

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

**Facultad de Ciencias de la Salud**

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTI  
HIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE  
EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" -  
CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014

TESIS

Presentada por:

**Bach. Jeanneth Zulema Arcaya Canqui**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTI HIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS  
AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL  
"ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO  
DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014**

**TESIS**

Presentada por:

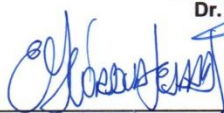
**BACH. JEANNETH ZULEMA ARCAYA CANQUI**

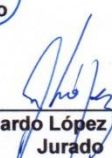
Para optar el Título profesional de:


**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Claudio Ramírez Atencio**  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
**Med. Eyner Córdova Tejada**  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Eduardo López Villanueva**  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
**Med. Héctor Apaza Coronel**  
Asesor

#### DEDICATORIA:

El presente trabajo está dedicado a mi familia en especial a mi madre, por su incondicional apoyo que ha permitido cumplir con cada una de mis metas.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al término de una grandiosa etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este anhelado objetivo.

A mi familia quienes con su apoyo incondicional ayudaron a terminar esta larga carrera; a mis hermanos gracias por sus enseñanzas, consejos y fuerza, los cuales constituyen la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional; inculcándome su ejemplo, por ser grandes maestros y buenos amigos.

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1

### CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	2
1.2. ANTECEDENTES	5
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	6
1.5. OBJETIVOS	7
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	7
1.5.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	7
1.6. HIPÓTESIS	9

### CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES	10
2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	13

### CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	27
3.3. MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	29
3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	32
3.5. VARIABLES	34
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	36

## **CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS**

<b>4.1 RESULTADOS</b>	<b>39</b>
<b>4.2 DISCUSIÓN</b>	<b>58</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>73</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>75</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO</b>	<b>82</b>

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en los consultorios externos de medicina interna y cardiología del Hospital Alberto Sabogal. Estudio analítico, observacional, transversal y de salud pública, incluyó 214 pacientes, de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el Test de Morisky-Green (M y G) y el Test de Bonilla y De Reales. El 58,4% fueron varones y el 41,6% mujeres, un 67,3% casados y un 7,5% solteros, el 60,7% cuentan con estudios secundarios y el 6,1% con primaria, el 39,3 % tienen entre 50 y 59 años, el 47,7% son jubilados. La tasa de pacientes adheridos fue de 32,2 % y 35 % según el test de M y G y el test de Bonilla y De Reales, y la de pacientes no adheridos 67,8 % y 64,5 % respectivamente. El grupo de factores relacionados con el proveedor y la terapia están asociados estadísticamente con la no adherencia en los pacientes atendidos durante el mes de diciembre. Cuando el proveedor de salud no cumple su función en forma adecuada, el paciente tiene 5 veces más probabilidad de no adherirse al tratamiento y cuando el grupo de factores relacionados con la terapia falla el paciente tiene 8 veces más.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, No adherencia, Test de Morisky-Green y el Test de Bonilla y De Reales.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to determine the factors associated with nonadherence to antihypertensive treatment in patients treated in outpatient internal medicine and cardiology Alberto Sabogal Hospital. Analytical, observational, transversal and public health, study included 214 patients, according to inclusion and exclusion criteria. Test Morisky-Green (M and G) and the Test of Bonilla and De Reales was used. 58.4% were male and 41.6% female, 67.3% married and 7.5% single, 60.7% have secondary education and 6.1% primary, 39, 3% are between 50 and 59 years, 47.7% are retired. The rate of adherent patients was 32.2% and 35% depending on M and G test and test Bonilla and De Reales, and patients do not adhere 67.8% and 64.5% respectively. The group of factors related to the supplier and therapy are statistically associated with nonadherence in patients seen during the month of December. When the health care provider not doing its job properly, the patient has 5 times more likely not to adhere to treatment and when the group of factors related to therapy fails the patient has 8 times.

**Keywords:** Risk factors, not adherence, Morisky-Green test and test Bonilla and De Reales.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, dentro de este gran grupo de enfermedades, la hipertensión arterial es una de las patologías de mayor relevancia en atención primaria, puesto que causa alrededor de 7,5 millones de muertes a nivel mundial, constituyéndose en uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Una hipertensión mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente y su familia ostensiblemente, por lo que la adherencia al tratamiento anti hipertensivo es uno de los pilares de investigación y acción dentro de la atención primaria. Considerando a la adherencia terapéutica como un proceso complejo donde el paciente, de manera activa y voluntaria, junto con el equipo de salud, se comprometen en lograr producir el resultado terapéutico deseado.

El manejo integral de la enfermedad tiene como objetivo establecer metas de tratamiento tanto en el ámbito no farmacológico como en el farmacológico, siendo esencial para ello analizar los factores relacionados con la falta de adherencia, con lo cual se logrará encaminar de mejor manera el esquema terapéutico integral de los pacientes y garantizar así su cumplimiento.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Se define la adherencia al tratamiento como: "una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el equipo de salud, con el fin de producir el resultado terapéutico deseado", esta definición fue propuesta por Di Matteo y Di Nicola en 1982. (1)

La relevancia de la hipertensión en la actualidad no reside en las características que presenta como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades altamente letales; por lo tanto, controlarla significa disminuir la morbimortalidad. (1)

Por lo tanto diversos factores moduladores están implicados en producir en los pacientes una fuerza interna que determina cierta conducta, o sea, a tomar acciones en lo referente a su autocuidado. Éste hace referencia a todas las acciones que las

personas practican en forma voluntaria encaminadas a mantener la salud y el bienestar en el contexto de la vida cotidiana y de manera especial cuando se afronta alguna enfermedad crónica.

(2)

Dado que la adherencia al tratamiento es un término que hace referencia a una conducta establecida o un cambio de conducta que se ajusta a una recomendación de salud y/o terapéutica, proporcionada por el profesional de la salud, existen diversos factores que intervienen en su progresión, como son: socioeconómicos, relacionados con el paciente, relacionados con el equipo de salud y relacionados con el régimen terapéutico. (3)

Según la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es sólo del 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria.(1)

A nivel nacional, Gamboa encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 23,7% con predominio de varones y el 45% de los pacientes controlaban su presión arterial. (5)

En un estudio realizado por Carhuallanqui, Diestra-Cabrera et.al. la tasa de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo oscila entre 37 y 52%.<sup>(6)</sup>

Según estudio realizado en Colombia por STELLA IGNACIA ORTEGA OVIEDO 2010, dentro de los factores que influyen en el comportamiento de cumplimiento en un grupo de pacientes diagnosticados de hipertensión estaban la falta de conocimiento de la enfermedad y el desconocimiento de los riesgos potenciales por cifras elevadas de tensión arterial, la importancia del tratamiento farmacológico y de su continuidad y sus efectos terapéuticos y adversos, lo cual conllevaba al abandono del tratamiento o a la falta de cumplimiento adecuado del mismo.<sup>(4)</sup>

A nivel local, el número de pacientes atendidos en el hospital Alberto Sabogal Sologuren con diagnóstico de hipertensión arterial (I10.0) al mes, en los primeros 6 meses del año 2014, en los consultorios externos de cardiología y medicina interna es de 450, según la base de datos del servicio de estadística del hospital.

## 1.2 ANTECEDENTES

En Cuba, en el año 2008, se realiza un estudio donde se evidencia que los pacientes de sexo masculino, con menor escolaridad, con soledad, con uso de terapia combinada se adhieren menos al tratamiento. (1)

Un estudio realizado en Chile durante el año 2006, halló que ocho de los 23 factores estudiados fueron predictores de cumplimiento: el género, la actividad profesional, el tabaquismo, la modificación de los comportamientos de salud, dificultades para tomar medicamentos, la percepción de la efectividad del tratamiento, el conocimiento y la percepción acerca de la hipertensión. (14)

En un estudio realizado en el hospital Cayetano Heredia, en el año 2010, se encontró que el 69,9% de los pacientes eran mujeres, el 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ( $p < 0,05$ ). (18)

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo descrito anteriormente se plantea la siguiente interrogante:  
¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTI HIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL “ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN” – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.?

### **1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de gran importancia, tanto por su incidencia que va en aumento, como por el impacto sobre la salud de la población, además como enfermedad crónica exige la adherencia al tratamiento de una manera permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. A pesar de ello, la literatura menciona que la adherencia al tratamiento es muy pobre en los países en desarrollo, lo que conlleva a una gran morbimortalidad y altos costos sociosanitarios para el país.

Por lo mencionado anteriormente es de gran importante conocer aquellos factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, para así poder abordar mejor el problema.

Además cabe mencionar que en el Perú existen escasas referencias sobre los factores que influyen de manera negativa en la adherencia al tratamiento.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti hipertensivo en los pacientes atendidos ambulatoriamente en el HOSPITAL NACIONAL “ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN” – callao durante el mes de diciembre del año 2014.

