



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO
ANTIHIPERTENSIVO EN EL CENTRO DE SALUD SAN LUIS- 2021**

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

Autor (a):

Muñoz Arenas, Melissa Donna

Asesor (a):

Figueroa Quintanilla, Dante Aníbal

Jurado:

Jáuregui Francia, Filomeno Teodoro

Tantaleán Da Fieno, José Alberto Javier

Barboza Cieza, Reanio

Lima - Perú

2021

Referencia:

Muñoz Arenas, M. (2021). Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Centro de Salud San Luis- 2021. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5226>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL CENTRO DE SALUD SAN LUIS-

2021

Líneas de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Muñoz Arenas, Melissa Donna

ASESOR:

Figuroa Quintanilla, Dante Aníbal

JURADO:

Jáuregui Francia, Filomeno Teodoro

Tantaleán Da Fieno, José Alberto Javier

Barboza Cieza, Reanio

Lima - Perú

2021

Dedicatoria:

A Dios que me dio el regalo de vida, a mi familia por su apoyo incondicional y en especial a mi hermana Nadia Muñoz Arenas por ser la fuerza que me motiva a mejora día a día y a todas aquellas personas que durante estos años me apoyaron en los momentos difíciles. Con todo cariño esta tesis se las dedico a ustedes.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” por su labor en la enseñanza, investigación y la formación de profesionales y por haberme inducido en el conocimiento de la Medicina, carrera que tanto me apasiona y por poner en mi camino a ilustres maestros.

Al Dr. Dante Aníbal Figueroa Quintanilla, asesor de la tesis, por su significativa orientación, por su apoyo constante, sugerencias, recomendaciones y observaciones que fueron primordiales para el desarrollo y culminación de esta tesis.

A los profesores por la formación recibida, por sus enseñanzas, consejos y recomendaciones.

Índice

Dedicatoria:	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
I. Introducción	1
1.1 Descripción y formulación del problema.....	2
1.1.1 Descripción.....	2
1.1.2 Problema general	3
1.1.3 Problema específico.....	3
1.2 Antecedentes	3
1.3 Objetivos.....	6
1.3.1 Objetivo General.....	6
1.3.2 Objetivo Especifico	6
1.4 Justificación	6
1.5 Hipótesis	7
II. Marco teórico.....	8
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación:	8
III. Método.....	15
3.1 Tipo de estudio.....	15
3.2 Ámbito temporal y espacial	15
3.3 Variables	15
3.4 Población y muestra.....	16
3.4.1 Población	16
3.4.2 Muestra	16
3.4.3 Características de la población	16
3.5 Procedimientos.....	17
3.6 Análisis de datos	17
3.7 Consideraciones éticas	18
IV. Resultados	19
V. Discusión	31

VI. Conclusiones	33
VII. Recomendaciones.....	34
VIII. Referencias	35
IX. Anexos.....	38
Anexo 1: matriz de consistencia	38
Anexo 2: consentimiento informado.....	39
Anexo 3: instrumento de recolección de datos	40

Índice de tablas

Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	21
Tabla 4.....	22
Tabla 5.....	23
Tabla 6.....	24
Tabla 7.....	25
Tabla 8.....	26
Tabla 9.....	27
Tabla 10.....	28
Tabla 11.....	29
Tabla 12.....	30

Índice de figuras

Figura 1.....	19
Figura 2.....	20
Figura 3.....	21
Figura 4.....	22
Figura 5.....	23
Figura 6.....	24
Figura 7.....	25
Figura 8.....	26
Figura 9.....	27
Figura 10.....	28
Figura 11.....	29
Figura 12.....	30

Resumen

La falta de adherencia terapéutica es la principal causa de fracaso al tratamiento antihipertensivo, constituye un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente, en el tratamiento de enfermedades crónicas. El objetivo fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis. Se realizó un estudio bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal. Los datos fueron recogidos y recopilados durante los meses comprendidos entre junio y julio del 2021. Se estableció como área de estudio el servicio de medicina general del Centro de Salud San Luis, en el distrito de San Luis, Lima, Perú. La población estuvo constituida por mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión que asistieron al servicio de medicina general del Centro de Salud San Luis. Se obtuvo como resultado que la mayor parte de la población era de sexo masculino, con mal control de la presión arterial y con prácticas deficientes con respecto a su tratamiento. Podemos concluir que el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis fue bajo y el control de la presión arterial fue malo. Se recomienda realizar programas de concientización sobre complicaciones crónicas y relación con mala adherencia al tratamiento

Palabras clave: Tratamiento, Hipertensión, Antihipertensivos, Adherencia. (Fuente DeCS)

Abstract

Poor therapeutic adherence is the main cause of failure to antihypertensive treatment, it is a prevalent and relevant problem in clinical practice, especially in the treatment of chronic diseases. The objective was to determine the level of adherence to pharmacological treatment in hypertensive patients treated at the San Luis Health Center. A study was carried out under a descriptive and cross-sectional quantitative approach. The data was collected and compiled during the months between June and July 2021. The general medicine service of Centro de Salud San Luis, in the district of San Luis, Lima, Peru was established as the study area. The population consisted of people over 18 years of age with a diagnosis of hypertension who attended the general medicine service of the San Luis Health Center. The result was that most of the population was male, with poor blood pressure control and poor practices regarding its treatment. We can conclude that the level of adherence to drug treatment in hypertensive patients treated at the San Luis Health Center was low and blood pressure control was poor. It is recommended to carry out awareness programs on chronic complications and their relationship with poor adherence to treatment.

Palabras clave: Therapy, Hypertension, Antihypertensive Agents, Adherence. (DeCS)

I. Introducción

La hipertensión arterial representa, a nivel mundial, una de las enfermedades que trae más consecuencias negativas sobre la salud de quienes la presentan, de igual manera se considera una de las patologías más relevantes en la contribución del desarrollo de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, los cuales en conjunto generan muerte prematura y altas tasas de discapacidad cuando dejan secuelas. La prevalencia de hipertensión arterial se encuentra en aumento y es preocupante esta situación pues llega a causar complicaciones graves cuando se tiene un mal control de la enfermedad.

Se considera a la baja adherencia al tratamiento como la causa principal del fracaso al tratamiento antihipertensivo y constituye, muy probablemente, un problema altamente prevalente y relevante en la práctica hospitalaria. Tanto es así que la Organización Mundial de la Salud considera a la mala adherencia al tratamiento un problema prioritario en lo que a salud pública se refiere ya que genera consecuencias muy negativas en la salud de los pacientes, teniendo además como consecuencia el fracaso a la terapéutica y mayores tasas de hospitalización por complicaciones crónicas. En América Latina, más de la mitad de pacientes diagnosticados con hipertensión abandonan el tratamiento por completo, y de los que permanecen cumpliéndola bajo estricta supervisión médica, solo el 50% toma la mayor parte de sus medicamentos prescritos; y, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensor, aproximadamente, un 75% de los pacientes con diagnóstico de HTA no logran el control óptimo de la presión arterial

En la actualidad, representa uno de los mayores problemas de salud pública por ser uno de los principales factores de riesgo cardiovascular que puede desencadenar complicaciones como infarto agudo al miocardio (IAM), enfermedad cerebrovascular (ECV), nefropatía, retinopatía hipertensiva, entre otros.

Por todo lo expuesto es que buscaremos poder determinar qué factores influyen en la adherencia al tratamiento de esta patología para poder evitar posibles complicaciones a futuro y generan conciencia en las personas como medida preventiva y en los pacientes que la padecen a una toma de conciencia para mejorar su estado de salud.

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1 Descripción

Se considera a la hipertensión arterial un problema altamente relevante dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, así mismo se le considera el principal factor de riesgo asociado a mortalidad por accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatías coronarias, afectando no solamente la vida de las personas sino también su entorno, incluyendo pacientes de todas las edades. De igual manera, al ser diagnosticado con esta enfermedad y llevar un tratamiento irregular con un mal control de su terapia farmacológica conlleva a un gasto económico elevado y problemas psicológicos que devienen tanto de ello como de la misma enfermedad, influenciando no solamente al paciente sino también a sus familiares.

La palabra adherencia ha venido siendo utilizado para describir el nivel en que una conducta coincide con la indicación médica, esto quiere decir, un papel más activo, voluntario y colaborador por parte del paciente respecto al tratamiento donde se incorporan temas idiosincráticos. La importancia de realizar un estudio que trate acerca de la adherencia terapéutica deriva de observar la influencia que esta tiene sobre la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, evidenciándose en ciertos países su aumento e incluso llegando a equipararse con la prevalencia de enfermedades infecciosas.

