

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**Asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia  
al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud,**

**Lambayeque 2021**

**Para obtener el Título Profesional de Médica Cirujana**

**Línea de Investigación:** Enfermedades No Transmisibles

**AUTORES:**

Soplopuco Díaz, Mercedes Katherine

Tejada Peche, Cinthia Liset

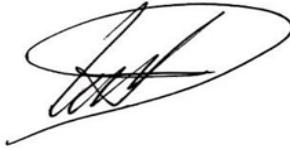
**ASESOR METODOLÓGICO:**

Dr. Néstor Manuel Rodríguez Alayo

**Lambayeque - Perú**

**2021**

APROBADO POR:



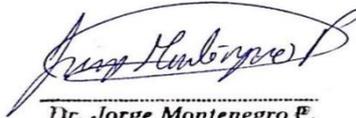
---

Dr. Guillermo Enrique Cabrejos Sampen  
PRESIDENTE



---

Dra. Blanca Santos Aldana Falla  
SECRETARIO



---

Dr. Jorge Montenegro P.  
MEDICINA INTERNA  
CMP 30782 - RNE 17246

---

Dr. Jorge Enrique Montenegro Pérez  
VOCA  
L



---

Dr. Néstor Manuel Rodríguez Alayo  
ASESOR  
METODOLÓGICO

**ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 013 -2021-FMH-UNPRG**

Siendo las 20:30 Horas del día 25 de mayo del 2021, se reunieron vía plataforma virtual, <https://meet.google.com/00b-zjmg-frc> los miembros de jurado evaluador designados por Decreto/Resolución N° 021-2021-UI-FMH.de fecha 30 de Enero del 2021 conformados por los siguientes docentes:

Presidente: Dr. Guillermo Enrique Cabrejos Sampen  
Secretario: Dra. Blanca Santos Falla Aldana  
Vocal: Dr. Jorge Enrique Montenegro Perez  
Suplente: Dr. Juan Salazar Huerta

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación la tesis titulada:

"Asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud, Lambayeque 2021"

Cuyos autores son:

Mercedes Katherine Soplapuco Diaz y Cinthia Lisel Tejada Peche

Teniendo como Asesor Temático y Metodológico: Dr. Néstor Maneel Rodríguez Alayo

El acto de sustentación fue autorizado por Decreto N° 109- 2021 -VIRTUAL-UI-FMH de fecha 19 de mayo del 2021

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 17 ( diecisiete ) en escala vigesimal y 37 ( ochenta y siete ) en la escala centesimal Nivel: Buena

Por lo que queda APTO para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 21:20 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.

  
PRESIDENTE  
Dr. Guillermo Cabrejos Sampen

  
SECRETARIO  
Dra. Blanca Falla Aldana

  
VOCAL  
Dr. Jorge Montenegro Pérez



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CERTIFICO : Que, esta copia tiene el mismo tenor que su original.

NOTA: Se Legó el Documento sin Juzgar el contenido.  
Dr. Juan Humberto Giles Añi  
Lambayeque, 25 de Mayo del 2021

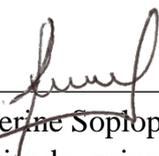
BMP: 11565 RNE: 8386  
SECRETARIO DOCENTE  
F.M.H. - U.N.P.R.G.

FEDATARIO

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Mercedes Katherine Soplopucó Díaz y Cinthia Liset Tejada Peche investigadores principales, y Dr. Néstor Rodríguez Alayo, asesor del trabajo de investigación “Asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud, Lambayeque 2021”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumiremos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, abril del 2021



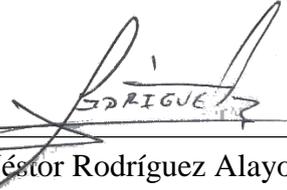
---

Bach. Katherine Soplopucó Díaz  
Investigador principal



---

Bach. Cinthia Tejada Peche  
Investigador principal



---

Dr. Néstor Rodríguez Alayo  
Asesor

## **DEDICATORIA**

Este proyecto lo dedicamos primero, a Dios, por permitirnos despertar cada mañana y disfrutar de nuestra familia y de la vida, por siempre iluminar nuestro camino y permitir que alcancemos nuestras metas en la vida.

A nuestros padres por el apoyo, sus consejos, que siempre nos han brindado no solo en el transcurso de la carrera sino en toda nuestra vida, por corregir cada error que cometemos y no dejar que nos hundamos en ellos y porque gracias a ellos y a Dios somos unas personas plenas y llenas de vida.

A nuestra universidad, nuestra segunda casa en estos siete años, que a pesar de las deficiencias que existen, logramos formarnos como profesionales.

