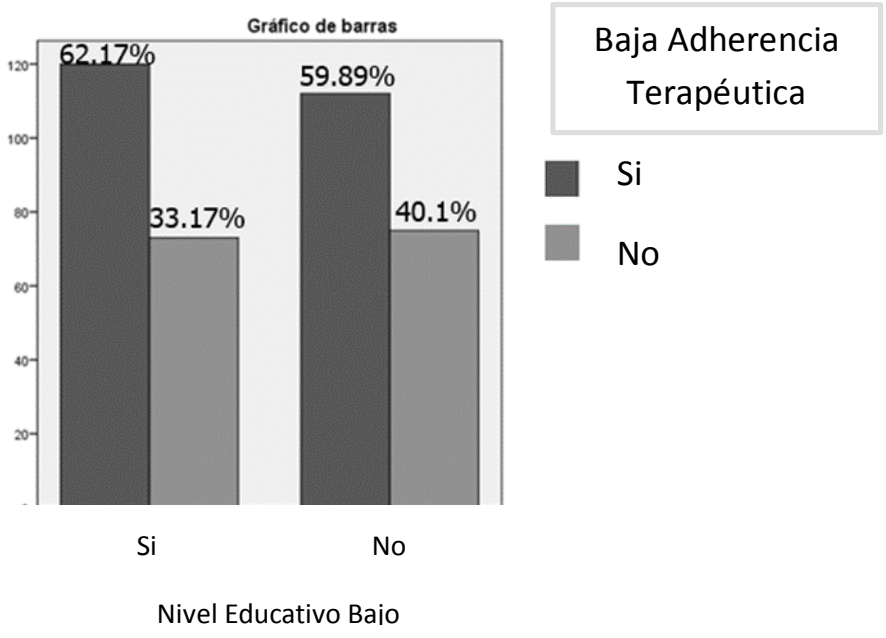
Nivel educativo bajo como factor de riesgo de baja adherencia terapéutica en adultos con Hipertensión Arterial

Tabla No 3:

Nivel Educativo Bajo	Baja Adherencia Terapéutica		Total
	Si	No	
Si	120 (62.17%)	73 (33.17%)	193 (50.78%)
No	112 (59.89%)	75 (40.1%)	187 (49.21%)
Total	232 (61.05%)	148 (38.95%)	380 (100%)

Chi cuadrado=0.208.p=0.363 OR=1.101(IC 95%:0.729-1.663)

Gráfico No 2:



Fuente: Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del hospital I Luis Albrecht ESSALUD – 2016.

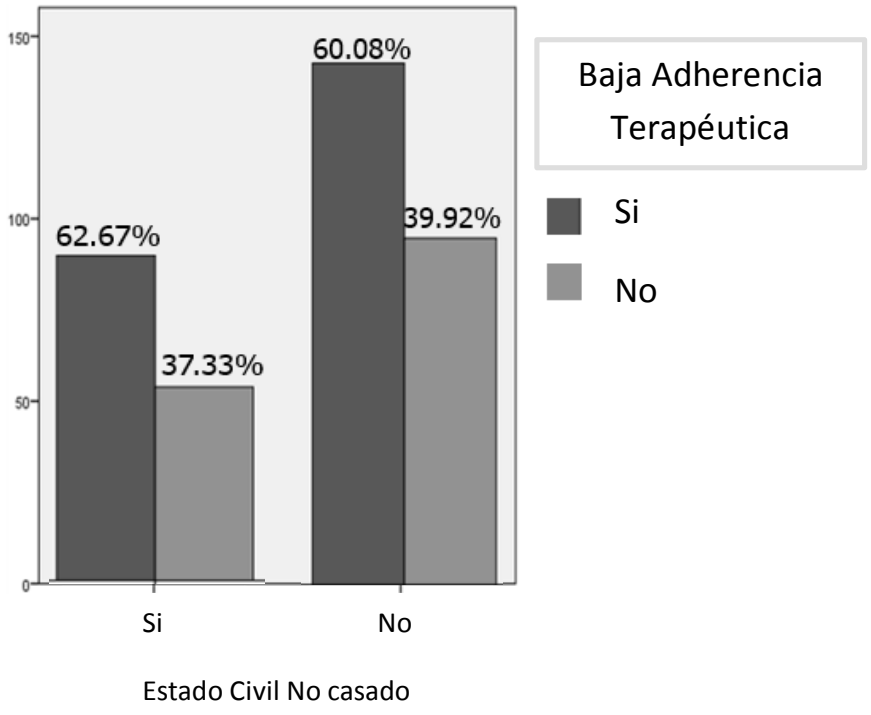
Estado civil no casado como factor de riesgo de baja adherencia terapéutica en adultos con Hipertensión Arterial