Es así que las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer puesto en morbilidad a nivel mundial, estando presente en más del 75% de países según cifras

de la OMS. Se estima que más de 17 millones de personas al año mueren por consecuencia de enfermedad cardiovascular, estimándose que cada 4 segundos se desarrolla un evento de origen coronario y cada 5 segundos un accidente cerebrovascular, evidenciándose en cada uno de ellos que la hipertensión arterial es el factor de riesgo principal y fuertemente asociado a estas patologías.

1.1.2 Problema general

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021?

1.1.3 Problema específico

¿Cuál es el control de hipertensión en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis - 2021?

¿Cuál es el control en la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021?

1.2 Antecedentes

AGÁMEZ PATERNINA, ADRIANA PATRICIA – (2019) FACTORES RELACIONADOS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO – CUBA. Su objetivo fue Identificar algunos factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes de los consultorios del médico de la familia 25, 26 y 67 del policlínico «Tula Aguilera», de la ciudad de Camagüey entre enero y julio de 2007. El universo estuvo representado por el total de pacientes que no cumplieron o cumplieron parcialmente el tratamiento médico antihipertensivo de acuerdo con las orientaciones médicas (230); identificados durante las acciones de salud del Equipo Básico de Salud. Se encontró que el sexo masculino adhirió menos (71,73%) que el femenino con

(28,27%), que a mayor escolaridad menor adherencia (66,95%), al igual que la soledad con (63,91%), los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones, la terapia combinada (60%) dificultó la adherencia y la subvaloración de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más determinante de la no adherencia. Se logró demostrar que factores como el sexo masculino, la escolaridad, la soledad, las terapias combinadas, la subvaloración de la enfermedad indujeron a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo.

FANY REMUZGO ARTEZANO (2019) - ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU – LIMA. El objetivo fue determina el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital de Emergencias Grau durante el 2012. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos de cardiología y medicina interna del Hospital de Emergencias Grau utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. El 64,1% eran del sexo masculino; 77,7% tenían 60 años o más. El 44,7% tenían educación secundaria; 58,3% eran casados; 41,7% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 47,6%. Se halló asociación entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). La adherencia al tratamiento farmacológico fue baja y la principal causa de incumplimiento de la medicación antihipertensiva fue el olvido de la toma del medicamento.

DÍAZ MOLINA, MILENA (2018) “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DEL MUNICIPIO SAN MIGUEL DEL PADRÓN”- CHILE. Tuvo como objetivo evaluar la adherencia al tratamiento con antipertensivos en una muestra de pacientes hipertensos. Fue un estudio observacional y

descriptivo. La muestra estuvo constituida por pacientes de un área de salud del municipio San Miguel del Padrón en La Habana, Cuba. La adherencia se midió empleando el test de Morinsky-Green-Levine, la frecuencia de adquisición del medicamento en farmacia y el control de la presión arterial. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de terapia y adherencia. Predominaron los pacientes hipertensos del género femenino, del grupo correspondiente a las edades de 70 a 79 años, que emplean la politerapia principalmente. Resultaron adherentes y controlados solo el 30,4 % de los casos estudiados, se evidencia la necesidad de continuar la labor educativa del paciente hipertenso en esta comunidad, principalmente acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial.

JARAMILLO ROSERO, LEONARDO (2018) - DETERMINANTES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DE ADULTOS ≥ 35 AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD DE YANACOCCHA – 2018. El objetivo de este estudio es establecer los determinantes de adherencia al tratamiento hipertensivo en adultos sobre 35 años de edad de yanacocha, Cajamarca. Un estudio transversal fue llevado a cabo para establecer los determinantes de adherencia a la terapia farmacológica antihipertensiva en 128 adultos del "Centro de Salud de Yanacocha". La evaluación de la adherencia fue hecha a través del test de Morisky-Green versión en español. Un análisis descriptivo fue usado para variables demográficas y una regresión logística fue ejecutada para calcular un resultado dicotómico para los determinantes de adherencia. La muestra de estudio consistió en 40 (31,3%) hombres y 88 (68,8%) mujeres pacientes hipertensos. El porcentaje de adherencia a la medicación fue 41.4%. Los pacientes hombres tenían mayor probabilidad de estar adheridos al tratamiento hipertensivo cuando ellos usaban más de un medicamento antihipertensivo, tal como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos (OR 4,16; IC al

95%0,34-5,61), ellos estaban casados (OR 2,97; IC al 95% 0,72- 11,73) y ellos estaban hospitalizados (OR 1,92; IC al 95% 0,11- 33,30). Sin embargo, las pacientes mujeres cuando ellas no tenían comorbilidad (OR 4,27; IC al 95% 0,81-22,49), ellas estaban entre 35 y 45 años (OR4.0; IC al 95%0,39-40,05) y ellas eran solteras (OR 2,56; IC al 95% 1,03-6,38) fueron más adherentes. Estos hallazgos sugieren que los determinantes de la adherencia a tratamientos antihipertensivos podrían depender del género.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis - 2021

1.3.2 Objetivo Especifico

Determinar el control de hipertensión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Sal Luis - 2021

Describir el control en la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis - 2021

1.4 Justificación

La baja adherencia farmacológica encontrada en los diferentes estudios es uno de los factores responsables del incumplimiento y del mal uso del medicamento, lo que contribuye a un mal control de la hipertensión arterial. Actualmente en nuestro país existe una deficiencia en el adecuado control de tratamientos y ello origina una inadecuada adherencia a tratamientos en diversas patologías es por ello que buscaremos si existe o no una baja adherencia en el tratamiento en los pacientes hipertensos.

Las complicaciones crónicas de una hipertensión no controlada, provocan personas con cierto grado de discapacidad física lo cual genera altas tasas de desempleo y requerimiento de atención terciaria que en su conjunto causan un alto gasto público.

1.5 Hipótesis

Por el tipo de investigación este trabajo no requiere hipótesis.

II. Marco teórico

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación:

Existen diversas enfermedades comunes, una, por ejemplo, los problemas cardiovasculares los cuales han sido una de las principales causas de muerte en el mundo, estimando que su prevalencia podría continuar en ascenso. Por otra parte, existe cada vez más evidencia de la importancia de la hipertensión arterial como factor de riesgo para otras enfermedades no transmisibles, siendo uno de los más relevantes para la enfermedad coronaria y el de más importancia para la enfermedad cerebrovascular. (DEIS, MINSA, 2015)

A nivel mundial, epidemiológicamente se ha visto un cambio significativo en las estadísticas sobre comorbilidades como ERC, diabetes mellitus, etc. Teniendo como relación a la hipertensión arterial. Inicialmente su etiología estaba restringida a patologías de baja incidencia, pero hoy en día se han realizado diversos estudios demostrando la relación y su importancia en el cuidado y control responsable para evitar complicaciones a otras patologías mayores.

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva del MINSA:

Hipertensión primaria (esencial o idiopática): Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados, pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial.

Hipertensión secundaria: Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA y, en muchos casos, la

curación de la enfermedad. Corresponde a menos del 5% del total de casos de hipertensión arterial.

Cuadro clínico

Signos y síntomas

La HTA es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con HTA cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil. Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares.

Diagnóstico

Criterios de diagnóstico

- **Cribado y detección temprana de hipertensión arterial:** No existe evidencia suficiente para recomendar la periodicidad de control de PA pero sí la necesidad de realizar. Se recomienda realizar un control de PA en toda la población mayor o igual a 18 años. Esta se deberá repetir cada 5 años si la medición de la presión arterial está en rangos normales (PAS < 120 mmHg y PAD \leq 80 mmHg) y no exista evidencia de algún factor de riesgo. Si se encontrase al menos un factor de riesgo cardiovascular o si los valores de PAS son de 120-130 mmHg o PAD 80-89 mmHg, deberá repetirse los controles.

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

Efectos de la Hipertensión

Efectos sobre el corazón

La compensación cardíaca de la excesiva carga de trabajo impuesta por el incremento de la PA sistémica se logra al principio mediante hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, caracterizada por aumento del espesor de la pared ventricular. Al final se deteriora la función de esta cámara y la cavidad se dilata, apareciendo los signos y síntomas de insuficiencia cardíaca. En la exploración física el corazón está agrandado y muestra un prominente impulso ventricular izquierdo. En fases tardías puede haber indicios de isquemia o infarto.

Efectos neurológicos

Los efectos neurológicos de HTA de larga duración pueden dividirse en retinianos y del sistema nervioso central (SNC). Como la retina es el único tejido en el que se pueden examinar directamente las arterias y arteriolas, la exploración oftalmoscópica repetida proporciona la oportunidad de observar la progresión de los efectos vasculares de la HTA.