A nuestros maestros, por el apoyo que nos brindaron desde que empezamos la carrera, por todas sus enseñanzas, conocimientos y amistad que lograron formarnos no solo como profesionales de la salud sino también como mejores personas.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestro asesor de tesis el Dr. Néstor Manuel Rodríguez Alayo, por su apoyo y su tiempo para el desarrollo de esta investigación.

A los jefes de los centros de salud “Túpac Amaru” y “José Quiñones Gonzales” por la accesibilidad brindada y así poder llevar a cabo nuestra investigación.

A los pacientes que participaron en este estudio, por su apoyo, por su tiempo, confianza y por permitir realizar nuestra investigación sin problema alguno.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS .....	8
ÍNDICE DE FIGURAS .....	9
RESUMEN .....	10
ABSTRACT .....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA .....	13
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
HIPÓTESIS .....	14
OBJETIVOS: .....	14
CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO .....	15
ANTECEDENTES .....	15
CAPÍTULO II. MÉTODOS Y MATERIALES. ....	21
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	22
RESULTADOS .....	24
DISCUSIÓN .....	47
CAPITULO IV. CONCLUSIONES.....	53
CAPITULO V: RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	55
ANEXOS .....	58

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: MEDIA DE EDAD DE PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CC.SS. TÚPAC AMARU Y JOSÉ QUIÑONES GONZALES .....	24
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE EDADES POR RANGOS .....	24
TABLA 3: FRECUENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LOS CC.SS. TÚPAC AMARU Y JOSÉ QUIÑONES GONZALES ...	25
TABLA 4: RELACIÓN ENTRE EDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	26
TABLA 5: RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	28
TABLA 6: RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	30
TABLA 7: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	32
TABLA 8: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ENFERMEDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	34
TABLA 9: RELACIÓN ENTRE INFORMACIÓN SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	36
TABLA 10: RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES ASOCIADAS Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	38
TABLA 11: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE CONSULTA Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	40
TABLA 12: RELACIÓN ENTRE CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	42
TABLA 13: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ...	44
TABLA 14: COEFICIENTE DE CRAMER.....	46
TABLA 15: ODDS RATIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y FACTORES ASOCIADOS .....	46

## ÍNDICE DE FIGURAS

GRÁFICO 1: RELACIÓN ENTRE EDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	2727
GRÁFICO 2: RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	29
GRÁFICO 3: RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	31
GRÁFICO 4: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	33
GRÁFICO 5: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ENFERMEDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	35
GRÁFICO 6: RELACIÓN ENTRE INFORMACIÓN SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	37
GRÁFICO 7: RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES ASOCIADAS Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	39
GRÁFICO 8: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE CONSULTA Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	41
GRÁFICO 9: RELACIÓN ENTRE CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	43
GRÁFICO 10: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE ADHERENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LOS CC.SS. TÚPAC AMARU Y JOSÉ QUIÑONES GONZALES.....	45

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de dos centros de salud del primer nivel de atención, periodo enero-marzo del 2021. **Material y método:** Es un diseño de investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, se llevó a cabo en dos centros de salud de la provincia de Chiclayo, durante los meses de enero del 2021 a marzo del 2021, con un tamaño de muestra de 137 pacientes hipertensos, en proporción de 80 pacientes del C.S. Túpac Amaru y 57 pacientes del C.S. José Quiñonez Gonzales. El tipo de muestreo fue muestreo no probabilístico por conveniencia. La variable respuesta fue adherencia al tratamiento y fue evaluada con el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau), y la variable de exposición fue nivel de conocimiento y fue evaluada con el cuestionario CSH. **Resultados:** se encontró que el 96.5% de la población con inadecuado conocimiento sobre hipertensión arterial tiene adherencia parcial al tratamiento; además, los pacientes con inadecuado conocimiento sobre su enfermedad tienen 5.1 veces más riesgo de tener adherencia parcial al tratamiento. Se halló asociación significativa entre inadecuado nivel de conocimiento sobre hipertensión y adherencia parcial al tratamiento ( $\chi^2$  6.451; p 0.011; OR 5.147; IC 95% 1.299-20.4); no recibir información sobre hipertensión arterial ( $\chi^2$  4.525; p 0.033; OR 4.053; IC 95% 1.026-16.016) y tiempo de consulta menor a 10 minutos ( $\chi^2$  4.932; p 0.026; OR 0.887; IC 95% 0.826-0.952), el resto de variables fueron no significativas. **Conclusiones:** A menor conocimiento sobre hipertensión arterial existe menor adherencia al tratamiento.