Tabla No 4:

Estado Civil no Casado	Baja Adherencia Terapéutica		Total
	Si	No	
Si	89(62.67%)	53 (37.33%)	142 (37.37%)
No	143(60.08%)	95 (39.92%)	238 (62.63%)
Total	232 (61.05%)	232 (61.05%)	380 (100%)

Chi cuadrado=0.251.p=0.348 OR=0.896 (IC 95%:0.584-1.375)

Gráfico No 3:



Fuente: Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del hospital I Luis Albrecht ESSALUD – 2016.

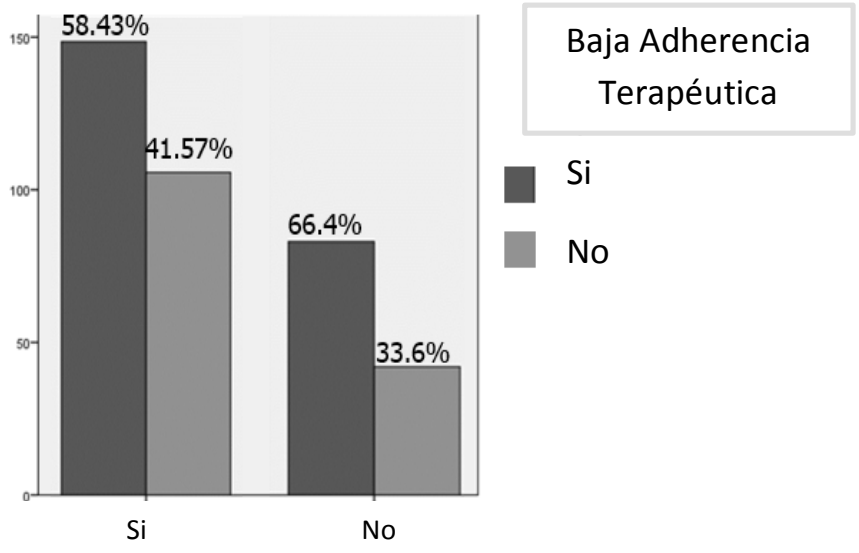
Tomar dos o más medicamentos antihipertensivo como factor de riesgo de baja adherencia terapéutica en adultos con Hipertensión Arterial

Tabla No 5:

Tomar Dos o más medicamentos	Baja Adherencia Terapéutica		Total
	Si	No	
Si	149 (58.43%)	106 (41.57%)	255 (67.1%)
No	83(66.4%)	42(33.6%)	125 (32.89%)
Total	232 (61.05%)	148 (38.95%)	380 (100%)

Chi cuadrado=2.930 p=0.054 OR=1.475 (IC 95%:0.944-2.306)

Gráfico No 4:



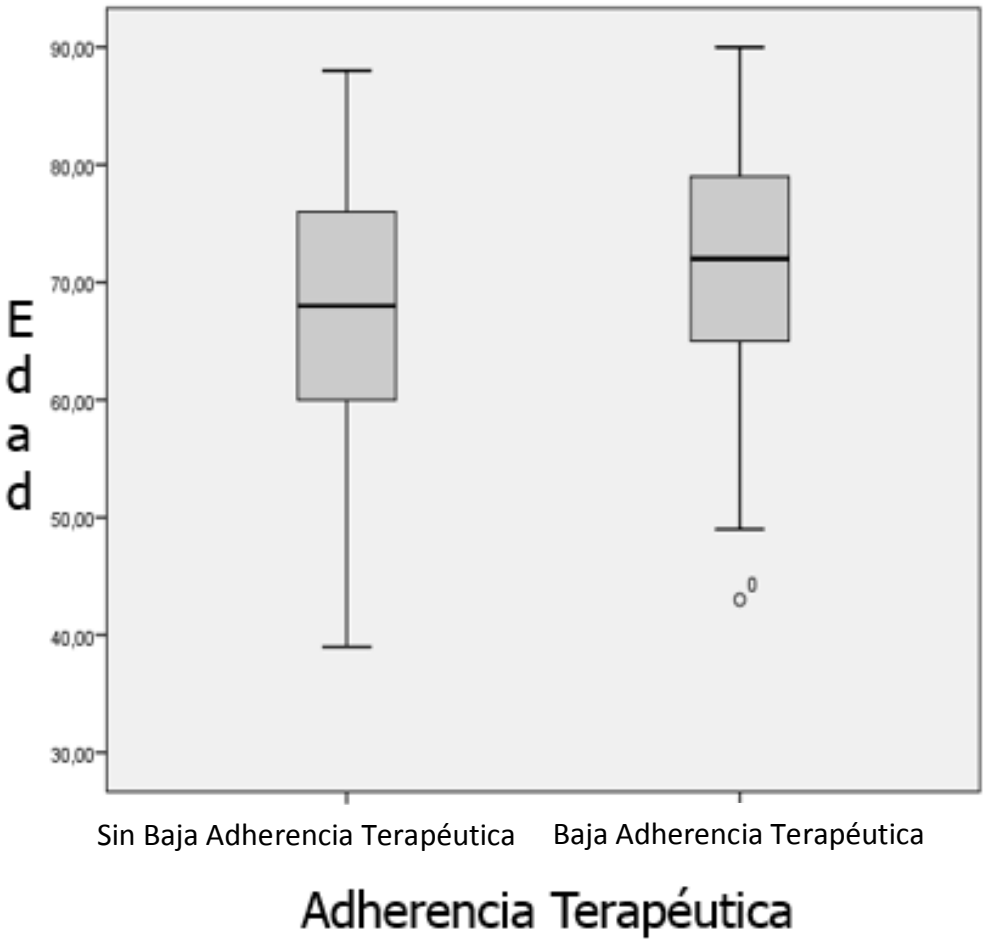
Fuente: Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Hospital I Luis Albrecht ESSALUD – 2016.

Tabla No 6: Edad y los Años de tratamiento antihipertensivo como factor de riesgo de baja adherencia terapéutica en adultos con Hipertensión Arterial

Baja Adherencia Terapéutica	Edad	Años de tratamiento antihipertensivo
	Media ± DE	Media ± DE
Si	71.20 ± 9.77	10.94 ±7.73
No	67.435 ±10.79	9.81±8.28
Anova intergrupos		
F	11.841	1.753
P	0.001	0.186

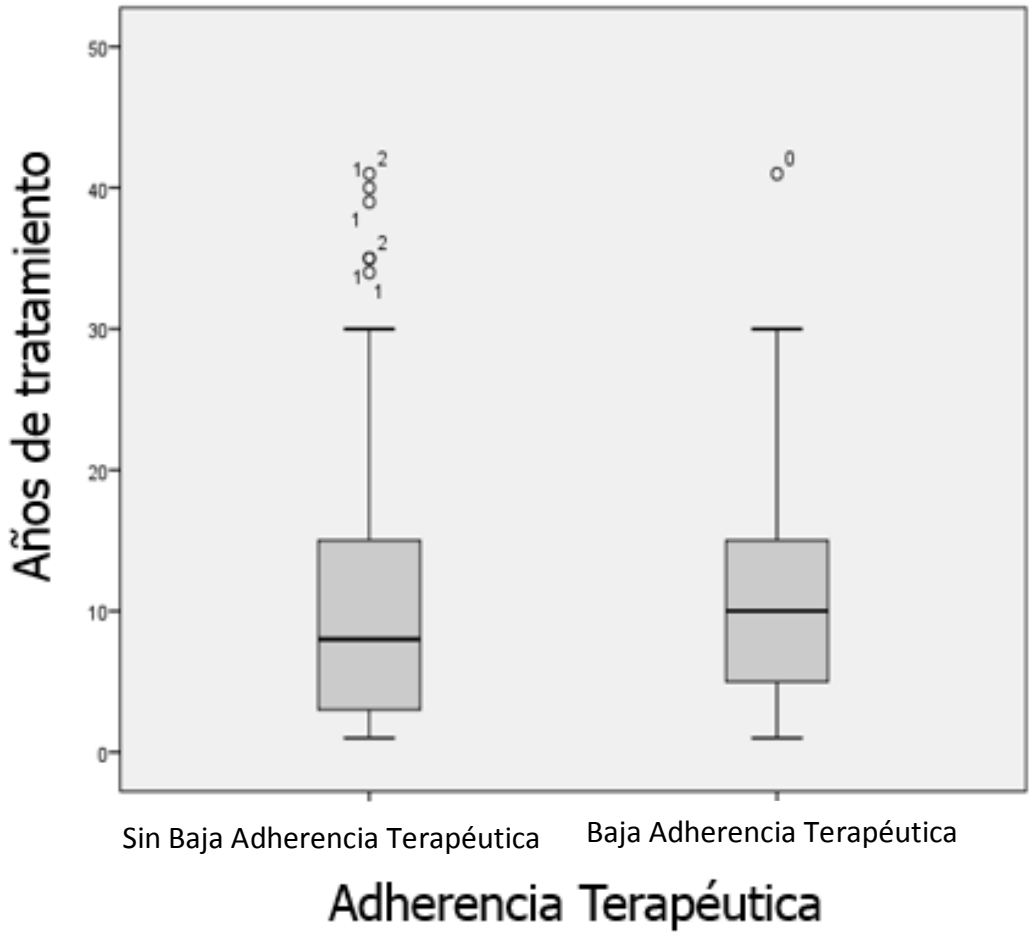
Fuente: Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del hospital I Luis Albrecht ESSALUD – 2016.