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Determinar las características socio demográficas (edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel de instrucción) de los pacientes atendidos ambulatoriamente en el Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” Callao durante el mes de diciembre del año 2014.
- b) Determinar el grado de adherencia de los pacientes atendidos ambulatoriamente en el Hospital Nacional

“Alberto Sabogal Sologuren” Callao durante el mes de diciembre del año 2014.

- c) Determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y la no adherencia, en los pacientes hipertensos atendidos ambulatoriamente en el Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” Callao durante el mes de diciembre del año 2014.
- d) Determinar la asociación entre los factores relacionados con el equipo de salud y la no adherencia, en los pacientes hipertensos atendidos ambulatoriamente en el Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” Callao durante el mes de diciembre del año 2014.
- e) Determinar la asociación entre los factores relacionados con el régimen terapéutico y la no adherencia, en los pacientes hipertensos atendidos ambulatoriamente en el Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” Callao durante el mes de diciembre del año 2014.
- f) Determinar la asociación entre los factores relacionados con el régimen terapéutico y la no adherencia, en los pacientes hipertensos atendidos ambulatoriamente en el

Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” Callao  
durante el mes de diciembre del año 2014.

## **1.6 HIPÓTESIS**

Los factores relacionados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo (socioeconómicos, los relacionados con el régimen terapéutico, con el paciente y con el equipo de salud) están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes atendidos ambulatoriamente en el Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” Callao durante el mes de diciembre del año 2014.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

##### **2.1.1. INTERNACIONALES**

Según la OMS, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%, suponiendo que la adherencia terapéutica deficiente en países en desarrollo es aún mayor. En China el 43 % de los pacientes hipertensos se adhieren al tratamiento y en estados unidos el 51 %. (12)

En un estudio descriptivo transversal, realizado en Cuba, en el año 2008, sobre factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo, 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. (1)

Un estudio observacional, realizado en Chile durante el año 2006, en cuanto a factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos, halló que ocho de los 23 factores estudiados fueron predictores de cumplimiento: el género, la actividad profesional, el tabaquismo, la modificación de los comportamientos de salud, dificultades para tomar medicamentos, la percepción de la efectividad del tratamiento, el conocimiento y la percepción acerca de la hipertensión. (14)

En el estudio analítico-transversal, realizado en España, en el año 2007, indican una fuerte asociación entre informes de creencias en forma de síntomas e informes de falta de adherencia al tratamiento. (15)

En un estudio descriptivo transversal de Rodríguez, Molero y Acosta, realizado en Cuba, durante el año 2004, en una muestra de 8862 pacientes se encontró que el 31,70% no seguía regularmente el tratamiento y, entre las variables asociadas a la falta de adherencia, se encontró la «falta de

síntomas» en el 28,85% de los pacientes no adherentes.  
(16)

### **2.1.2. NACIONALES Y LOCALES**

En un Estudio analítico transversal, realizado en el año 2007, en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú “Augusto B. Leguía”, se halló que la edad promedio es de  $63.5 \pm 12.2$  años, la mayoría son del sexo masculino (54.5%), El 50% recibe monoterapia, el 43% utiliza dos fármacos y el 7% tres fármacos. (17)

En un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, realizado en el hospital Cayetano Heredia, en el año 2010, se encontró que el 69,9% de los pacientes eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% de los pacientes tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. 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 ( $p < 0,05$ ). Concluyendo que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. (18)

## **2.2 DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La hipertensión arterial (HTA) es definida como la elevación de las cifras de presión arterial: presión arterial sistólica de 140 mmHg ó superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg ó superior, en personas que no están tomando medicación anti hipertensiva. La hipertensión arterial, es una enfermedad y factor de riesgo cardiovascular, que afecta a la población y está sometida a características particulares según la condición de cada individuo, por lo que el plan terapéutico consiste en seleccionar el o los medicamentos precisos, indicarlos en las dosis diarias y distribución horaria más beneficiosa de acuerdo con las peculiaridades individuales en los aspectos biopsicosociales e imponer también las medidas de régimen no farmacológico; es decir, la educación al paciente en su autocuidado para que éste, por decisión propia en acuerdo con el equipo de salud, opte por estilos de vida más saludables. (18)

## **2.3 DEFINICIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona - tomar el medicamento, seguir un régimen

alimentario y ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.” (4)

Lo anterior implica que la adhesión al tratamiento es un asunto comportamental que requiere compromiso y responsabilidad de la persona en el cumplimiento de las medidas dictadas por el personal médico, con el objetivo de mantener o recobrar su salud y bienestar. (4)

#### **2.4 FACTORES MODULADORES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTI HIPERTENSIVO.**

Los factores que aparecen como determinantes de la adherencia terapéutica, hasta el momento pueden ser organizados por dimensiones así: Primera dimensión: Factores socioeconómicos; segunda dimensión: Factores relacionados con sistema y equipo de salud; tercera dimensión: Factores relacionados con la terapia, y cuarta dimensión: Factores relacionados con el paciente. (6)

#### **2.4.1 PRIMERA DIMENSIÓN: Factores socioeconómicos**

Como factores socioeconómicos relevantes se ha descrito que existe una mayor adherencia terapéutica (68%) cuando existe la disponibilidad económica para costearse los medicamentos. En países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir; lo cual trae consigo un deterioro progresivo de la salud del paciente, quien, en caso de ser el sustento del hogar, entrará en un ciclo desalentador de pobreza – enfermedad.

(12)

#### **2.4.2 SEGUNDA DIMENSIÓN: Factores relacionados con el Equipo y Sistema de Salud.**

Está comprobado que una buena relación proveedor paciente puede mejorar la adherencia terapéutica; lo cual incluye aspectos importantes como la capacidad de médicos y enfermeras de enseñar con palabras sencillas y la

capacidad de motivar a los pacientes a conseguir la adherencia terapéutica. (12)

“La dificultad de comunicación entre el profesional y el paciente, ya demostrada, aliada a la demora en el atendimento, engendra una situación incómoda e inhibidora al paciente, causando la desmotivación para regresar al próximo control”, por ejemplo; lo cual es contraproducente al momento de intentar conseguir una mayor adhesión a la terapéutica por parte de este. (8)

#### **2.4.3 TERCERA DIMENSIÓN: Factores relacionados con la terapia**

La presencia o no de síntomas es clave para la adherencia al tratamiento. El paciente que experimente un alivio inmediato de los síntomas al adherirse a la terapéutica, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que un paciente con enfermedad asintomática (como la hipertensión) no dispone de claves internas para la acción lo cual no refuerza la acción de adherencia al tratamiento. (9)

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos y los efectos colaterales. (12)

#### **2.4.4 CUARTA DIMENSIÓN: Factores relacionados con el paciente**

Los factores relacionados con el paciente representan el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el no percibir la necesidad de tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; el temor de la dependencia; el sentirse estigmatizado por la enfermedad entre otros. (12)

Constituyen los factores que menor influencia presentan en la no adherencia al tratamiento (25%). (15)

## **2.5 MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

En la práctica clínica la medición del cumplimiento presenta numerosas dificultades, y no es fácil ni exacta. Las medidas directas (medida en sangre u observación directa de la ingesta) no son viables excepto en algunos ensayos clínicos y con algunos fármacos determinados. (3) Los métodos de medida del incumplimiento pueden ser:

### **2.5.1 MÉTODOS DIRECTOS**

Los métodos directos cuantifican el fármaco, alguno de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos, en alguno de los fluidos orgánicos del hipertenso, y su nivel indica si el hipertenso los tomó o no, pero no son aplicables en la práctica clínica diaria. (3, 32)

Son objetivos, específicos, fiables, costosos, complejos, limitados a ciertos fármacos, exactos y útiles en ensayos clínicos. En atención primaria tienen poca utilidad ya que son

caros, se disponen para un escaso número de fármacos y necesitan de una infraestructura sofisticada. (3, 32)

En general, usados adecuadamente, y sobre todo con fármacos de vida media algo larga, permiten, además de valorar el cumplimiento, ajustar la prescripción para conseguir rangos terapéuticos óptimos. (3, 32)

Es evidente que los métodos directos constituyen, en teoría, la forma perfecta e ideal de controlar la adherencia de un paciente a su medicación. Sin embargo, presentan problemas adicionales, como:

- Ser incómodos e invasivos para el paciente
- Pueden aparecer falsos resultados debido a que se refieren a la última dosis tomada y no al régimen terapéutico.
- La concentración encontrada en un fluido biológico puede variar por factores diferentes al cumplimiento (por ejemplo, la inducción del metabolismo por otros medicamentos, hábitos o diferencias genéticas). Ejemplo de ellos son las determinaciones de digoxina, teofilina, derivados del gemfibrozilo. (32)