También es frecuente la disfunción del SNC. Las cefaleas occipitales, más frecuentes por la mañana, constituyen uno de los síntomas precoces más notables de la HTA; del mismo modo pueden observarse mareos, inestabilidad, vértigo, acúfenos y visión borrosa o síncope, pero las manifestaciones más graves se deben a oclusión vascular, hemorragias o encefalopatía. El infarto cerebral es secundario a la mayor

ateroesclerosis observada en pacientes hipertensos, en tanto que la hemorragia cerebral es consecuencia de la elevación de la PA y del desarrollo de microaneurismas vasculares (aneurismas de Charcot-Bouchard).

Efectos renales

Las lesiones arterioscleróticas de las arteriolas aferente y eferente y de los ovillos glomerulares son las lesiones vasculares renales más frecuentes en la HTA y causan disminución del filtrado glomerular y disfunción tubular. Cuando existen lesiones glomerulares se producen proteinuria y hematuria microscópica, y aproximadamente 10% de las muertes por HTA se debe a insuficiencia renal.

Estrategias de Tratamiento Hipertensivo No farmacológico:

La intervención no farmacológica probablemente está indicada en todos los pacientes con HTA mantenida y quizá en la mayoría de los hipertensos lábiles. Las medidas generales comprenden:

- Alivio del estrés: Aunque generalmente es imposible separar al enfermo hipertenso de todo el estrés externo e interno. En casos excepcionales también puede estar indicado cambiar de trabajo o de modo de vida. Se ha sugerido que las técnicas de relajación pueden disminuir la PA.
- Dieta: Dada la eficacia comprobada de la restricción de sodio (Na^+) y de la disminución de volumen sobre la PA, antiguamente se recomendaba a los pacientes reducir drásticamente la ingestión de Na^+ . Si se reduce la ingestión de Na^+ en 75 meq/día aproximadamente, la PAS disminuye 5 mmHg y PAD, 2.6 mmHg. La actitud más práctica es recomendar una ligera restricción dietética (hasta 5 g de NaCl /día), que se logra al no agregar sal a los alimentos que se preparan normalmente. Algunos estudios también han descrito la disminución de la PA tras un aumento de la ingestión de potasio (K^+), de

calcio (Ca^{++}), o de ambos. Un método especialmente útil es la alimentación DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension; Medidas Alimentarias para Detener la Hipertensión), que utiliza alimentos naturales con K^+ abundante y poca grasa saturada y total, donde se recurre en especial a las frutas, vegetales y lácteos con poca grasa. Con esta dieta fue posible reducir considerablemente la presión arterial en pacientes hipertensos limítrofes y en estadio 1 (11.4/5.5 mmHg).

- Ejercicio aeróbico regular: El ejercicio no es sólo útil para controlar el peso, sino que existen datos de que la preparación física, por sí misma, puede hacer disminuir la PA. Los ejercicios isotónicos (carrera o paso corto, natación) son mejores que los isométricos (levantamiento de peso), ya que los últimos aumentan la PA. Realizar ejercicio físico aeróbico regular 30-45 minutos por día, 5-7/días por semana reduce aproximadamente la PA en unos 4-9 mmHg aproximadamente.

- Reducción del peso (si es necesaria): En el estudio TAIM (Trial of Antihypertensive Interventions and Management; Estudio de intervenciones y tratamiento antihipertensivo), el adelgazamiento (pérdida media de 4.4 Kg en seis meses) redujo la PA 2.5 mmHg.

- Control de otros factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la arteriosclerosis: Probablemente, el paso siguiente de mayor importancia sea convencer al paciente para que deje de fumar, también se recomienda la restricción dietética de colesterol y grasas saturadas, así como reducir o suprimir el consumo de alcohol a <15 ml/día.

- Farmacológico: La finalidad es el empleo de los fármacos solos o en combinación, para que la PA regrese a los niveles normales con mínimos efectos colaterales. Lo ideal sería elegir un programa terapéutico que corrija el defecto subyacente

a la elevación de la PA. Probablemente esto consiga la normalización de la PA con menos efectos secundarios. Puesto que en la actualidad existe una gran variedad de fármacos antihipertensivos eficaces, se han diseñado varios esquemas terapéuticos útiles.

Definición de términos

Adherencia Terapéutica:

Es entendido como el comportamiento activo y voluntario del paciente con respecto al tratamiento instaurado, en este sentido, se refiere al proceso en el cual el paciente cumple o no con las indicaciones brindadas.

Cumplimiento Terapéutico:

Se entiende como cumplimiento terapéutico a las medidas que toma el paciente para asumir las indicaciones o consejos brindados por el personal médico, traducándose en el nivel de coincidencia con las orientaciones establecidas y la práctica de estas por parte del paciente.

Métodos para medir el cumplimiento.

- **Métodos directos**

Se basan en determinar el tipo de fármaco, evaluar sus metabolitos activos o un trazador incorporado al mismo, obteniéndose a partir de un fluido biológico del paciente. Este tipo de métodos no están disponibles para todos los fármacos y resultan muy caros para realizarlos en la parte clínica por lo que no son considerados viables en este sentido.

- **Métodos indirectos**

Se valora a través del cumplimiento de información brindada al paciente, midiendo está a través de circunstancias que se relacionan con el cumplimiento. Este tipo de medición suele ser sencillo y de fácil acceso económico.

- **Test de Morisky-Green y Levine.**

Éste método que está validado para la población española, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión. Lo denominaron inicialmente “the Medication Adherent Questionnaire” (MAQ) (cuestionario de adherencia a la medicación). Desde que el test fue introducido ha sido usado en la valoración de la adherencia de diferentes patologías como la hipertensión. Nos permite clasificar a los pacientes como cumplidores y no cumplidores.

- **Olvido**

Según la Real Academia Española proviene de olvidar.

1. m. Cesación de la memoria que se tenía.
2. m. Cesación del afecto que se tenía.
3. m. Descuido de algo que se debía tener presente.

III. Método

3.1 Tipo de estudio

El estudio de la presente investigación, se realizó bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal.

Descriptivo, ya que, se caracterizó el comportamiento en la toma de medicación y se establecerá una relación con las variables de consecuencia de esta.

Transversal porque es una observación sin seguimiento, en un momento del tiempo determinándose los efectos.

3.2 Ámbito temporal y espacial

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en las instalaciones del servicio de medicina general del Centro de Salud San Luis, perteneciente a la DIRIS lima centro, en el distrito de San Luis durante los meses de junio y julio del 2021.

3.3 Variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de medición
Adherencia terapéutica farmacológica	Es el Grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento se corresponde según la recomendación (indicación) acordada por un prestador sanitario.	Cualitativa	- Adherente: Se considera adherente a la persona que responde "NO" a las cuatro preguntas del Test Morisky-GreenLevine. - No-adherente: Si contesta "SI" en al menos una de las preguntas del Test Morisky-GreenLevine	SI NO

Clasificación de Hipertensión según magnitud de la presión arterial (PA)	La (PA) es la Presión que ejerce la sangre en las paredes arteriales, como consecuencia de la contracción del corazón, medida en mmHg.	Cualitativa	- Normal (<140/90 mm Hg) - HTA etapa 1 (140-159/90-99 mm Hg) - HTA etapa 2 (160-179/100-109 mm Hg) - HTA etapa 3 ($\geq 180/\geq 110$ mm Hg)	Normal Hipertenso/a etapa 1 Hipertenso/a etapa 2 Hipertenso/a etapa 3
Control de presión arterial	Se toma como presión controlada una presión arterial sistólica menor a 130 y presión arterial diastólica menor a 85 según guía del MINSA.	Cualitativa	- Presión arterial controlada: (<130/85 mm Hg) - Presión arterial no Controlada: (>130/85 mm Hg)	-Controlada -No controlada

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población es finita, estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud San Luis durante el periodo de junio y julio de 2021.

3.4.2 Muestra

Se tomó una muestra de 102 participantes que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión planteados en la investigación, no se utilizaron fórmulas ya que fue obtenida por muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.4.3 Características de la población

3.4.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes hipertensos que sean independientes para tomar la medicación indicada.

- Pacientes que voluntariamente acepten participar en la investigación.
- Pacientes que asistan a sus controles.
- Pacientes con registros completos en su historia clínica.

3.4.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes hipertensos que sean dependientes de otras personas para tomar la medicación indicada.