Gráfico No 5: Edad como factor asociado a baja adherencia terapéutica



Fuente: Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del hospital I Luis Albrecht ESSALUD – 2016.

Gráfico No 6: Años de tratamiento como factor asociado a baja adherencia terapéutica en HTA



Fuente: Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del hospital I Luis Albrecht ESSALUD – 2016.

IV.DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia en el mundo que por estar, asociado a riesgo de morbimortalidad cardiovascular su control es importante para evitar secuelas, daño cardiaco o cerebral e incluso la muerte. Sin embargo, casi la mitad de pacientes en tratamiento por hipertensión arterial no tienen un control adecuado de sus cifras de presión arterial (41). El que no se alcancen las metas terapéuticas tiene entre sus factores más importantes a una baja adherencia terapéutica que también se encuentra hasta en un 50% de pacientes (22). Identificar factores asociados a baja adherencia y poder intervenir en ellos es fundamental para disminuir la mortalidad en el mundo actual. Por eso efectuamos este trabajo en el Hospital I Luis Albrecht ESSALUD (1er nivel de atención).

En la tabla No 1 observamos de un total de 380 adultos integrantes del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en tratamiento por Hipertensión Arterial. De los cuales 232 (61.05%) tienen baja adherencia terapéutica y 148 (38.95%) sin baja adherencia terapéutica.

Estos resultados son similares a los reportados por Apaza (23) en Tacna, Perú que encontró 68% de baja adherencia. Por otro lado Carhuallanqui (24) en Lima en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati encontró 46% de baja adherencia, Noack et al (27) en Yungay Chile encontraron 54% de baja adherencia. García (25) en una revisión sistemática (PubMed) de 35 artículos (31 europeos, 3 estadounidenses y un pakistaní) encontró una media ponderada del porcentaje de incumplidores: 37,6% (IC 95% 36,6-38,6) y concluyó que el porcentaje de incumplimiento en el tratamiento farmacológico de la HTA en todo el mundo es elevado.

Las diferencias en las cifras de prevalencia varían de acuerdo a la población estudiada, al susbsistema de salud, y de acuerdo al instrumento empleado. Pero las cifras de baja adherencia encontradas son altas y estás tienen relación directa con el no control de la hipertensión arterial, lo que ocasiona el fracaso terapéutico.

En la tabla No 2 observamos 380 pacientes, 228 mujeres y 152 hombres. De las cuales 77 damas el 33.17% de estas no tienen baja adherencia y el 66.23% que son 151 mujeres tienen baja adherencia. Además 71 varones el 46.71% de estos no tienen baja adherencia y 81 el 53.29% tienen baja adherencia.