## 2.5.2 MÉTODOS INDIRECTOS

Los métodos indirectos son métodos menos fiables que los directos, más sencillos, baratos y reflejan la conducta de los pacientes, por lo que son muy útiles en atención primaria. (32)

Se los puede caracterizar como no objetivos, inespecíficos, válidos para cualquier tipo de fármaco y tienden, en general, a sobreestimar el cumplimiento, con lo que sólo se identifica una parte de los incumplidores. (32)

### **Los principales métodos indirectos son:**

1. Recuento de comprimidos: consiste en contar la medicación que le queda al paciente en el envase, considerando el tiempo transcurrido desde la fecha de prescripción hasta la fecha de recuento. (32)

El cálculo se realiza mediante la fórmula: % de cumplimiento = (número total de comprimidos consumidos / número de comprimidos que debía haber consumido) x 100. Una de sus limitaciones es que aunque el método informa globalmente de cómo se ha realizado el cumplimiento en un período de tiempo dilatado, no detalla cómo se produce el mal cumplimiento. (32)

2. Test de Haynes-Sackett: Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, ya que posiblemente contestaría que sí se la toma. Por tanto, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, donde al paciente se le comenta la dificultad que tienen los enfermos de tomar la medicación mediante la siguiente frase: “la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos”, posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos? Si responde que no, es posible que no diga la verdad por diversas causas. Entonces se insistirá preguntando “¿cómo los toma?”. (3)

3. Test de Morisky-Green-Levine: Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen

cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor: (no/si/no/no) (3)

- “¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?”
- “¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?”
- “Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?”
- “Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?”

El test de Morisky-Green-Levine, esta validado únicamente para patologías crónicas como la hipertensión arterial, y es considerado uno de los mejores métodos indirectos para medir la adherencia al tratamiento pues presenta una alta especificidad y un alto valor predictivo positivo, esto hace posible identificar de la mejor manera a grupos de riesgo de incumplimiento del tratamiento en atención primaria, pues es un cuestionario corto, de fácil aplicación, con pocos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. (32)

4. Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad): son preguntas sencillas que analizan el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la patología padecida representa un mayor grado de cumplimiento. En este sentido, el nivel socio-cultural, y en ancianos las funciones cognitivas son, a su vez, elementos determinantes del buen cumplimiento. El Test de Batalla para la hipertensión arterial es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las respuestas y cumplidor si responde correctamente a las 3 preguntas siguientes: (32)

- "¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?"

- "¿Se puede controlar con dieta y medicación?"

- "Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada".

5. Encuesta "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en

pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, elaborado por Bonilla y De Reales, el cual en su cuarta versión cuenta con 24 preguntas, que responden bajo los siguientes parámetros: Nunca/ A veces / Siempre

Este es un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, cuenta con 4 dimensiones, en las cuales las preguntas están divididas de la siguiente manera:

<b>I dimensión</b>	
<b>Factores socioeconómicos</b>	
1	Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación).
2	Puede costearse los medicamentos
3	Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.
4	Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.
5	Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.
6	Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.
<b>II dimensión</b>	
<b>Factores relacionadas con el proveedor: sistema y equipo de salud</b>	

7	Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.
8	Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.
9	Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.
10	Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.
11	En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos.
12	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.
13	El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.
14	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.
<b>III dimensión</b>	
<b>Factores relacionados con la terapia</b>	
15	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.
16	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.
17	Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.
18	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.
19	Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.
20	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.
<b>IV dimensión</b>	
<b>Factores relacionados con el paciente</b>	

21	Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.
22	Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.
23	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.
24	Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.

La última versión cuenta con puntos de corte porcentuales, para su aplicación en esta investigación se procedió a determinarlos de acuerdo al número actual de ítems (24) y el máximo y mínimo valor de la escala licker usada de 1 – 3 con las siguientes puntuaciones: 1=Nunca, 2=A veces, 3=Siempre

Además dentro del instrumento existen 7 ítems que se comportan como negativos (4, 15, 16, 17, 18, 19, 20) que se interpretan de la siguiente manera: nunca= 3, a veces=2, siempre=1

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente es un estudio analítico, observacional, transversal, prospectivo y de salud pública, realizado mediante el análisis de la información obtenida de los pacientes atendidos ambulatoriamente en los consultorios externo de cardiología y medicina interna del Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” Callao durante el mes de diciembre del 2014.

#### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO**

##### **3.2.1 POBLACIÓN**

La población está constituida por una muestra representativa de todos los pacientes que fueron atendidos en los consultorios externos de cardiología y medicina interna del Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” Callao durante el mes de diciembre del año 2014. Los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación:

### **3.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes mayores de 18 años que acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes diagnosticados de hipertensión arterial en un tiempo mayor de 6 meses, que pueden o no tener complicaciones propias de la enfermedad u otras comorbilidades.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con enfermedad psiquiátrica o limitación física.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión secundaria.

### **3.2.3 MUESTRA**

De acuerdo a la base de datos del servicio de estadística del hospital, el promedio mensual del número de atenciones de paciente con diagnóstico de hipertensión arterial primaria (I10.0) en los consultorios externos de cardiología y medicina interna es de 450. Para el cálculo de una muestra representativa se usa una fórmula para una población finita:

$$n = \frac{Nz^2 p q}{d^2 x (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

Donde n = muestra; N= tamaño de la población; N = 450; z: 1,96; p=0,5; q=1-p=0,5; d=0.05

$$n = \frac{450 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0.05)^2 \times (450-1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} = 207$$

Según la formula nuestra muestra representativa está formada por 207 pacientes, en base a esto se realizó una distribución de pacientes donde se pudo obtener 225 que al aplicar los criterios de exclusión se recolectaron 214 encuestas.

### 3.3 MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el estudio se utilizó un test para evaluar primero la adherencia al tratamiento antihipertensivo y en segundo lugar una encuesta que nos permite identificar los factores de riesgo ya catalogados en cuatro dimensiones.

El primero es un test diseñado por Morisky-Green Levine el cual valoró si el paciente es adherente o no al tratamiento

antihipertensivo mediante cuatro preguntas, que son las siguientes:

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?

El paciente se consideró como adherente si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. (ANEXO N° 1)

En segundo lugar se aplicó la encuesta “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, instrumento elaborado por Bonilla y De Reales (ANEXO N° 2), el cual en su cuarta versión cuenta con 24 preguntas, estas fueron contestadas bajo los siguientes parámetros: Nunca/ A veces / Siempre

Este es un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, en su versión 4 cuenta con 4 dimensiones, en las cuales las preguntas están divididas de la siguiente manera:

- Dimensión I: Factores socioeconómicos.
- Dimensión II: Factores relacionadas con el proveedor: sistema y equipo de salud.
- Dimensión III: Factores relacionados con la terapia.
- Dimensión IV: factores relacionados con el paciente.

En cuanto a la recolección de datos, se encuestaron diariamente a 9 pacientes en los consultorios de medicina interna y cardiología. En el primer día por la mañana se encuestó a 3 pacientes en el consultorio de cardiología y a 2 pacientes en el consultorio de medicina interna, por la tarde se encuestó a 2 pacientes del consultorio de cardiología y a 2 en el de medicina interna. En el segundo día por la mañana se encuestó a 2 pacientes en el consultorio de cardiología y a 3 en el de medicina interna, por la tarde se encuestó a 2 pacientes en el consultorio de cardiología y a 2 en el de medicina interna. En el tercer día se encuestó a 2 personas en el consultorio de cardiología y 1 en el de medicina interna, por la tarde se encuestó a 3 personas en el consultorio de cardiología y 2 en el de medicina interna, en los días siguientes se continuó con la misma secuencia.

Se realizó esta distribución de recolección de datos para poder obtener el número adecuado de pacientes que requiere nuestra muestra representativa.

Consultorios		Primer día	Segundo día	Tercer día	Cuarto día
Cardiología	M	<b>3 pacientes</b>	2 pacientes	2 pacientes	2 pacientes
	T	2 pacientes	2 pacientes	<b>3 pacientes</b>	2 pacientes
Medicina interna	M	2 pacientes	<b>3 pacientes</b>	2 pacientes	2 pacientes
	T	2 pacientes	2 pacientes	2 pacientes	<b>3 pacientes</b>
TOTAL		9 pacientes	9 pacientes	9 pacientes	9 pacientes

### 3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para poder procesar los datos se consideró que la última versión de la encuesta de Bonilla y De Reales cuenta con puntos de corte porcentuales, para su aplicación en esta investigación se procedió a determinarlos de acuerdo al número actual de ítems (24) y el máximo y mínimo valor de la escala liker usada de 1 – 3 con las siguientes puntuaciones: 1=Nunca, 2=A veces, 3=Siempre.