**Palabras claves:** Hipertensión, adherencia al tratamiento, nivel de conocimiento

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the association between the level of knowledge about arterial hypertension and adherence to treatment in hypertensive patients from two health centers of the first level of care, period January-March 2021. **Material and method:** It is a cross-sectional correlational descriptive research design, was carried out in two health centers in the province of Chiclayo, during the months of January 2021 to March 2021, with a sample size of 137 hypertensive patients, in a proportion of 80 patients of the CS Túpac Amaru and 57 patients from C.S. José Quiñonez Gonzales. The type of sampling was non-probability convenience sampling. The response variable was adherence to treatment and was evaluated with the MBG questionnaire (Martín-Bayarre-Grau), and the exposure variable was level of knowledge and was evaluated with the CSH questionnaire. **Results:** it was found that 96.5% of the population with inadequate knowledge about arterial hypertension has partial adherence to treatment; furthermore, patients with inadequate knowledge about their disease have a 5.1 times greater risk of having partial adherence to treatment. A significant association was found between inadequate level of knowledge about hypertension and partial adherence to treatment (chi2 6.451; p 0.011; OR 5.147; 95% CI 1.299-20.4); not receiving information on arterial hypertension (chi2 4.525; p 0.033; OR 4.053; 95% CI 1.026-16.016) and consultation time less than 10 minutes (chi2 4.932; p 0.026; OR 0.887; 95% CI 0.826-0.952), the the rest of the variables were not significant. **Conclusions:** The less knowledge about arterial hypertension there is less adherence to treatment.

**Key words:** Hypertension, adherence to treatment, level of knowledge

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las patologías más relevantes en atención primaria, y uno de los factores de riesgo esenciales para desarrollar enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardiaca. (1)

En el mundo, en el 2014, la cantidad de pacientes hipertensos representa el 22. (2) Según la Organización Mundial de la Salud, existen 1130 millones de hipertensos, y cerca de dos tercios se encuentran en países de escaso ingreso económico, la Región de África con (27%), tiene las cifras más elevadas, en tanto que la más baja se ubica en la Región de las Américas (18%). (3) (4) (5)

Constituye un problema a nivel mundial ocasionando 9,4 millones de muertes al año, procedentes de sus complicaciones, resaltando al accidente cerebrovascular y cardiopatía como causa principal. (4)

Según el estudio epidemiológico prospectivo urbano rural PURE que incluyó a individuos de entre 35 y 70 años de 17 países, determinó que el 41 % de las personas estudiadas era hipertensas y de ellos el 46.5% tenían conocimiento de su enfermedad, el 87.9% recibían tratamiento farmacológico, pero solo el 32,5% lograron cifras de presión arterial controladas. (6) (7)

En Perú, Según ENDES 2019, la prevalencia de pacientes hipertensos es 19.7%, siendo más prevalente en varones (21.7%) que en las damas (17.8%). Asimismo, el 68,1% de estos pacientes han sido tratados en los últimos 12 meses; la proporción de mujeres hipertensas con tratamiento fue mayor que en los hombres. En la región Lambayeque se estimó una prevalencia de hipertensión arterial en torno a 16-17.6% (8)

En muchos países, entre ellos se encuentra el Perú, existen personas que padecen de hipertensión, pero, desconocen su diagnóstico y si lo conocen no llevan un adecuado tratamiento, el cual podría evitar las complicaciones que acontecen a esta enfermedad. (4).

Debido a la gran problemática que implica esta enfermedad, es importante el diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y preciso, este permitirá cumplir con el objetivo planteado en el tratamiento de cada paciente; sin embargo, esto no se termina logrando debido a diferentes obstáculos, como son: pacientes asintomáticos, falta de responsabilidad del paciente (y del personal de salud), e incumplimiento terapéutico por parte del paciente. (9)

## **JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

La hipertensión arterial es una de las enfermedades más relevantes, tanto por su elevada prevalencia como por la importante morbimortalidad asociada a ella, además de ello es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Para llegar a tener un adecuado control de esta enfermedad es necesario que la población tenga el conocimiento suficiente para poder tratarla y evitar futuras complicaciones.

Existen muy pocos trabajos sobre este tema realizados en centros de salud del primer nivel de atención, lugares donde se da el manejo inicial de la hipertensión arterial y donde la mayor parte de la población de escasos recursos acude, por lo tanto este trabajo de investigación ayudaría tanto a la población como al personal de salud a conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, llegando a tener un manejo más participativo y dinámico que traten de evitar futuras complicaciones, las cuales generarían mayor morbimortalidad. También esperamos que este estudio sirva como antecedente para futuros trabajos, ampliando el conocimiento en este ámbito, debido a que en nuestro medio no se han realizado muchas investigaciones sobre el tema.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Existe asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud del primer nivel de atención de Lambayeque, 2021?