En este trabajo se encontró que el sexo femenino es factor de riesgo de baja adherencia terapéutica con Chi cuadrado = 6.421 p=0.008 OR=1.719 (IC 95%:1.129-2.618) y tamaño del efecto 12.94%. También Apaza G (23), en Tacna Perú, encontró que el sexo femenino fue factor asociado a baja adherencia terapéutica (p=0,019, OR=1,93). Contrario a esto Sandoval en Chile encontró que el sexo masculino es factor asociado a baja adherencia OR: 1,54 (IC 95%: 1,21-1,96). En la sociedad peruana las mujeres, tienen menor acceso a la educación, lo que llevaría a un pobre entendimiento de la enfermedad y a baja adherencia.

En la tabla No 3 observamos 380 pacientes de los cuales 187 tienen secundaria completa y 193 no terminaron la secundaria**.** De estos 73 (33.17%) de adultos que no terminaron la secundaria y 75 (40.1%) que la concluyeron no poseen baja adherencia, por el contrario 112 (59.89%) que terminaron la secundaria y 120 (62.17%) que la dejaron inconclusa son pacientes con baja adherencia. El bajo nivel educativo no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado=0.2018 p=0.363 OR=1.101(IC 95%:0.729-1.663). Pero los adultos con bajo nivel educativo, tuvieron mayores niveles de baja adherencia tamaño del efecto 2.28%.

Noack K et al (27), hicieron una investigación en la ciudad Yungay Chile y encontraron al factor educación como una de las principales dificultades para el control de la presión arterial ($p < 0,05$). Si bien es cierto la diferencia encontrada no fue estadísticamente significativa, pero hubo mayor índice de baja adherencia en los pacientes con nivel educativo bajo y es lógico pensar que el nivel educativo puede influir sobre la comprensión de la enfermedad y la importancia de la toma de medicamentos. Este factor se considera relevante para el equipo de salud al momento de educar a las personas con respecto a las enfermedades crónicas y los tratamientos de largo plazo.

En la tabla No 4 observamos 380 pacientes, 238 casados y 142 no casados. De estos 95 (39.92%) casados y 53 (37.33%) no casados no tienen baja adherencia. Y con baja adherencia 143 (60.08%) casados y 89 (62.67%) no casados. Nosotros encontramos que a pesar de tener un pequeño tamaño del efecto 2.59 %, el no estar casado no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado=0.251 p=0.348 OR=0.896 (IC 95%:0.584-1.375). Carhuallanqui (24), halló asociación entre baja adherencia con el estado civil viudo (p<0,05). Los adultos con estado civil no casado, tuvieron mayores niveles de baja adherencia terapéutica, comparado con los casados deberíamos que pensar que tener un hogar estable puede favorecer una mayor adherencia.

En la tabla No 5 observamos un total de 380 pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo, 255 toman un medicamento y 125 toman 2 o más. De ellos 106 (41.57%) hipertensos toman un medicamento y 42 (33.6%) que toman 2 o más no tienen baja adherencia. Y 149 (58.43%) pacientes que consumen un medicamento y 83 (66.4%) que se les administra 2 o más son pacientes con baja adherencia. Encontramos un tamaño del efecto 8.0 %. Y que el empleo de 2 o más medicamentos no fue factor de riesgo significativo con Chi cuadrado = 2.93 p<0.054 OR=1.475 (IC 95%:0.944-2.306) de baja adherencia terapéutica en HTA.

Castaño (28), en Colombia, encontró que múltiples medicamentos antihipertensivos son factor de riesgo de baja adherencia (OR 1,85 [IC 95%, 1,25-2,75]); (OR 5,22 [IC 95%, 3,48-7,83]), para 2 y 3 medicamentos antihipertensivos, respectivamente; igualmente Hedna en Suecia encuentra esta asociación (OR 1,85 [95% CI, 1,25-2,75] y OR 5,22 [95% CI, 3,48-7,83], para 2 y ≥3 fármacos respectivamente (30). Debido hay que hay mayor dificultad en tomar varios medicamentos en vez de uno.

En la tabla No 6 observamos que la media de edad del grupo sin baja adherencia terapéutica fue 67.43 comparado con 71.20 con baja adherencia (diferencia .3.765), la diferencia de medias es estadísticamente significativa p<0.001. Esto significa que la mayor edad es asociada a baja adherencia terapéutica. Hedna (29) realizó un estudio en Suecia y concluye que la baja adherencia es mayor en personas < 65 años (OR = 2,75 [95% CI, 1,18-6,43]).Y dice que la edad más joven es una barrera para adherirse a tratamientos de largo plazo, porque las personas menores de 65 años son a menudo no adherentes a cualquier medicación. Esto puede ser explicado porque la población menor de 65 años es

laboralmente activa y es un desafío incluir una rutina diaria la ingesta de medicamentos y más aún enfermedades asintomáticas como la hipertensión arterial.