SITUACION DE ADHERENCIA	PORCENTAJE
Situación de ventaja para adherencia	80-100%

Situación de riesgo a no adherirse	60- 79%
Situación de no adherencia	< 60%

Estos puntos de corte porcentuales también fueron aplicados a cada una de las cuatro dimensiones utilizando los valores de la escala liker ya mencionada, para ello se tuvo en cuenta que dentro del instrumento existen 7 ítems que se comportan como negativos (4, 15, 16, 17, 18, 19, 20) que se interpretan de la siguiente manera: nunca= 3, a veces=2, siempre=1 y 16 ítems que se comportan como, positivos (1, 2, 3, 7, 8, 21, 22, 23, 24, 27, 31, 47, 40, 49, 52, 53) que se interpretan de la siguiente manera: nunca= 1, a veces=2, siempre= 3. Posterior a haber hallado los valores de la escala porcentual para cada dimensión se agrupo la “situación de riesgo a no adherirse” y “situación de no adherencia” como un “SI” para factor de riesgo y “situación de ventaja para adherencia” como un “NO”.

Con la información obtenida se elaboró una base de datos, transfiriendo dicha información a un Software Estadístico donde las diferentes variables fueron tabuladas y representadas en cuadros de distribución de frecuencia, procediéndose al análisis estadístico mediante el odds radio, generándose un cuadro de

doble entrada donde se compara la presencia (“SI”) o ausencia (“NO”) del factor de riesgo con la presencia o ausencia de falta de adherencia, con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

Los resultados serán presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para su análisis e interpretación.

### **3.5 VARIABLES**

#### **3.5.1 INDEPENDIENTES: FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

##### **1. Datos generales del paciente:**

- Sexo
- Estado Civil
- Grado de instrucción
- Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial
- Edad
- Ocupación

##### **2. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos:**

- Dimensión I: Factores socioeconómicos
- Dimensión II: Factores relacionadas con el proveedor:  
sistema y equipo de salud
- Dimensión III: Factores relacionados con la terapia
- Dimensión IV: factores relacionados con el paciente

### **3.5.2 DEPENDIENTES.**

- Adherencia al tratamiento antihipertensivo

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Grupo de variables	Denominación	Variable	Indicador	Unidad/ Categoría	Escala
Datos generales del paciente	Sexo	Independientes	Genero	Hombre Mujer	Nominal
	Estado Civil		Estado civil	Casado Soltero Conviviente Viudo Divorciado	Nominal
	Grado de instrucción		Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario	Ordinal
	Tiempo de diagnóstico de hipertensión arteria		Años	>3 años <3 años	De razón
	Edad		Años	18 - 29 años 30 - 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años 60 - 69 años 70 - 79 años 80 - 89 años	De razón
	Ocupación		Ocupación	Empleado Público Empleado Privado Jubilado Desempleado	Nominal
! <b>dimensión</b> <b>Factores socioeconómicos</b>	disponibilidad económica de la familia	Independientes	Factores socioeconómicos	Nunca A veces Siempre	Ordinal
	costear medicamentos				
	Recursos económicos para trasladarse.				
	Cambios en la dieta por altos costos.				
	Leer información escrita sobre el manejo de su enfermedad.				
	apoyo familiar o allegados para cumplir su tratamiento				
	responden a sus inquietudes y				

<p align="center"><b>II</b> <b>dimensión</b> <b>Factores</b> <b>relacionadas</b> <b>con el</b> <b>proveedor:</b> <b>sistema y</b> <b>equipo de</b> <b>salud</b></p>	dificultades con respecto a su tratamiento	Independientes	Factores relacionadas con el proveedor: sistema y equipo de salud	Nunca A veces Siempre	Ordinal
	Control médico de su tratamiento				
	información sobre los beneficios de los medicamentos				
	Orientación sobre la forma de ajuste de horario de toma de medicamentos.				
	Comprensión ante falla en su tratamiento por parte de médico o enfermera.				
	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras comprensibles				
	El médico y la enfermera le dan explicaciones sobre beneficio de tratamiento				
	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios en sus hábitos				
	La ocupación dificulta el tratamiento				
<p align="center"><b>III</b> <b>dimensión</b> <b>Factores</b> <b>relacionados</b> <b>con la terapia</b></p>	distancias de su casa o trabajo a los consultorios				
	Dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.				
	Cuando mejoran sus síntomas,				

	usted suspende el tratamiento.	Independientes	Factores relacionados con la terapia	Nunca A veces Siempre	Ordinal
	Antecedentes de dificultades para cumplir tratamiento.				
	Costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.				
<b>IV dimensión factores relacionados con el paciente</b>	Convencido que el tratamiento es beneficioso y por ello sigue tomándolo.	Independientes	factores relacionados con el paciente	Nunca A veces Siempre	Ordinal
	Interés por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.				
	Importancia de seguir su tratamiento para mejorar su salud.				
	Responsable de seguir el cuidado de su salud.				
Falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo	Test de Morisky-Green Levine	Dependiente	Ausencia de adherencia al tratamiento	Si No	Nominal

## **CAPITULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados del estudio realizado en los pacientes atendidos ambulatoriamente en los consultorios externos de medicina interna y cardiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 1**

**Distribución de los pacientes según sexo**

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>FEMENINO</b>	89	41,6 %
<b>MASCULINO</b>	125	58,4 %
<b>TOTAL</b>	214	100,0 %

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

**INTERPRETACIÓN:** En el cuadro número de pacientes según sexo, el mayor porcentaje está representado por el sexo masculino 58,4% y un 41,6% por el sexo femenino.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS  
AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO  
SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES  
DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 2**

**Distribución de los pacientes según estado civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SOLTERO</b>	16	7,5 %
<b>CASADO</b>	144	67,3 %
<b>VIUDO</b>	33	15,4 %
<b>DIVORCIADO</b>	21	9,8 %
<b>TOTAL</b>	214	100 %

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En la presente tabla según el estado civil, el mayor porcentaje está representado por los casados con 67,3% siendo el menor porcentaje los solteros con un 7,5%, lo que nos indica que las dos terceras partes de la población estudiada está casada.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS  
AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO  
SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES  
DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 3**

**Distribución de los pacientes según grado de instrucción**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Primaria</b>	13	6,1 %
<b>Secundaria</b>	130	60,7 %
<b>Superior no universitaria</b>	40	18,7 %
<b>Superior universitaria</b>	31	14,5 %
<b>Total</b>	214	100,0

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACION: En el presente cuadro según el grado de instrucción, el mayor porcentaje cuenta con estudios secundarios con un 60,7% y el menor porcentaje tiene estudios en primaria con un 6,1%. Por lo que más de la mitad de la población cuenta con estudios secundarios.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS  
AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO  
SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES  
DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 4**

**Distribución de los pacientes según el tiempo de diagnóstico**

<b>TIEMPO DE DIAGNOSTICO</b>		
<b>AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Hasta los 3 años</b>	66	30,8 %
<b>Más de 3 años</b>	148	69,2 %
<b>TOTAL</b>	214	100,0 %

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En el presente cuadro de distribución del tiempo de diagnóstico, aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes tiene más de 3 años de diagnóstico.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS  
AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO  
SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES  
DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 5**

**Distribución de los pacientes según edad**

<b>EDADES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>40-49 años</b>	14	6,5 %
<b>50-59 años</b>	84	39,3 %
<b>60-69 años</b>	77	36,0 %
<b>70-79 años</b>	35	16,4 %
<b>80-89 años</b>	4	1,9 %
<b>Total</b>	214	100,0 %

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En el cuadro de distribución de pacientes según su edad, el mayor porcentaje está representado por los pacientes entre 50 y 59 años, siendo la menor población aquellos pacientes entre 80 y 89 años.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS  
AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO  
SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES  
DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 6**

**Distribución de los pacientes según ocupación**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Empleado publico</b>	76	35,5 %
<b>Empleado privado</b>	30	14,0 %
<b>Jubilado</b>	102	47,7 %
<b>Desempleado</b>	6	2,8 %
<b>Total</b>	214	100,0 %

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En el cuadro de distribución de los pacientes según su ocupación, el mayor porcentaje 47,7% son jubilado, seguido de empleado público 35% y el menor porcentaje 2,8% son desempleados.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 7**

**Distribución de los pacientes según su adherencia al tratamiento mediante el test de Morisky-Green**

<b>ADHERENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Si</b>	69	32,2 %
<b>No</b>	145	67,8 %
<b>Total</b>	214	100 %

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

**INTERPRETACIÓN:** En el cuadro de distribución de los pacientes según su adherencia al tratamiento farmacológico mediante el TEST DE MORISKY-GREEN, el mayor porcentaje 67,8% no tiene adherencia, mientras el 32,2% si tiene adherencia al tratamiento.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 8**

**Situación de adherencia según encuesta sobre factores de riesgo de Bonilla y De Reales**

<b>SITUACIÓN DE:</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>No adherencia</b>	1	0,5 %
<b>Riesgo de no adherencia</b>	138	64,5 %
<b>Ventaja de adherencia</b>	75	35,0 %
<b>TOTAL</b>	214	100,0 %