- Pacientes que voluntariamente no acepten participar en la investigación.
- Pacientes que no asistan a sus controles.
- Pacientes con registros incompletos en su historia clínica.

3.5 Procedimientos

Lo primero fue solicitar permiso al Director del Centro de Salud para proceder a la realización de la encuesta de recojo de datos de historias clínicas y entrevista de los pacientes que participaran de la investigación.

3.6 Análisis de datos

Los datos obtenidos mediante el instrumento serán ingresados al software Excel 2018 a fin de generar la base de datos del estudio. Seguidamente se procederá con el

análisis mediante el paquete estadístico SPSS para mostrar los resultados a través de tablas y gráficos.

3.7 Consideraciones éticas

Por medio de un consentimiento informado se explicó a los pacientes en términos claros sobre el estudio, también, indicando que era un estudio no invasivo y voluntario, seguido de solicitar su participación a fin de recoger la información necesaria para medir “ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL CENTRO DE SALUD SAN LUIS- 2021” Es una investigación transparente, legal, respetando la opinión de los profesionales y participantes, para cuyo fin se tomó en cuenta dos aspectos claves para la protección de los derechos y el bienestar de las participantes en la investigación tomando en cuenta la confidencialidad y anonimato de la información obtenida en el estudio.

IV. Resultados

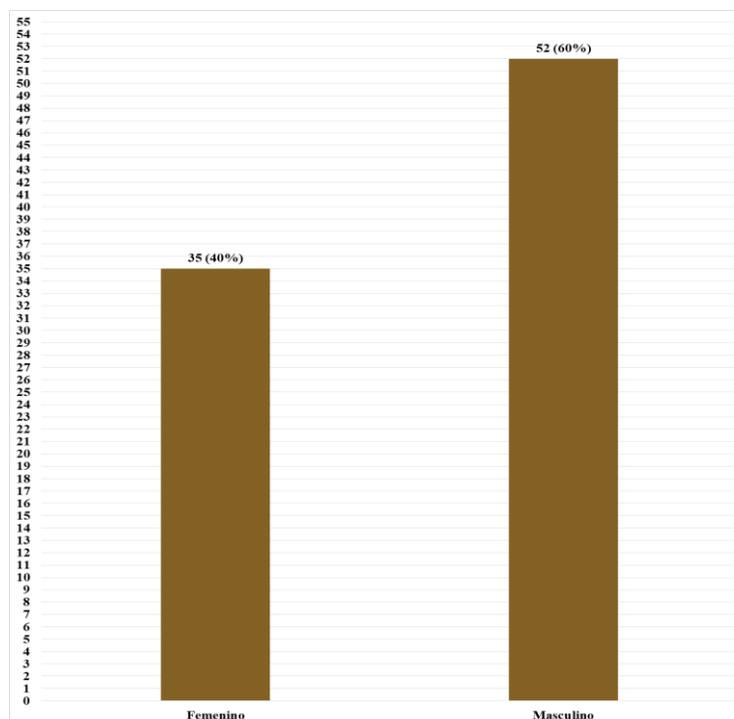
Datos de la historia clínica

Tabla 1: Distribución de sexo biológico de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
Femenino	35	40%
Masculino	52	60%
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora.

Figura 1: Distribución de sexo biológico de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



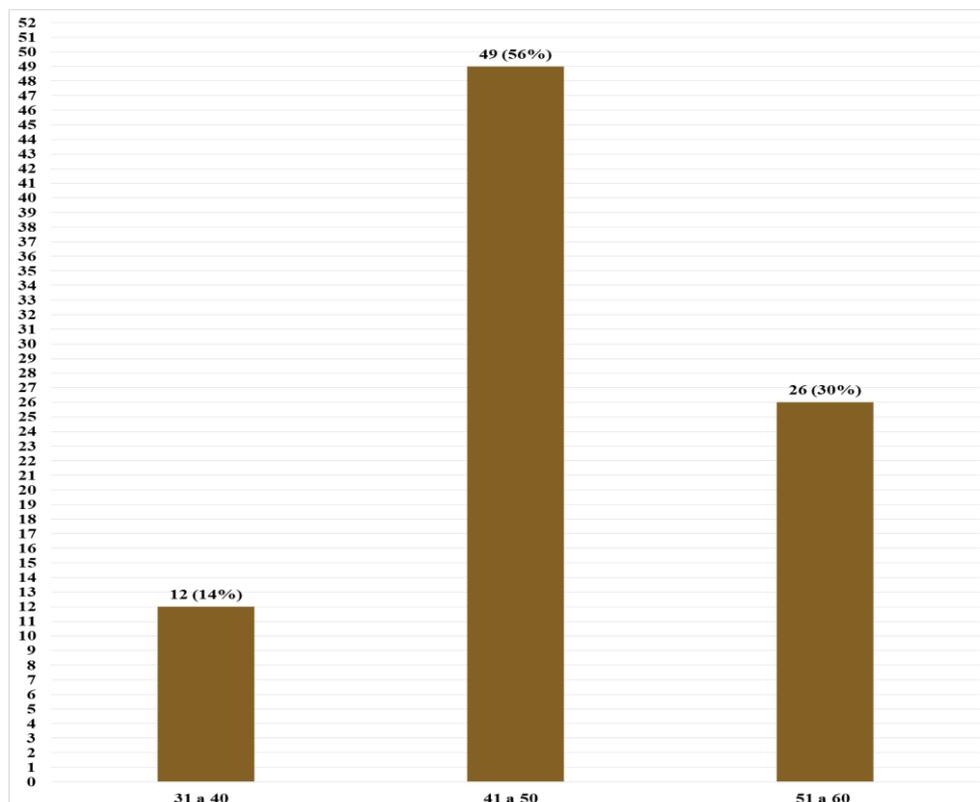
Interpretación: La tabla 1 y la figura 1 nos muestran que 52 (60%) Masculino y 35 (40%) Femenino.

Tabla 2: Distribución de edades en los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
18 a 30		
31 a 40	12	14%
41 a 50	49	56%
51 a 60	26	30%
61 a mas		
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora.

Figura 2: Distribución de edades en los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



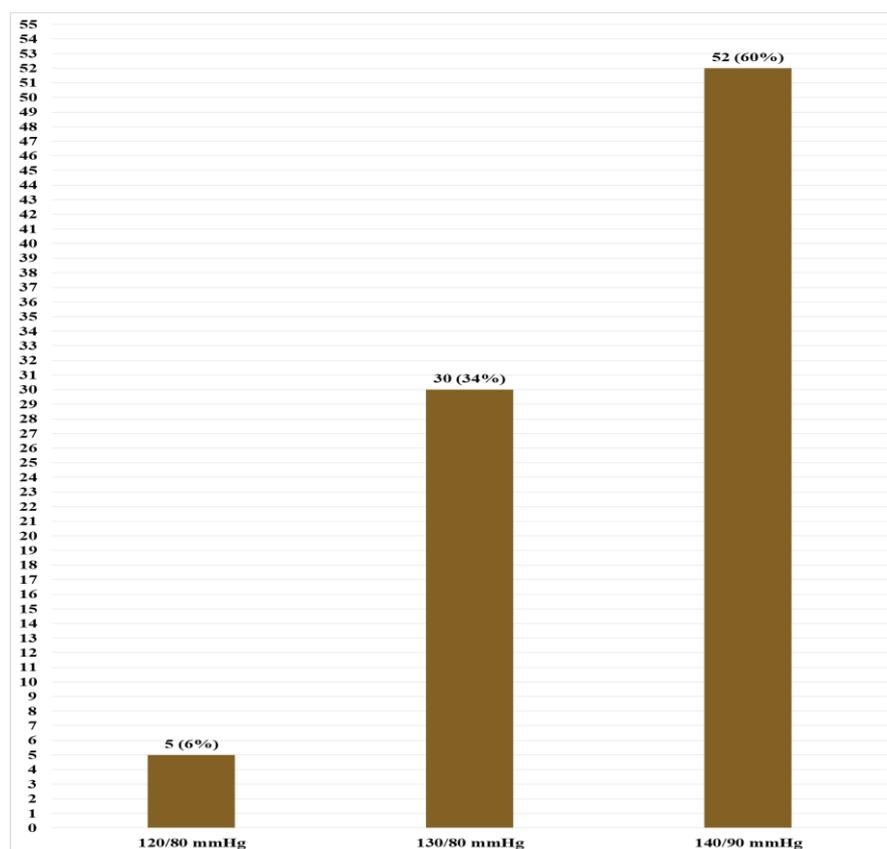
Interpretación: La tabla 2 y la figura 2 nos muestra que 49 (56%) de 41 a 50 años, 26 (30%) de 51 a 60 años y 12 (14%) de 31 a 40 años.