Pero en este trabajo realizado en la ciudad de Trujillo-Perú las personas mayores son menos adherentes y esto puede explicarse por el deterioro sensorial progresivo, que aumenta la probabilidad de olvido de la toma del medicamento. La diferencia con el estudio antes citado realizado en Suecia, es que en este país hay mayor número de cuidadores especializados en pacientes de la tercera edad, lo que contribuiría en la adherencia terapéutica de este grupo etario.

Continuando en la tabla No 6 observamos que el tiempo de tratamiento como factor de riesgo de baja adherencia terapéutica La media de tiempo de tratamiento antihipertensivo del grupo sin baja adherencia terapéutica fue 9.81 comparado con 10.94 en el grupo con baja adherencia (diferencia .1.13), la diferencia de medias no es estadísticamente significativa $p>0.05$. Esto significa que el tiempo de tratamiento no está asociado a baja adherencia terapéutica. Contrario a esto Hedna (29) encontró que la baja adherencia era mayor entre nuevos pacientes (OR 2,04 [95% CI, 1,32-3,15]).

Este trabajo tiene las limitaciones de ser un trabajo transversal, aunque la mayoría de estudios reportados en la literatura internacional son seccionales transversales (analíticos de una sola observación), lo que permite estudiar muestras grandes, como la nuestra. Nuestros resultados por este motivo son comparables, pero sería conveniente desarrollar un instrumento nacional, tal vez con mayores dimensiones, pero tratando que sea sencillo como el actual.

V. CONCLUSIONES

1. Existe una prevalencia de 61.05% de baja adherencia en adultos con Hipertensión Arterial.

2. El género femenino es factor de riesgo asociado a baja adherencia terapéutica de adultos con Hipertensión Arterial.

3. El tener mayor edad es factor de riesgo asociado a baja adherencia.

5. El bajo nivel educativo, el estado civil no casado, la toma 2 o más medicamentos y el número de años de tratamiento de la enfermedad no fueron factores de riesgo asociados a baja adherencia terapéutica de adultos con hipertensión arterial.

VI. RECOMENDACIONES

Recomendamos el monitoreo permanente con encuesta sencilla y válida como el test de Morisky-Green-Levine, para detectar baja adherencia terapéutica e identificar los factores de riesgo asociados a ésta; en adultos en tratamiento para Hipertensión Arterial.

Considerando que actualmente encontramos una alta prevalencia de baja adherencia terapéutica, lo que estaría relacionada con el fracaso terapéutico de esta enfermedad que es una de las principales causas de muerte en el mundo, se debe implementar estrategias especialmente en educación para la salud con el fin de mejorar los niveles de adherencia terapéutica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Organización Mundial de la Salud: Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva de Enero del 2 015. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/ - 43k

2.- Ministerio de Salud de Perú 2 015. Hipertensión arterial. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/hipertension/index.htm

3.- Sicras A, Galera J, Muñoz G, Navarro R. Influencia del cumplimiento asociado a la incidencia de eventos cardiovasculares y los costes en combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. Med. Clin. 2 011[citado 3 Ene. 2 016]; 136(05):183-91.

4.- Artacho R, Prado J, Barnestein F, Aguilar C, García A, Leiva F. Cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial. ¿Ha cambiado con el paso del tiempo? Med. Fam. Andal. 2 012[citado 4 Ene. 2 016]; 02:95-106.

5.- Wasilewski G, Milaniak I, Janik L, Sadowski J, Przybyłowski P. Adherence to antihypertensive therapy among heart transplant recipients. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2 014[citado 2 Ene. 2 016]; 11 (3): 343-348.

6.- Sanchis C, Vara L. Cumplimiento Terapéutico y seguimiento del paciente hipertenso en atención primaria. Med. Clin. (Barc) 2 012[citado 3 Ene. 2 016]; 139(03):126-30.