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En el cuadro grados de adherencia, el mayor porcentaje de los pacientes presentan situación de riesgo para no adherencia con un 64,5 %, mientras que solo un 0,5 % está en situación de no adherencia.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 9**

**Asociación de los factores socioeconómicos según el instrumento para elaborado por Bonilla y De Reales con la falta de adherencia**

FACTORES SOCIOECONOMICOS	FALTA DE ADHERENCIA				TOTAL	OR	IC DE 95%
	SI		NO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>Positivos para no adherencia</b>	44	30,3	19	27,5	63	29,4	
<b>Positivos para adherencia</b>	101	69,7	50	72,5	151	70,6	0,607 - 2,165
<b>TOTAL</b>	145	100	69	100	214	100	

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En el cuadro de asociación entre los factores socioeconómicos y falta de adherencia, se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa con un OR de 1,146 (IC 0.607 – 2.165). Por lo que estos factores no influyen en los casos de no adherencia hallados en el estudio ( $p > 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 10**

**Asociación entre factores socioeconómicos y falta de adherencia al tratamiento anti hipertensivo por ítem**

FACTORES SOCIO ECONÓMICOS	FALTA DE ADHERENCIA		VALOR "P"
	SI	NO	
<b>ITEM 1</b> Positivo para no adherencia	29	13	0,842
Positivo para adherencia	116	56	
<b>ITEM 2</b> Positivo para no adherencia	45	12	0.035
Positivo para adherencia	100	57	
<b>ITEM 3</b> Positivo para no adherencia	54	18	0.106
Positivo para adherencia	91	51	
<b>ITEM 4</b> Positivo para no adherencia	122	60	0,589
Positivo para adherencia	23	9	
<b>ITEM 5</b> Positivo para no adherencia	101	54	0,188
Positivo para adherencia	44	15	
<b>ITEM 6</b> Positivo para no adherencia	82	28	0,029
Positivo para adherencia	63	41	

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: Al evaluar los diversos factores socioeconómicos, observamos que hubo relación estadísticamente significativa a la no adherencia con el poder costear los medicamentos (ítem 2) y el apoyo familiar (ítem 6) ( $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA N° 11**

**Asociación de los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud según el instrumento para elaborado por Bonilla y De Reales con la falta de adherencia**

FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD	FALTA DE ADHERENCIA				TOTAL		OR	IC DE 95%
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Positivos para no adherencia	101	69,7	21	30,4	122	57.0		
Positivos para adherencia	44	30,3	48	69.6	92	43.0	5.25	2.81 -9.78
<b>TOTAL</b>	145	100	69	100	214	100		

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En el cuadro de asociación entre factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud y falta de adherencia, existe una asociación estadísticamente significativa, con una  $p < 0.05$  y un OR de 5,247 (IC 2.814-9.784). Por lo que estos factores influyen en los casos de falta de adherencia.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 12**

**Asociación entre factores relacionados con el proveedor y falta de adherencia al tratamiento anti hipertensivo por ítem**

FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD		FALTA DE ADHERENCIA		VALOR "P"
		SI	NO	
<b>ITEMS 7</b>	Positivo para no adherencia	120	33	0.000
	Positivo para adherencia	25	36	
<b>ITEMS 8</b>	Positivo para no adherencia	69	25	0.118
	Positivo para adherencia	76	44	
<b>ITEMS 9</b>	Positivo para no adherencia	109	31	0.000
	Positivo para adherencia	36	38	
<b>ITEMS 10</b>	Positivo para no adherencia	125	38	0.000
	Positivo para adherencia	20	31	
<b>ITEMS 11</b>	Positivo para no adherencia	115	25	0.000
	Positivo para adherencia	30	44	
<b>ITEMS 12</b>	Positivo para no adherencia	105	40	0.035
	Positivo para adherencia	40	29	
<b>ITEMS 13</b>	Positivo para no adherencia	74	26	0.067
	Positivo para adherencia	71	43	
<b>ITEMS 14</b>	Positivo para no adherencia	107	48	0.518
	Positivo para adherencia	38	21	

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: Se observa que el personal de salud no responde a las expectativas (ítem 7); la inadecuada información sobre los beneficios del tratamiento (ítem 9); la inadecuada información sobre la prescripción (horarios, ítem10); la falta de entendimiento del personal de salud cuando falla en el tratamiento (ítem 11); la inadecuada explicación o uso de términos que el paciente o la familia entiendan (ítem 12), estuvieron estadísticamente relacionados con la no adherencia ( $p < 0.05$ ).

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS  
AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO  
SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES  
DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA N° 13**

**Asociación de los factores relacionados con la terapia según  
el instrumento para elaborado por Bonilla y De Reales con la falta de  
adherencia**

FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA	FALTA DE ADHERENCIA				TOTAL	OR	IC DE 95%
	SI		NO				
	N°	%	N°	%	N°	%	
<b>Positivos para no adherencia</b>	97	66.9	13	18.8	110	51.4	
<b>Positivos para adherencia</b>	48	33.1	56	81.2	104	48.6	
<b>TOTAL</b>	145	100	69	100	214	100	

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En el cuadro de asociación entre factores relacionados con la terapia y falta de adherencia, existe una asociación estadísticamente significativa con una  $p < 0.05$  y un OR de 8,705 con un intervalo de confianza que no incluye la unidad (IC 4,342 – 17,451)

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA Nº 14**

**Asociación entre factores relacionados con la terapia y falta de adherencia al tratamiento anti hipertensivo por ítem**

FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA		FALTA DE ADHERENCIA		VALOR "P"
		SI	NO	
<b>ITEMS 15</b>	Positivo para no adherencia	117	26	
	Positivo para adherencia	28	43	0.000
<b>ITEMS 16</b>	Positivo para no adherencia	78	23	
	Positivo para adherencia	67	46	0.005
<b>ITEMS 17</b>	Positivo para no adherencia	114	49	
	Positivo para adherencia	31	20	0.222
<b>ITEMS 18</b>	Positivo para no adherencia	81	18	
	Positivo para adherencia	64	51	0.000
<b>ITEMS 19</b>	Positivo para no adherencia	121	38	
	Positivo para adherencia	24	31	0.000
<b>ITEMS 20</b>	Positivo para no adherencia	133	47	
	Positivo para adherencia	12	22	0.000

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: Al evaluar los diversos factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento, observamos que hubo relación estadísticamente significativa con la no adherencia: dificultad por diversas ocupaciones que ejerce (ítem 15), distancias para acudir a la consulta (ítem 16), mejoría de los síntomas (ítem 18), haber tenido anteriormente dificultad en el tratamiento (ítem 19) y creencia que las costumbres sobre La alimentación y el deporte son difíciles de cambiar (ítem 20).

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA N° 15**

**Asociación de los factores relacionados con el paciente según el instrumento para elaborado por Bonilla y De Reales con la falta de adherencia**

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	FALTA DE ADHERENCIA				TOTAL	OR	IC DE 95%
	SI		NO				
	N°	%	N°	%			
Positivos para no adherencia	48	33.1	16	23.2	64	29.9	
Positivos para adherencia	97	66.9	53	76.8	150	70.1	1.64 0.84 – 3.16
<b>TOTAL</b>	145	100	69	100	214	100	

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACIÓN: En el cuadro de asociación entre factores relacionados con el paciente y falta de adherencia, no se evidencia asociación estadísticamente significativa con una  $p > 0.05$  y un OR de 1,639 y un intervalo de confianza que incluye a la unidad (IC 0.849 – 3.163). Por lo que estos factores no influyen en los casos de falta de adherencia.

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.**

**TABLA N° 16**

**Asociación entre factores relacionados con el paciente y falta de adherencia al tratamiento anti hipertensivo por ítem**

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE		FALTA DE ADHERENCIA		VALOR "P"
		SI	NO	
<b>ITEMS 21</b>	Positivo para no adherencia	80	23	0.003
	Positivo para adherencia	65	46	
<b>ITEMS 22</b>	Positivo para no adherencia	62	25	0.364
	Positivo para adherencia	83	44	
<b>ITEMS 23</b>	Positivo para no adherencia	67	21	0.028
	Positivo para adherencia	78	48	
<b>ITEMS 24</b>	Positivo para no adherencia	50	21	0.557
	Positivo para adherencia	95	48	

Fuente: Test de Morisky-Green y encuesta de Bonilla y De reales.

INTERPRETACION: En el presente cuadro, los ítems referentes a que el paciente está convencido que el tratamiento es beneficioso y cree que es importante seguir con él, son estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ).