Tabla 3: Frecuencia de medición de presión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
120/80 mmHg	5	6%
130/80 mmHg	30	34%
140/90 mmHg	52	60%
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora.

Figura 3: Frecuencia de medición de presión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



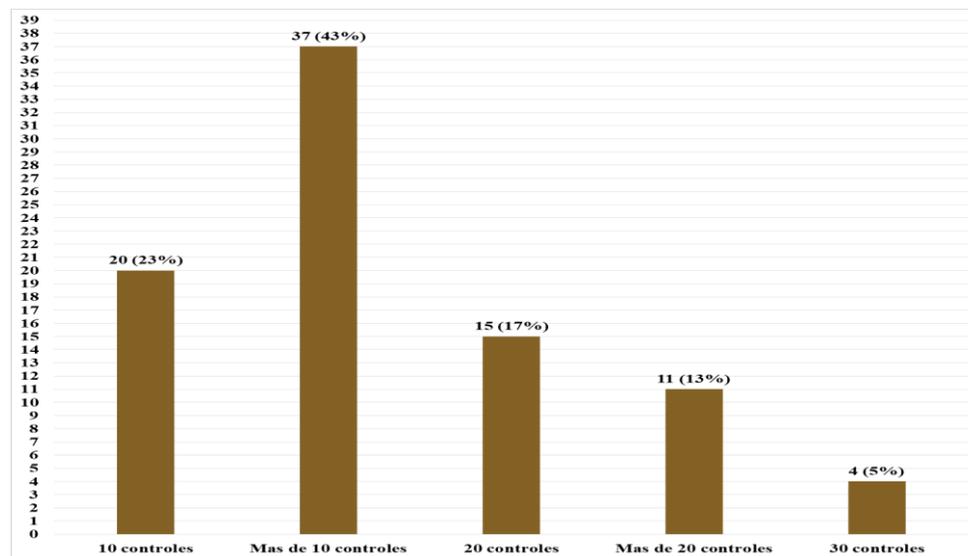
Interpretación: La tabla 3 y la figura 3 nos muestran que 52 (60%) 140/90 mmHg, 30 (34%) 130/89 mmHg y 5 (6%) 120/80 mmHg.

Tabla 4: Frecuencia de controles en los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis -2021.

	RESPUESTAS	%
10 controles	20	23%
Más de 10 controles	37	43%
20 controles	15	17%
Más de 20 controles	11	13%
30 controles	4	5%
Más de 30 controles		
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora.

Figura 4: Frecuencia de medición de presión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



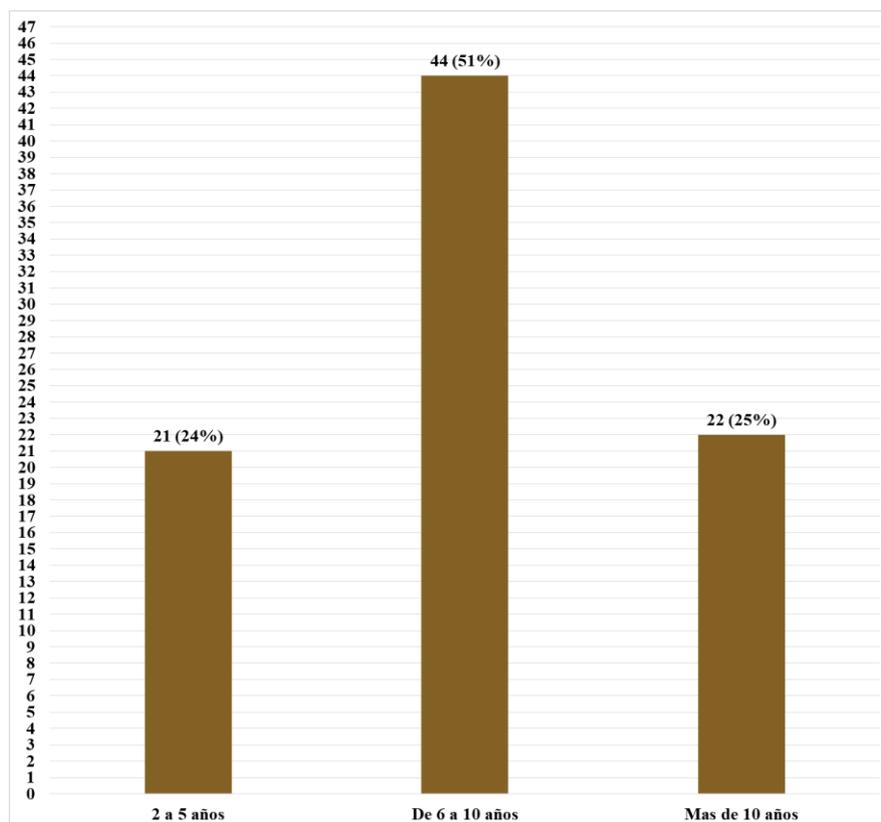
Interpretación: La tabla 4 y la figura 4 nos muestran que 37 (43%) tiene más de 10 controles, 20 (23%) solo 10 controles, 15 (17%) solo 20 controles y 4 (5%) 30 controles.

Tabla 5: Frecuencia sobre el tiempo de enfermedad de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
2 a 5 años	21	24%
De 6 a 10 años	44	51%
Más de 10 años	22	25%
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora.

Figura 5: Frecuencia sobre el tiempo de enfermedad de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



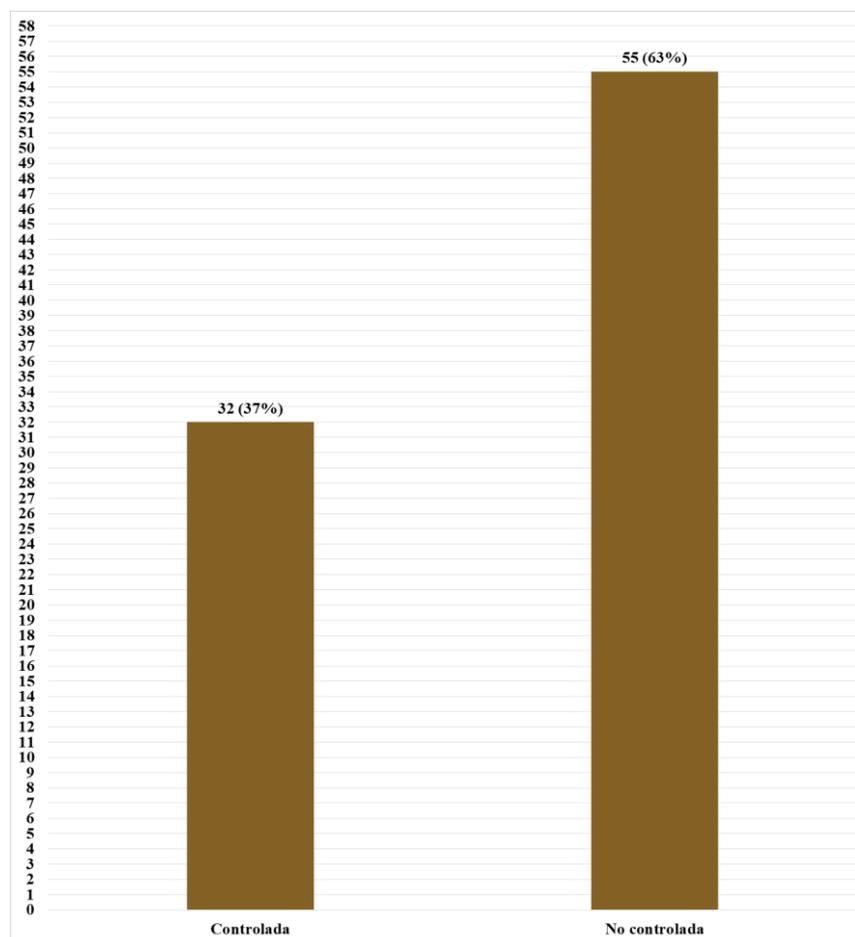
Interpretación: La tabla 5 y la figura 5 nos muestran que 44 (51%) lleva de 6 a 10 años, 22 (25%) más de 10 años y 21 (24%) de 2 a 5 años.

Tabla 6: Frecuencia sobre si se tiene o no una enfermedad controlada en los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
Controlada	32	37%
No controlada	55	63%
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora.