7.- Nobre F, Beltrame A, Mion D. Control de la presión arterial en pacientes bajo tratamiento hipertensivo en Brasil - controlar Brasil. Arq. Bras. Cardiol. 2 010[citado 4 Ene. 2 016]; 94(5):645-527.

8.- Torres A, Gascón P, Barau M, Guayta R, Estrada M, Rodríguez C. Efectividad de un programa de atención farmacéutica en la mejora del control de presión arterial en pacientes hipertensos mal controlados. Estudio Press Farm. Hipertens riesgo vasc. 2 010[citado 3 Ene. 2 016]; 27(01):13-22.

9.- Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Rev. Esp. Cardiol. 2 012[citado 3 Ene. 2 016]; 65(02):10-16.

10.- Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev. Med. Chile 2 014[citado 2 Ene. 2 016]; 142:1245-52.

11.- Veliz L, Mendoza S, Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovascular en usuarios de atención primaria. Enfermería Universitaria 2 015 [citado 3 Ene. 2 016]; 12(1):3-11. Disponible en: http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/48063

12.- Libertad M, Bayarre H, Corugedo C, Vento F, La Rosa Y, De la Concepción M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev. Cubana de Salud Pública 2 015[citado 4 Ene. 2 016]; 41(1): 33-45.

13.- Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Aten. Primaria 2 011[citado 3 Ene. 2 016]; 43(7):343-344.

14.- Galindo J, De los Ángeles M, Gil M, Garrido E, Bernabeu M, Santos B. La discapacidad como barrera a la adherencia terapéutica en pacientes pluripatológicos: papel del cuidador principal. Rev. Clin. Esp. 2 010[citado 3 Ene. 2 016]; 210(5):221-26.

15.- Mohammad Y, Amal A, Sanaa A, Samar R, Salam Z, Wafa B, et al. Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients. Journal of Epidemiology and Global Health 2015. Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2210600615000829?via=sd

16.- Gutiérrez M, Lopetegi P, Sánchez I, Garaigordobil M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Rev. Calid Asist. 2 012[citado 5 Ene. 2 016]; 27(02):72-7.

17.- Veliz L, Mendoza S, Barriga O. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. Rev. Perú Med. Exp, Salud Pública. 2015[citado 3 Ene. 2 016]; 32(1):51-7.

18.- Corugedo M del C, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2 011[citado 6 Ene. 2 016]; 27(4):504-12.

19.- Gonzáles M, La adherencia; el talón de Aquiles de la enfermedad cardiovascular. Rev Calid Asist. 2 012[citado 4 Ene. 2 016]; 27(02):69-71.

20.- Thom D, Willard R, Hessler D, Devore D, Prado C, Bodenheimer T, et al. The Impact of Health Coaching on Medication Adherence in Patients With Poorly Controlled Diabetes, Hypertension, and/or Hyperlipidemia: A Randomized Controlled Trial. JABFM 2015[citado 5 Ene. 2 016]; 28(01):38-45.

21.- Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Pérez E, Martínez F, et al. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Aten Primaria 2 011[citado 6 Ene. 2 016]; 43(5):245-53

22. Baena J, Gómez C, Vilató M, Vásquez E, Olivia A, Vidal M. Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes para valorar la adherencia terapéutica. Aten. Primaria 2 011[citado 3 Ene. 2 016]; 43(07):33-42.

23.- Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de ESSALUD - RED TACNA FEBRERO 2 013 [citado 06 Ene. 2 016]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2

24.- Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Malaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev. Med. Hered. 2 010[citado 6 Ene. 2 016]; 21(4):197- 201.

25.- García J, Martell N, Llerena A, Fernández D. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2 011. Semergen. 2 012[citado 7 Ene. 2 016]; 38(5):292-300.

26.- Conthe P, Márquez E, Aiaga A, Barragán B, Fernández M, Gonzales M, Ollero M, Pinto J. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev. Clin. Esp. 2 014[citado 2 Ene. 2 016]; 30(20):30-39.

27.- Noack K, Cornejo G, Noack K, Castillo L. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. Rev. Anacem 2 013[citado 3 Ene. 2 016]; 07(02):75-78.

28.- Castaño J, Echeverri C, Giraldo J, Maldonado A, Melo J, Meza G, Montenegro C. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia) 2011. Rev. Fac. Med. 2 012; [citado 4 Ene. 2 016]; 60(03):179-97.