## 4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao, en el mes de diciembre de 2014, para determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Dentro de las características generales de la población estudiada, en relación al género, el estudio reveló que el mayor porcentaje está representado por el sexo masculino con un 58.4 % y el sexo femenino con un 41.6 %, contrario a los resultados obtenidos por el estudio tornasol II en donde en la costa los varones representan un 43.4 % y las mujeres 62.9 %.(19) lo cual puede deberse a una muestra mayor que la nuestra; a la vez, se asemeja con la literatura internacional, donde se expresa que afecta a ambos sexos de forma muy similar (20). En cuanto al estado civil el que predominó con 61 % fueron casados seguido de viudos con 16 %, similar al descrito en un estudio realizado en Colombia por Ortega donde se describe que un 74.5% tenía un vínculo conyugal (4), además en el estudio de Carhuallanqui en el Hospital Cayetano Heredia, se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada (5), el mayor porcentaje de la población con

estado civil casado podría deberse a que la mayoría de la población es adulta o adulta mayor. En lo concerniente al grado de instrucción, los pacientes con estudios secundarios fueron quienes representaron mayor porcentaje con 60.7 %, lo cual no coincide con los resultados obtenidos en una investigación a nivel local donde el 52,4% tenían educación primaria, lo que podría deberse a que el hospital en estudio pertenece al seguro social a diferencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (5)

En relación al tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial, la mayoría presentaron un tiempo mayor a 3 años con 69.2 %, este resultado se asemeja con el estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en donde encontraron valor de 77.7 % (5). En lo referente a la edad de los pacientes encuestados se ha encontrado que el rango de edad que se presentó con más frecuencia fue de 50 a 59 años con un 39.3 %, de manera similar en un estudio realizado por Contreras Orozco en Colombia, las edades reportaron un mayor predominio en el grupo de 56 a 75 años (60%) (6), además en un estudio realizado por Agámez Paternina en Cuba, la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue deficiente en los pacientes de 50 a 59 años con un 34,34% (1), pero estas mismas conclusiones no pueden realizarse en nuestro estudio debido a que no se realizó una prueba estadística de asociación entre edad y adherencia al tratamiento En cuanto a la ocupación lo más frecuente

fueron los pacientes jubilados con 47.7 %, esto puede deberse a que la mayor parte de nuestra población tiene una edad por encima de los 60 años (53,3 %), estas dos últimas características representan la población que con mayor demanda acude al hospital para tratamiento antihipertensivo.

En el Test de Morisky-Green para determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo se ha encontrado que un 32.2 % de los pacientes se clasificó dentro de la categoría adherente, mientras que un 67.8% no se adhiere al tratamiento, de manera similar en el estudio de Carhuallanqui en el Hospital Cayetano Heredia, la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%, resultado similar al de nuestro estudio, sin embargo, supera el porcentaje encontrado en un estudio realizado en México, donde tan solo el 18% de los encuestados era adherente al tratamiento (23), que podría deberse a que este último estudio se realizó en un centro de salud.

A continuación se realizara una comparación de la adherencia encontrada en nuestro estudio con la encontrada en investigaciones realizadas a nivel de Latinoamérica. Una de ellas, efectuada en Cuba, donde el porcentaje de adherencia al tratamiento anti hipertensivo fue de 37.4%, con una tendencia favorable a la adherencia hacia el sexo femenino (24), lo cual se asemeja con nuestros resultados, donde las mujeres mostraron mayor

adherencia que los varones. En Chile, el porcentaje de adherencia al régimen terapéutico encontrado, fue de 44,1% (14). En el estudio de Ortega en Colombia, el 67 % de la población estudiada presentaba una situación de ventaja para la adherencia (4); concluyéndose que el resultado hallado en nuestro estudio se encuentra por debajo de los países mencionados, lo cual nos da una idea de que la cifra de no adherentes al tratamiento antihipertensivo en nuestra población es mayor en comparación con países vecinos. Además coincide con los datos obtenidos por la OMS que ha hallado que en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas promedia solo 50%, por lo que se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores (12), esto podría deberse múltiples razones como la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud, pero principalmente al aspecto del paciente, quien es en última instancia quien decide seguir o no con el tratamiento.

En cuanto al análisis de los factores de riesgo descritos en la encuesta diseñada por Bonilla y De Reales (26) "Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular", el 35.0 % de los encuestados se encontraba en ventaja para la adherencia, el 64.5 % en riesgo de desarrollar comportamientos

de no adherencia, y el 0.5 % no puede responder con comportamientos de adherencia. En un estudio realizado en Colombia (4) se encontró que 67 % de la población estudiada presentaba una situación de ventaja para la adherencia, 29 % presento situación de riesgo a no adherencia y solo 4 % situación de no adherencia, en donde la cifra de situación de ventaja es mucho más alta a lo encontrado en nuestro estudio, sin embargo la situación de no adherencia se asemeja. En otro estudio realizado en Colombia, los porcentajes fueron de 39%, 42% y 19%, situación de ventaja, situación de riesgo y situación de no adherencia al tratamiento antihipertensivo respectivamente (30). Las cifras expresadas nos indican que en nuestra población de estudio la situación de no adherencia es menor en comparación al estudio realizado en Colombia (30), lo cual puede estar relacionado con el hecho de que los participantes pertenecen a un régimen de seguridad social que garantiza la disponibilidad continua y oportuna de los medicamentos.

En el análisis de la primera dimensión, en cuanto a la relación de los factores socioeconómicos, el 26.7% de los encuestados, no siempre puede costearse los medicamentos para su hipertensión (el 10.3% nunca, y el 16.4 % a veces), estos valores se encuentran muy por debajo de los obtenidos en investigaciones realizadas en Bogotá, Medellín y Montería, donde los valores son de 64%, 78.13% y 73% respectivamente, lo cual

demuestra que la accesibilidad a los medicamentos, en nuestro medio, es mayor en comparación con la de dichas ciudades, probablemente se deba a que el estudio fue realizado en un hospital del seguro social donde al paciente se le proporciona los medicamentos por parte del seguro; sin embargo, no es la óptima para garantizar un adecuado control del paciente. 28, 29,30

Por otra parte, en cuanto a los cambios en la dieta, donde al 85.0 % de los pacientes se les dificulta debido al costo de los alimentos recomendados ( $p > 0.05$ ); valor similar al encontrado en Montería y Medellín (83% y 81.44%), este valor podría reflejar el incumplimiento por falta de recursos económico en el hogar y la gran dificultad que representa los cambios de conducta respecto a la dieta. 28, 29,30

Al referirnos al apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir el tratamiento, el 51.4 % nunca o a veces cuenta con el mismo ( $p: 0.029$ ), lo cual contrasta con los estudios realizados en Medellín con un 68.6%, en Bogotá el 60.1% y en Montería el 50%.(28, 29,30). Estos valores demuestran la falta de apoyo familiar en nuestra población de estudio, lo que podría contribuir al gran porcentaje de pacientes en riesgo de no adherencia 64,5%. Involucrar a la familia aúna los esfuerzos del paciente para controlar su enfermedad. Según Brannon, “uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento es el apoyo de la familia y

de los amigos”, por lo cual, las redes de apoyo son de vital importancia.

(30)

Al analizar de forma agrupada a los factores socioeconómicos no se encontró relación estadísticamente significativa entre estos factores y la no adherencia con un OR de 1.146 (IC 0.607 – 2.165). Sin embargo los ítems relacionados con el apoyo familiar y el poder costear sus medicamentos fueron estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ).

En la siguiente dimensión, factores relacionados con el proveedor en donde incluye al sistema y equipo de salud. El equipo de salud se constituye como un pilar fundamental del tratamiento y constituye en sí mismo un refuerzo positivo en el tratamiento farmacológico, en nuestra población el 53.7% indicó que las personas quienes los atienden algunas veces responden sus inquietudes acerca del tratamiento. Tal como lo describen Yocelyn Price y Luz Angélica Muñoz en el estudio denominado “Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial” se reportan resultados similares señalando que cuando los pacientes se encuentran con profesionales normativos y controladores, no perciben una intervención significativa porque sienten que ellos interfieren en sus creencias, lo cual influye negativamente en la adherencia al tratamiento (31). En conclusión la falta de respuesta a las inquietudes manifestadas por los pacientes puede deberse a que el

personal de salud podría tener poca capacidad para educar a los paciente, generándose una mala relación médico-paciente, disminuyendo la credibilidad del personal de salud y aumentando la insatisfacción del paciente.

De la población estudiada el 56.1 % siempre se da cuenta que el médico que lo controla si está siguiendo el tratamiento, lo cual resulta fundamental ya que como se explica en el estudio denominado “Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica” realizado en Chile en el año 2007, donde menciona que las habilidades conductuales son responsables de hasta el 33% del cambio conductual y por tanto del cumplimiento en la adherencia al tratamiento. Sin embargo, este ítems no es estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ) (26).