Figura 6: Frecuencia sobre si se tiene o no una enfermedad controlada en los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



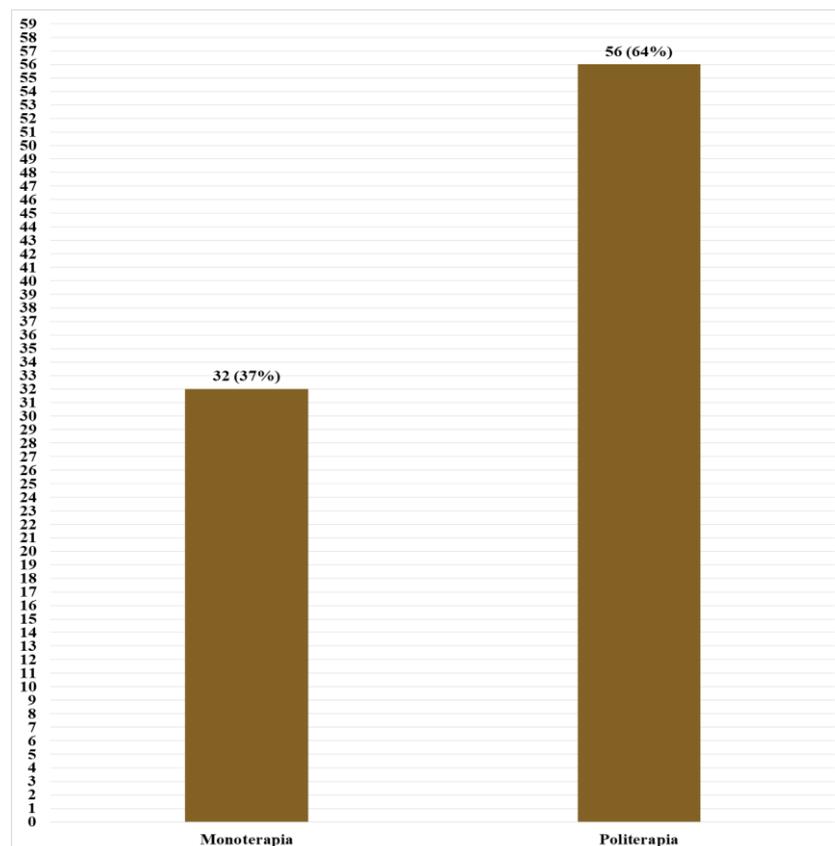
Interpretación: La tabla 6 y la figura 6 nos muestran que 55 (63%) es NO controlada y 32 (37%) es controlada.

Tabla 7: Frecuencia sobre el tipo de tratamiento de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
Monoterapia	32	37%
Politerapia	56	64%
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora.

Figura 7: Frecuencia sobre el tipo de tratamiento de los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



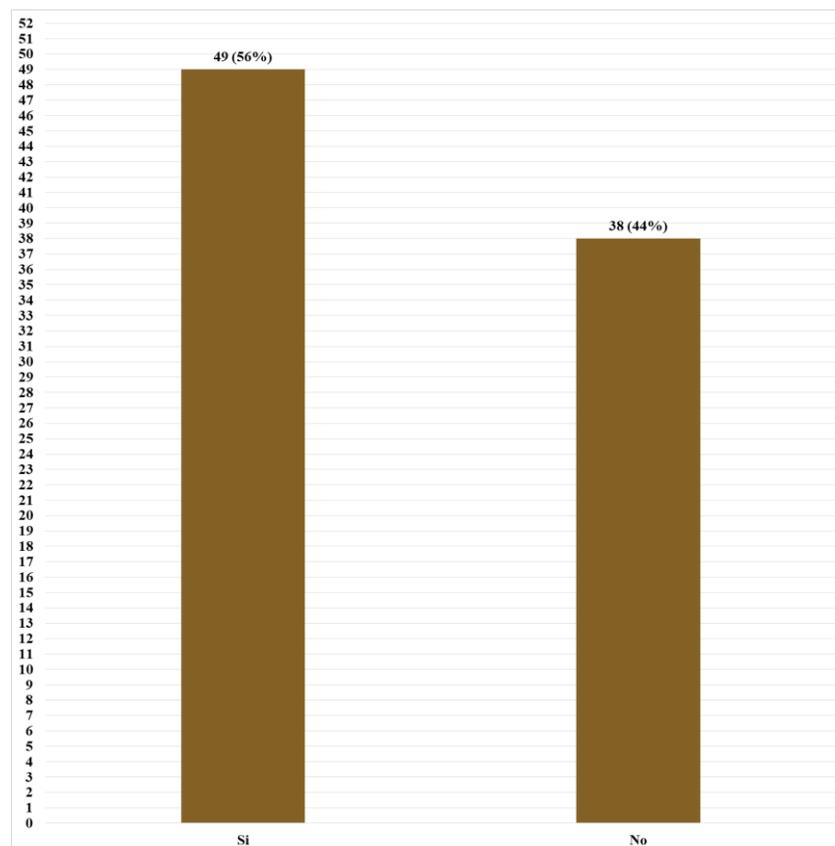
Interpretación: La tabla 7 y la figura 7 nos muestran que 56 (64%) el poli terapia y 32 (37%) es monoterapia.

Tabla 8: Frecuencia sobre si presentan o no alguna comorbilidad los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
Si	49	56%
No	38	44%
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora.

Figura 8: Frecuencia sobre si presentan o no alguna comorbilidad los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



Interpretación: La tabla 8 y la figura 8 nos muestra que 49 (56%) SI presenta alguna comorbilidad y 38 (44%) NO presenta comorbilidad.

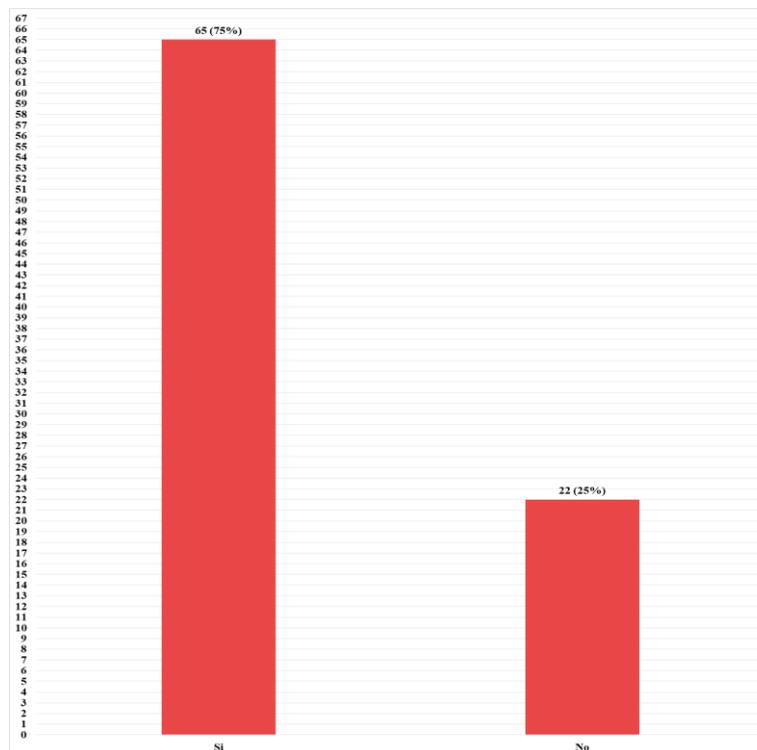
Test de Morisky-Green-Levine.

Tabla 9: Frecuencia sobre si se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA, los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
Si	65	75%
No	22	25%
TOTAL	87	100%

Fuente: Test Morisky-Green-Levine.