29. - Hedna K, Hakkarainen K, Gyllensten H, Jonsson A, Andersson K, Petzold et al. Adherence to Antihipertensive Therapy and Elevated Blood Pressure: Should We Consider the Use of Multiple Medications ? PLoS One. 2 015 Sep. 11; 10(9):e0137451. doi: 10.1371/journal.pone.0137451. eCollection 2 015.

30.- Núñez A, Montiel A, Martin E, Torres B, Lara C, González J. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Aten. Primaria 2 014[citado 24 Ene. 2 016]; 46(5):238-45.

31.- Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. INFAC 2011[citado 24 Ene. 2 016]; 19:1-6.

32.- Sicras A, Navarro R. Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la dislipidemia. Gac.Sanit 2 010[citado 24 Ene. 2 016]; 24(06):473-82.

33.- Díaz M, Herrera Y, Matéu L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. Rev. Cubana de Farmacia. 2 014[citado 24 Ene. 2 016]; 48 (4):588-97.

34.- Romero T. Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despega, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial? Rev. Chil. Cardiol. 2014[citado 24 Ene. 2 016]; 33: 210-14.

35.- Zurera I, Caballero T, Ruíz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enferm. Nefrol. 2014[citado 24 Ene. 2 016]; 17 (4): 251-60.

36.- Benavides V, Jaramillo L, Rendón S, Valenzuela A, Argotty E, Mafla C. Determinantes de adherencia al tratamiento antihipertensivo de adultos ≥ 35 años de edad. Rev. Univ. Salud 2013[citado 24 Ene. 2 016]; 15(2): 136 - 49.

37.- Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev. Chil. Cardiol. 2015[citado 24 Ene. 2 016]; 34: 18-27.

38.- Jornada A, Rolim C, S Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev Saúde Pública 2 012[citado 24 Ene. 2 016]; 46(2):279-89.

39.- Palota L, Suely M, Velludo E, José E, Maria L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2 013[citado 24 Ene. 2 016]; 15(2):362-7.

40.- Monsalves M. Análisis del Test de Morisky-Green-Levine como instrumento de medición en salud para estimar adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev. Med. Hered. 2013; [citado 24 Ene. 2 016]; 24:86-96.

41. Crowley M, Grubber J, Olsen M, Bosworth H .Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management behaviors: preliminary data for a new instrument. J Gen Intern Med. 2013 Jan;28(1):99-106. doi: 10.1007/s11606-012-2195-1. Epub 2012 Aug 28.

42. GonzálesP.El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).Family support on adherence to nutritional therapy of patients with diabetes mellitus type 2 (DM2) Waxapa Año 3, Vol. 2, No. 5 Jul-Dic 2011

VIII. ANEXOS

Anexo Nº 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo……
declaro libre y voluntariamente que acepto participar del presente estudio.

He sido informado del presente estudio, además seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee, sin que se vea afectado. También podré solicitar información en cualquier momento, de las ventajas y desventajas del estudio que se realizara.

Dando conformidad a lo anterior, firmo el presente consentimiento:

Fecha: ……...

Firma…….....

Anexo Nº2

Solicita: Autorización para desarrollar investigación.

Señor: Director del Hospital Albrecht-Trujillo.

Yo **JIMENA VALERIA ALZA RODRÍGUEZ** con DNI 47169487. Ante Ud. Me presento y expongo lo siguiente:

Que, en cumplimiento de los objetivos de mi formación profesional y siendo necesario desarrollar una investigación referente a **FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT ESSALUD**, es que solicito se me permita desarrollar dicha investigación y poder así cumplir con dichos objetivos.

Es justicia que espero alcanzar.

_____

Firma

Anexo Nº 3

“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÈUTICA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÒN ARTERIAL DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT ESSALUD”

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica el Test de Morisky-Green-Levine (1986).

Estimado paciente:

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

Muchas gracias.

Edad: _____. Sexo: _____. Estado Civil: _____.

Grado de Instrucción: _____.

Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos: Sí_____. No_____.

Si su respuesta es SI, cuál o cuáles son y cuál es su indicación:

_____

_____.

Tiempo de recibir tratamiento antihipertensivo: _____.

A continuación se presenta 4 preguntas y usted debe responder “SI” o “NO”.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?_____.
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?_____.
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?_____.
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?_____.