Con respecto a si recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias, el 55.1% de nuestro grupo poblacional algunas veces recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias ( $p < 0.05$ ), lo que podría reflejar como se mencionó anteriormente poca capacidad del personal de salud para educar a los pacientes, es decir existiría una mala relación médico-paciente, influyendo

de manera negativa en la adherencia ya que no se cumplirían las expectativas del paciente y probablemente la toma de medicamentos se haría de manera incorrecta; en contraste con ésta información en un estudio llevado a cabo por Peck y King apunta que entre el 20 y 30% de los pacientes sometidos a tratamientos breves falla en cumplirlos, y que aquellas prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50% de los enfermos al momento de comenzarlas, esto señala principalmente dos hechos: 1. Mientras más largo sea el tratamiento mayor será su impacto en el estilo de vida al que estaba habituado el hipertenso y 2. Se deberá considerar que al inicio los índices motivacionales del usuario de salud son elevados, y que conforme transcurra el tiempo y éste perciba remisión de la sintomatología disminuirá la necesidad de continuar con el tratamiento lo cual lleva a falta de adherencia. (9)

En lo referente a si el paciente fallara en su tratamiento el médico y la enfermera entenderían sus motivos, el 13.1 % y 52.3 % respondieron con nunca y a veces respectivamente ( $p < 0.05$ ), lo cual nos indicaría una baja confianza hacia el médico y la enfermera por parte del paciente, que influiría negativamente en la adherencia al tratamiento puesto que el paciente no podría expresar libremente sus inquietudes.

En las tres últimas preguntas sobre los factores relacionados con el proveedor, el 54.7 % refirió que a veces el médico les dan explicaciones con palabras que la familia y el paciente entienden ( $p < 0.05$ ), el 53.3% ha recibido explicaciones por parte del médico, sobre los resultados que se espera tener con el tratamiento ( $p > 0.05$ ); y, el 58.9 % consideró que a veces tanto el médico como el paciente coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento ( $p > 0.05$ ), éstas preguntas se engloban en la categoría información, sin embargo se han observado mejores resultados en estudio realizado por Roter et. al. que publicaron un metaanálisis de las intervenciones que mejoran la adherencia cuyas conclusiones fueron que las intervenciones integrales que combinan componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos son efectivos (12). Nuevamente estos resultados podrían reflejar la poca capacidad por parte del personal de salud para educar a los pacientes, por lo que ha de plantearse la posibilidad de cambiar la concepción de informar al paciente por la de acompañar al paciente en un intenso cambio de estilo de vida y adaptación ante una situación que compromete su integridad física, mental y emocional. Además de la capacidad del personal de salud para educar a los pacientes, la falta de información al paciente podría deberse al tiempo en que se da cada consulta.

Se ha encontrado que la asociación entre los factores relacionados con el proveedor (sistema y equipo de salud) y a la no adherencia es estadísticamente significativa con OR de 5.247 (IC 2.814 – 9.784) ( $p < 0.05$ ), lo que podría indicarnos una baja percepción de interés por parte del personal de salud hacia el paciente, lo cual representa un gran problema en nuestro sistema de salud.

En esta dimensión nuestro estudio define varios aspectos que permiten medir el esquema terapéutico y la adherencia al tratamiento, es así que en cuanto a las diversas ocupaciones dentro y fuera del hogar el 33.2 % indicó que nunca les dificulta seguir el tratamiento ( $p > 0.05$ ), cifra menor a la obtenida en un estudio de la Universidad de Bogotá que llega al 62,5%. Mientras que el 43 % y el 23,8 %, a veces y siempre tiene dificultad para seguir el tratamiento ( $p < 0.05$ ) (4). En la revista cubana de medicina general Integral, en un estudio publicado por Martin Alfonso, en el año 2003 se destaca el hecho de que los mejores resultados en cuanto a la adherencia terapéutica completa los obtienen los jubilados con un 40,7 %; mientras que entre los que cumplen de manera incompleta predominan las personas trabajadoras, con un 44,9 % (32). Estas cifras hace pensar que existe una relación entre la frecuencia de cumplimiento y la ocupación, lo que puede estar vinculado al hecho de que la presencia de responsabilidades y obligaciones laborales, puede provocar en el

individuo preocupaciones de otra índole y disminuir así la atención al cuidado de su salud.

En la dimensión de los factores relacionado con la terapia, al analizar los estudios internacionales como el realizado en la Unidad Básica de Atención de COOMEVA, en Colombia, acerca de los factores que influyen en la adherencia al tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes inscritos en el programa de control de hipertensión arterial, se encontró que el 98% de los pacientes expresan que el tratamiento es beneficioso y por eso lo sigue tomando, un 95% tiene formas de distinguir los medicamentos y no confundirse en las tomas, y el 94% toma medidas higiénico dietéticas para controlar su enfermedad, y el 93% considera que los medicamentos siempre logran aliviar sus síntomas después de tomarlos. (6)

Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que el 52.8 % las distancias de la casa al trabajo no son problema para cumplir el tratamiento, mientras que en estudios realizados en Colombia este porcentaje llega al 50%, estas cifras podrían deberse a que la población en estudio en su mayoría son jubilados, por lo que la mayor parte del tiempo están en casa. Mientras que el 32,2 % y el 15 %, a veces y siempre tienen dificultades para cumplir con el tratamiento ( $p < 0.05$ )

Nuestra investigación reporta que el 53.7 % de los pacientes no suspende el tratamiento cuando mejoran sus síntomas, mientras que en Colombia esta cifra llega al 65%, estos datos nos indican que existe un grado de responsabilidad en cuanto al autocuidado de su salud, que podría deberse a que la mayoría de la población cuenta con estudios secundarios y superior no universitario. Mientras que un 33.6 % y 12.6 %, a veces y siempre suspenden su tratamiento ante la mejoría de los síntomas ( $p < 0.05$ ).

El 59.3% de los pacientes algunas veces han presentado anteriormente dificultades para cumplir el tratamiento, cifra similar que un estudio en Colombia que llega al 60% ( $p < 0.05$ ). En la Revista Archivo Médico de Camagüey, señala el hecho de que la falta de adherencia puede estar relacionada con el uso de varios medicamentos y en horarios diferentes, relación muy bien documentada a nivel mundial en estudios de adherencia donde la complejidad del régimen se ha identificado como una causa posible de adherencia deficiente. (33)

En nuestra investigación se reportó que el 57.0 % cree que a veces existen costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar ( $p < 0.05$ ). En un estudio realizado en la Universidad de Colombia en el año 2010 esta cifra llega al 60%, estos datos podrían deberse a los escasos recursos económicos, a las costumbres difíciles de arraigar y a la falta de

apoyo en la realización de estos cambios, puesto que la mayor parte de la población es adulta mayor y dependen de terceras personas. En contraste otros estudios realizados en el mismo país indican que el 94% de la población considera que controlar el peso mediante dieta y ejercicio es conveniente para cuidar su salud, lo que demuestra el compromiso del paciente con el cuidado de su salud. (4)

En Cuba, se analizó de manera aislada la relación de la adherencia al tratamiento con ciertos factores con los siguientes porcentajes de adherencia: realizar ejercicio físico (46,3 %), ingerir poca sal (38,2 %), comer abundantes fruta y vegetales (44,1 %), ingerir poca grasa (39,0 %). (24)

El resultado encontrado en relación a la asociación de los factores relacionados con la terapia a la no adherencia es estadísticamente significativa con OR de 8.705 (IC 4.342 – 17,451) ( $p < 0.05$ ) por lo cual los factores relacionados con la terapia están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

El 51.9 % de los encuestados están convencidos de que el tratamiento es beneficioso, por eso lo siguen tomando, pero el 37,9 %, y 10,3 % solo a veces o nunca están convencidos de ello ( $p < 0.05$ ). Mientras el 59,3 % se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse,

58.9 % cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud, pero el 35 % y el 6.5 % solo a veces o nunca creen esto ( $p < 0.05$ ) y 66.8 % cree es responsable de seguir el cuidado de su salud. Estos valores son diferentes a los encontrados en distintos trabajos realizados en Colombia, reportados por Herrera (30), Salcedo (28) y Contreras (6), donde los factores relacionados con los pacientes son los que mostraron mayor ventaja para la adherencia al tratamiento (el 80.1% se encuentra en riesgo bajo de no adherencia). Estos hallazgos indican que una eficiente motivación del paciente permite lograr altos índices de adherencia al tratamiento, por lo cual, debe ser considerado como un factor positivo para alcanzar dicho objetivo.