Figura 9: Frecuencia sobre si se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA, los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



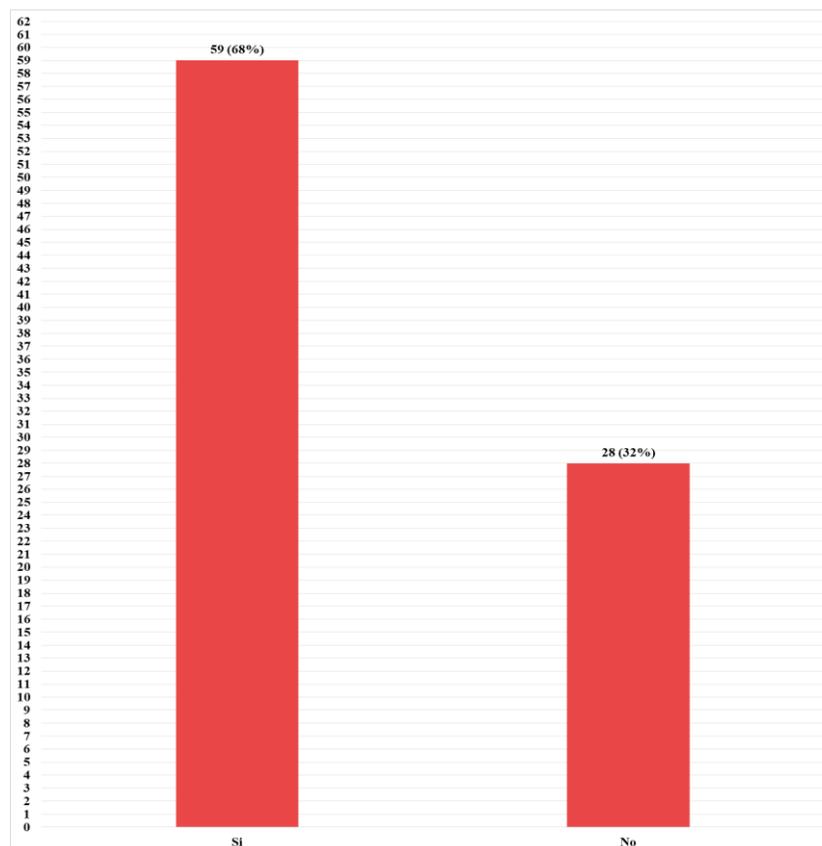
Interpretación: La tabla 9 y la figura 9 nos muestran que 65 (75%) SI se olvida de tomar sus medicamentos y 22 (25%) NO.

Tabla 10: Frecuencia sobre si es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación, los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
Si	59	68%
No	28	32%
TOTAL	87	100%

Fuente: Test Morisky-Green-Levine.

Figura 10: Frecuencia sobre si es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación, los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



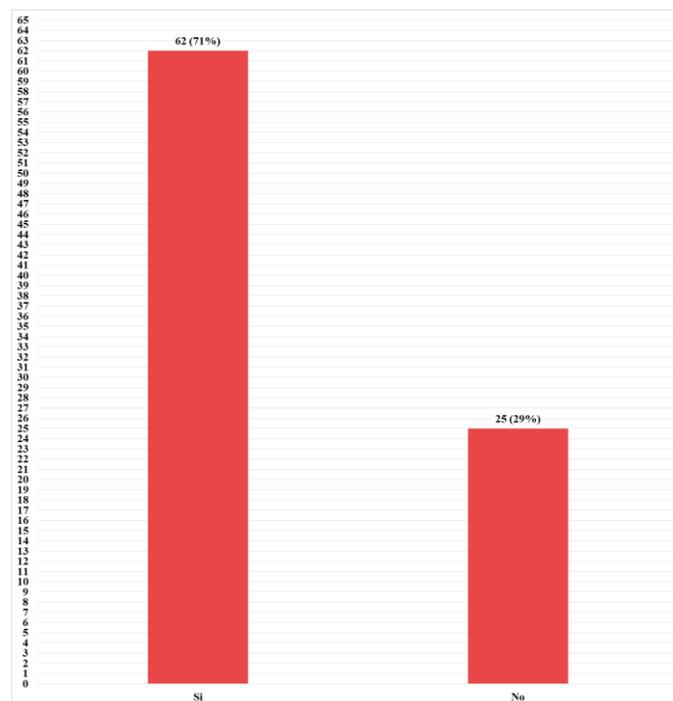
Interpretación: La tabla 10 y la figura 10 nos muestran que 59 (68%) SI es descuidado con la hora de su medicación y 28 (32%) NO.

Tabla 11: Frecuencia sobre si cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar sus medicamentos?, los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%
Si	62	71%
No	25	29%
TOTAL	87	100%

Fuente: Test Morisky-Green-Levine.

Figura 11: Frecuencia sobre si cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar sus medicamentos?, los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



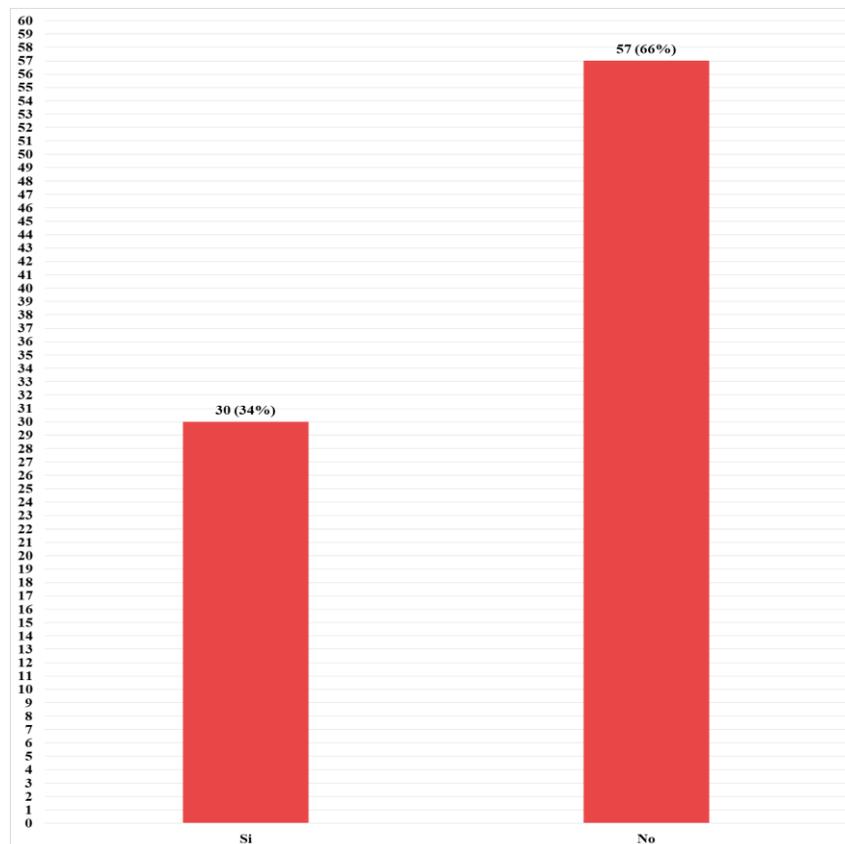
Interpretación: La tabla 11 y la Figura 11 nos muestran que 62 (71%) SI deja de tomar sus medicamentos si se encuentra bien y 25 (29%) NO.

Tabla 12: Frecuencia sobre si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar sus medicamentos?, los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.

	RESPUESTAS	%	
	Si	30	34%
	No	57	66%
	TOTAL	87	100%

Fuente: Test Morisky-Green-Levine.

Figura 12: Frecuencia sobre si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar sus medicamentos?, los pacientes hipertensos del Centro de Salud San Luis-2021.



Interpretación: La tabla 12 y la figura 12 nos muestran que 57 (66%) NO deja de tomar sus medicamentos si se siente mal y 30 (34%) SI.

V. Discusión

Las características poblacionales de nuestra muestra fueron de sexo masculino en mayor proporción (60%), de edades mayoritariamente entre 41 y 50 años (56%) con valores de presión arterial consideradas no controladas: 140/90 mmHg (60%) que acudieron a controles en un total de ocasiones entre 10 y 20 veces (43%), con tiempo de enfermedad de entre 6 y 10 años (51%) y poli terapia farmacológica en 64% de ellos.

Con respecto a la evaluación del nivel de adherencia en nuestra población, se evidenció que el 75% de nuestra población olvida u olvidó en algún momento de su enfermedad tomar su medicación indicada, así mismo refieren que el 71% de ellos deja de tomar la medicación cuando encuentra una mejoría relativa a su estado de salud lo que determina una baja adherencia al tratamiento farmacológico.

En el estudio realizado por Agamez Paternina en Cuba en el 2019, el cual tuvo como objetivo identificar factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, observamos que, el 71.73% de su población fue de sexo masculino y no presentaron buena adherencia al tratamiento, de esta muestra, el 60% tenía poli terapia farmacológica. En coincidencia con nuestro estudio, donde hallamos que el 60% de nuestra población fue de sexo masculino y el 64% de nuestra muestra también tenía poli terapia farmacológica.

En el estudio realizado por Remuzgo en el 2019, se evidenció que el 64.1% de su población fue de sexo masculino, coincidentemente con nuestra población, pero a diferencia nuestra él encontró que el 41.7% de su muestra tenían la presión arterial controlada equiparable a un buen nivel de adherencia. En nuestro estudio encontramos un bajo nivel de adherencia al tratamiento, por tanto, un mal control de la presión arterial (60%). Además, el grupo poblacional mayoritario en el estudio de Remuzgo fue de

mayores de 60 años, en el nuestro el 56% de población fue de edades de entre 41 y 50 años.

Encontramos diferencia con respecto al grupo poblacional con el estudio realizado por Díaz Molina en el 2018 pues aquí se encontró mayoritariamente personas de sexo femenino, sin embargo, coincidimos en que la mayor parte de estos pacientes tienen poli terapia farmacológica y el nivel de adherencia es baja (30.4%)

Con el estudio realizado por Jaramillo en el 2018 diferimos con la característica de la población pues él encontró que el 68.8% de su muestra fueron de sexo femenino, por el contrario, en nuestra población al menos el 60% fue de sexo masculino. Coincidimos en que la adherencia al tratamiento farmacológico fue baja.

VI. Conclusiones

Podemos concluir, en base a las respuestas obtenidas de nuestro instrumento, que el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis fue bajo, teniendo actitudes como abandono del tratamiento ante mejoría relativa del estado de salud y olvidos frecuentes de toma de medicamentos.

Se concluye además que, el control de los niveles de presión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Sal Luis fue malo, evidenciándose valores de 140/90 mmHg en un 60%.

Se puede concluir que existe una prevalencia en el sexo masculino en cuanto a la cantidad de pacientes mayoritarios de nuestra investigación, así como también que el rango de edades es de 41 a 50 años los pacientes evaluados en base a lo obtenido.

Observamos además que tanto en nuestro estudio como en otros se encontró que la mayor parte de pacientes que tienen poli terapia farmacológica tienen además una mala adherencia al tratamiento farmacológico, lo que nos lleva a concluir que es un factor fuertemente asociada a la baja adherencia al tratamiento y al mal control de la hipertensión arterial.

VII. Recomendaciones

Fomentar e implementar la creación de más estrategias de intervención con mensajes o frases para buscar conciencia sobre esta enfermedad y la necesidad de un control adecuado de la misma, informando a la población sobre las complicaciones crónicas que se pueden presentar si no se maneja adecuadamente. Esto con el objetivo de concientizar a los pacientes y familiares a tomar con mayor responsabilidad el tratamiento de su enfermedad, pues se ha visto con el estudio realizado que muchos de ellos toman su enfermedad a la ligera al no presentar gravedad de su estado de salud.

Se pudo observar que la mayoría de los pacientes no presentaba un adecuado control de la presión arterial y parte de ello motivado por no cumplir con el tratamiento. Por lo cual se recomendaría promover más servicios de farmacia implementados en los centros de salud en el nivel primario, como un servicio más cotidiano para que así las personas con este tipo de enfermedad puedan, en primer lugar, aprender a identificarla en el momento oportuno y las personas que ya lo sufren de hace muchos años puedan llevar un control adecuado ya que algunos de ellos mencionaban que no contaban con el instrumento de medición o no tenían un lugar cercano en donde poder realizarse este tipo de controles es por ello que se recomendaría implementar el control de la presión arterial de manera más continúa quizás en pequeñas campañas de salud.

Se recomienda realizar más estudios ya que en la población realizada no se presentaban una adecuada adherencia al tratamiento comenzando por la poca responsabilidad de los pacientes Al momento de sus controles y de la toma de su medicación.

VIII. Referencias

- Adler AJ, Prabhakaran D, Bovet P, Kazi DS, Mancia G, Mungai-Singh V, et al. (2015). Reducing cardiovascular mortality through prevention and management of raised blood pressure: a World Heart Federation Road Map. *Glob Heart*; 10: 111–22.
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al; (2008). HYVET Grupo de Estudio. El tratamiento de la hipertensión en pacientes de 80 años de edad o más. *N Engl J Med* ; 358 (18):1887-1898
- Boggia J, Hansen T, Asayama K, Luzardo L, Li Y, Staessen J. (2011). White-coat Hypertension on Automated Blood Pressure Measurement Implications for Clinical Practice. *Eur J Cardiovasc Med*;1:17-21.
- E.L, Hansen TW, Li Y, (2011). Role of the nighttime blood pressure. *Hypertension*; 57:3-10.
- Escobar C.; Sotris P.; Peruga A.; Silva N.; Vives A.; Robles S. (2000). “Mitos sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en América latina”. *Salud Pública de México*. 42: 56-64 4.
- Fodor G. (2005). “Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international Central-European Study”. *Journal of Hypertension*. 23:1261-1266
- Gosse P, Lasserre R, Minifiec, Lemetayer P, Clementy J. (2004). Blood pressure surge on rising. *J Hypertens*; 22(6):1113–8. 41.
- Haynes, R.B. (1978). Introducción. In: “Compliance in health care”. Johns Hopkins Press, Baltimore, MD, pp. 1-18.

- Homedes N.; Ugalde A. (1994), “¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? *Boletín Oficina Sanitaria Panamá*. 116:491-517.
- Ingaramo R. (2005). “Estudio Nacional sobre la adherencia al Tratamiento (ENSAT)”. *Revista Argentina Cardiología*. 34: 104-111.
- Instituto Nacional de estadística e Informática. (2016). PERÚ: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Lima – Perú.
- Kario K, Pickering Tg, Umeda Y, Hoshide S, Hoshide Y, Morinari M, et al. (2003). Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives: a prospective study. *Circulation*; 107:1401–6.
- Kunstmann S. (2005). “Epidemiología de la hipertensión arterial en Chile”. *Revista médica Clínica Las Condes* 16:44-47.
- Kyngas H.; M. Duffy T. Kroll. (2000). “Conceptual Analysis of compliance”. *Journal of Clinical Nursing* 9:5-12.
- Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. (2014). Hypertension among older adults in low- and middleincome countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*; 43(1):116-28
- Masias I., (1998). “Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Presión Arterial”. Ministerio de salud Pública, República de Cuba 6-7
- Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM. (2016). Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*; 134(6):441-50.

- Mónge N.J. 2010. Cardiovascular Outcomes Investigators. Prognostic value of the morning blood pressure surge in 5645 subjects from 8 populations. *Hypertension*; 55:1040.
- Roessler E. 2005. “Enfoque del paciente hipertenso por el médico no especialista”. *Boletín Oficial Sociedad Chilena de hipertensión*, 14:5.15.
- Ruiz Mori E, Ruiz M H, Guevara Gonzales L, Ortecho Arias H, Salazar Rojas R, et al. .2015. Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. *Horiz Med*; 15(3): 26-33
- Sarki AM, Nduka CU, Stranges S, Kandala NB, Uthman OA. 2015. Prevalence of Hypertension in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*; 94(50):e1959
- Sorlie PD, Allison MA, Avilés-Santa ML, Cai J, Daviglius ML, et al. 2014. Prevalence of hypertension, awareness, treatment, and control in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Am J Hypertens*;27(6):793-800.
- World Health Organization. 2017. WHO | Cardiovascular diseases (CVDs).
- World Heart Federation. 2015. Cardiovascular disease risk factors.

IX. Anexos

Anexo A: matriz de consistencia

Título “Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Centro de Salud San Luis- 2021”		
Problema	Objetivo	Hipótesis
<p>Problema general: ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021</p>	<p>Hipótesis general H1: El nivel adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021 es alto. H0: El nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021 es bajo.</p>
<p>Problema específico ¿Cuál es el control en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021? ¿Cuál es el control de la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021?</p>	<p>Objetivo Especifico Determinar el control en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021 Describir el control de la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021</p>	<p>Hipótesis Específica H1: El control en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021 es adecuado. H0: El control en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021 es inadecuado. H1: El control de la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021 la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021 es bueno. H0: El control de la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud San Luis-2021 es malo.</p>

Anexo B: consentimiento informado

Yo _____ he sido informado (a) por la interna de Medicina Muñoz Arenas, Melissa, de la Universidad Nacional Federico Villarreal, que desarrolla un trabajo de investigación en el Centro de Salud San Luis, 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 se utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

Fecha:.....

FIRMA

Anexo C: instrumento de recolección de datos

Marque con un X o responda las siguientes preguntas:

1. DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

1. Sexo	a) Femenino b) Masculino
2. Edad	a) 18 a 30 b) 31 a 40 c) 41 a 50 d) 51 a 60 e) 61 a mas
3. Presión arterial	
4: Número de controles	
5. Esquema terapéutico utilizado	
6. Comorbilidad	

2. TEST MORISKY-GREEN-LEVINE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA?		
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomarlos?		
4. Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomarlas?		
ADHERENTE	SI	NO
RESULTADO		