El resultado encontrado en relación a la asociación de los factores relacionados con el paciente a la no adherencia no es estadísticamente significativa con OR de 1.639 (IC 0.849 – 3.163) ( $p > 0.05$ ) por lo cual los factores relacionados con la terapia no están asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

## CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características de la población, el 58,4% fueron varones y el 41,6% fueron mujeres, un 67,3% casados y un 7,5% solteros, el 60,7% cuentan con estudios secundarios y el 6,1% con primaria, el 39,3 % tienen entre 50 y 59 años, el 47,7% son jubilados.
2. El grado de adherencia en los pacientes atendidos ambulatoriamente en el Hospital Alberto Sabogal durante el mes de diciembre fue de 32.2 %, mientras que la no adherencia fue de 67.8 %.
3. Los factores socio económicos no están asociados con la no adherencia al tratamiento, en los pacientes atendidos ambulatoriamente en el Hospital Alberto Sabogal durante el mes de diciembre.
4. Los factores relacionados con el proveedor están asociados con la no adherencia al tratamiento, cuando el proveedor de salud no cumple su función en forma adecuada, el paciente atendido ambulatoriamente en el Hospital Alberto Sabogal durante el mes de

diciembre tiene 5 veces más probabilidad de no adherirse al tratamiento.

5. Los factores relacionados con la terapia están asociados de manera estadísticamente significativa con la no adherencia, cuando el grupo de factores relacionados con la terapia falla el paciente atendido ambulatoriamente en el Hospital Alberto Sabogal durante el mes de diciembre tiene 8 veces más probabilidad de no adherirse al tratamiento.
6. Los factores relacionados con el paciente no están asociados con la no adherencia, en los atendidos ambulatoriamente en el Hospital Alberto Sabogal durante el mes de diciembre.

## **RECOMENDACIONES**

1. Del trabajo se puede extraer que muchos de los factores relacionados con la no adherencia están implicados en la interacción del personal de salud con el paciente, por lo que se recomienda mejorar la relación personal de salud-paciente.
2. Se recomienda realizar un estudio más amplio, pues el presente genera hipótesis importantes sobre los factores de riesgos posiblemente asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Agómez A, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Rev Med Cuba. 2008; 12 (5).
2. Vásquez, E. Autocuidado para el manejo de hipertensión arterial. Programa Departamento de Medicina Preventiva. Institución Hospitalaria de cuarto nivel. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. 2008.
3. Conthe P, Márquez E, Pinto J, Fernández N, et al. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. Documento de Concenso Adherencia y Cumplimiento Terapéutico. España. 2012.
4. Ortega s. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Universidad nacional de Colombia. Bogotá. 2010.
5. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered. Lima, Perú. 2010; 21 (4).

6. Contreras, A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Colombia. 2010; 26 (2): 201 – 211.
7. Tapia, J. Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de Chaiten 2005. Universidad Austral de Chile. 2006.
8. Maghalaes, M., Leite de Araujo, T. Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud. Universidad Federal do Ceará – UFC. Brasil.
9. Martín L., Graug J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 2004.
10. Zumbado J, Zumbado M. Prevalencia y manejo de la hipertensión arterial en consultorio privado en Santa Bárbara – Heredia, Costa Rica. Rev Costarric Salud. 2011; 20 (1).
11. Gamboa A, Raúl. Fisiología de la Hipertensión Arterial esencial. Acta méd. Peruana, 2006.
12. Organización mundial de la salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. 2004.

13. Espinosa García J, Martell Claros B, Llerena Ruiz A, Fernández Bergés. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011.
14. Mendoza S, Muñoz M, Merino J, Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Méd Chile. 2006; 134: 65-71.
15. Granados G, Roales N, Moreno E, Ybarra J. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. Int J Clin Health Psychol. 2007; 3(7): 697-707.
16. Rodríguez Pérez H, Molero Segre M, Acosta Rodríguez L. Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en un área de salud. Hospital Clínico Quirúrgico Docente: Celia Sánchez Manduley. 2004.
17. Rivas Chávez J, Gutiérrez Villafuerte G, Rivas Legua J. Tratamiento y costos farmacológicos de la Hipertensión arterial no complicada en un Hospital regional. Rev Peruana de Cardiología. 2008; 34(3): 183-188.
18. Rodríguez Chamorro M, García-Jiménez E, Amariles P. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40 (8):413-7.

19. Segura Vega L, Ruiz Mori E, Agustín CR. Tendencias de la Hipertensión Arterial en el Perú según los Estudios TORNASOL I y II. Rev Peruana de Cardiología. 2012.
20. Valdivieso M. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva de la medicina de familia en pacientes con Hipertensión Arterial, residentes en la parroquia Santa Ana de Cuenca, en el año 2008. Revista de la Universidad del Azuay
21. Ruiz Mori E, Segura Vega L, Rodriguez Montes de Oca J. Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial “De la teoría a la práctica”, Perú, 2011.
22. Ingaramo R, Vita N, Bendersky M, Arnolt M. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento. Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34: 104-111.
23. García C, Landeros M, Gollner R, et al. Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial – contribución de enfermería. Revista de Investigación 2012; 3(3). 280 – 286.
24. Quintana C, Fernández J. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev Cubana Invest Bioméd 2009; 28(2).

25. Iza-Stoll A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Per. 23(2) 2006 93
26. Ortiz Suarez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av enferm 2010, 28 (2); 73-87.
27. Márquez Contreras E, Martell Claros N, Gil Guillén V. El uso de fármacos en combinación a dosis fijas en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la HTA. 2012; 38 (5):292-300.
28. Salcedo, A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Universidad nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Maestría de Enfermería. Bogotá, Colombia. 2011.
29. Zambrano C, Duitama M, Posada V, Flórez A. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Colombia. 2012: 30 (2).

30. Herrera E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Rev Av Enferm, Colombia. 2012:30 (2).
31. Price Y, Muñoz L. Comprendiendo la Búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. Rev Invest Educ Enferm Chile. 2003; 21(1).
32. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Cómo implantar un servicio de ayuda al cumplimiento en una farmacia comunitaria. 2010.

# **ANEXOS**

## ANEXO Nº 1 ENCUESTAS

### I. TEST DE MORISKY-GREEN PARA DETERMINAR SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El paciente es considerado como cun se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

PREGUNTAS		SI	NO
1	¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento para su HTA?		
2	¿Toma la medicación a la hora indicada?		
3	Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
4	si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?		
<b>Resultado</b>			
	<b>Adherente</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

### II. DATOS GENERALES:

1. Sexo: femenino ( ) masculino ( )
2. Estado Civil: soltero ( ) casado ( ) conviviente ( ) viudo ( ) divorciado ( )
3. Grado de instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) superior no universitaria ( ) superior Universitaria ( )
4. Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial: \_\_\_\_\_
5. Edad: menor o igual de 60 ( ) mayor de 60 ( )
6. Ocupacion: Empleado Público ( ) Empleado Privado ( ) Jubilado ( ) Desempleado ( )

**III. ENCUESTA: INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (Bonilla Y De Reales, Versión 4)**

<b>Factores influyentes</b>		<b>nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
<b>I dimensión</b>				
<b>Factores socioeconómicos</b>				
1	Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación).			
2	Puede costearse los medicamentos			
3	Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
4	Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
5	Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
6	Cuenta con el apoyo de su familia 0 personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
<b>II dimensión</b>				
<b>Factores relacionadas con el proveedor: sistema y equipo de salud</b>				
7	Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
8	Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			

9	Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
10	Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.			
11	En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
12	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
13	El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
14	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
<b>III dimensión</b>				
<b>Factores relacionados con la terapia</b>				
15	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
16	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17	Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
18	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
19	Anteriormente ha presentado dificultades para			

	cumplir su tratamiento.			
20	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
<b>IV dimensión</b> <b>factores relacionados con el paciente</b>				
21	Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
22	Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
23	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
24	Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

## **ANEXO Nº 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014.

Autor: Zulema Arcaya Canqui

Instituciones y entidades con las que coordina la investigación:

- Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann : Facultad ciencias de la salud
- HOSPITAL NACIONAL "ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN" – CALLAO

Propósito: Evaluar los factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes atendidos ambulatoriamente en los consultorios externos de cardiología y medicina interna.

Estimado(a) Señor(a):

Si acepta participar en la investigación, la información que requerimos será tomada a través de una pequeña entrevista donde el encuestador podrá registrar las respuestas dadas por usted. Su participación le tomara aproximadamente entre 5 a 10 minutos de su tiempo para responder las preguntas que contienen los cuestionarios.

Riesgos y beneficios: La presente investigación no entraña mayor riesgo ni incomodidad para usted, ya que no se realizara ningún tipo de intervención que ponga en riesgo su integridad física, mental o social.

Confidencialidad: Toda información o dato que pueda identificar al participante, serán manejados confidencialmente, por lo que la privacidad de los datos recolectados está asegurada y nadie tendrá acceso a ellos, salvo el investigador principal.

Derechos: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene

derecho a abstenerse de participar. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Si usted tiene alguna duda, pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor consulte con la persona que le realizara la encuesta o con el investigador responsable de este estudio.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar en este estudio después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

---

Firma de la paciente

---

Firma del autor