## **HIPÓTESIS**

Los conocimientos sobre hipertensión arterial sí afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud del primer nivel de atención.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- A. Evaluar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos de centros de salud del primer nivel de atención de Lambayeque.
- B. Evaluar el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de centros de salud del primer nivel de atención de Lambayeque.
- C. Evaluar factores asociados al grado de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud del primer nivel de atención de Lambayeque.

## **CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO**

### **ANTECEDENTES**

Rodríguez J. y cols (10), en el 2015 evaluaron si existía relación entre conocimientos y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital de Lima, se encontró que el 67.7% de los pacientes tenían un mal conocimiento sobre su enfermedad y adherencia parcial al tratamiento, mientras que los pacientes con buen conocimiento y adherencia parcial representan el 46.6%. Por lo que concluyeron que aquellos pacientes con buen conocimiento tienen 1.5 veces más riesgo de generar adherencia parcial al tratamiento.

Garaundo C. (11) en el 2017 realizó un estudio en el que encontró relación entre adherencia al tratamiento antihipertensivo con grado de conocimiento y tiempo de diagnóstico, infiriendo que un inadecuado conocimiento conlleva a más riesgo de baja adherencia al tratamiento.

Alfárez J. (12), en el 2017 realizó un estudio en el que encontró que el 20% de pacientes presenta buena adherencia al tratamiento antihipertensivo; el 30% presentó conocimiento insuficiente sobre su enfermedad, además se identificó que las variables edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación y tiempo de diagnóstico estuvieron asociados al bajo porcentaje de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Ortiz D. y cols (13), en el 2018 determinaron en su estudio que el 51,9% de los pacientes tienen conocimiento insatisfactorio; el 52% incumplen el tratamiento, siendo la causa más frecuentes el descuido con la hora de su medicación 50%, entre los factores relacionados con la mala adherencia al tratamiento están la polimedicación 83,3 %, las dificultades en la adquisición de los fármacos antihipertensivos 72,2 %, no realizar actividad física 65,0 % y

el incumplimiento de la dieta 46,3 %, como conclusión no encontraron relación estadística entre adherencia terapéutica y conocimiento.

Arámbulo R. (14), en el 2018 determinó que el 63.9% de los pacientes tienen una buena adherencia al tratamiento, el 55.7% tienen buen conocimiento sobre su enfermedad y apenas 40.9% tienen adherencia total y buen conocimiento sobre hipertensión simultáneamente. Concluyendo que una adecuada adherencia al tratamiento puede deberse a buenos conocimientos.

Guevara D. (15), en el 2018 investigó la asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del centro de salud Paiján, como resultado final, no encontró relación estadística entre conocimiento y adherencia terapéutica.

Ojeda O. (16), en el 2019 en su estudio encontró que el 59.8% de los pacientes presentan mala adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 64.6% presentó un conocimiento sobre hipertensión irregular y el 14.8% tiene buen conocimiento de su enfermedad. No se encontró relación estadística entre conocimiento y adherencia terapéutica.

## **BASE TEÓRICA**

La hipertensión arterial (HTA), es una patología crónica, sistémica, vascular, arterial, de causa desconocida en gran parte de los casos, y la única manifestación presente en los pacientes suele ser las cifras elevadas de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD). (17)

Para la OMS, JNC 8 (Eighth Joint National Committee), la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), es un proceso sistémico, que perdura en el tiempo y consiste en presiones arteriales (PA) elevadas, dos o más

mediciones, tomadas en reposo, siendo las cifras las siguientes: PAS  $\geq$  140 mm Hg o PAD  $\geq$  90 mm Hg, en  $\geq$  de 18 años. (17-20)

En el 2017 la guía del American College of Cardiology/American Heart Association aplica un nuevo punto de corte para definir hipertensión:  $\geq$  130/80 mm Hg; clasificándola en 4 fases: PA < 120/80 mm Hg, normal; PA 120-129 mm Hg / < 80 mm Hg, elevada; PAS 130-139 mm Hg o PAD 80-89 mm Hg, HAS grado 1 y PAS > 140 mm Hg o PAD > 90 mm Hg, HAS grado 2; lo que implica diagnosticar hipertensión arterial en un gran número de personas previamente consideradas no hipertensas, generando dificultades para su aplicación a nivel global. (21)

La HTA esencial o primaria, representa el 95% de los casos aproximadamente. El 5% restante, tiene una causa secundaria. La HTA primaria es multifactorial, tanto factores genéticos como ambientales permiten el desarrollo de la enfermedad. El sobrepeso, la obesidad, las concentraciones elevadas de sal y el bajo potasio en la dieta, sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol, son algunos de los factores que ayudan a padecer la enfermedad. (17)(18)

En cuanto al 5% de HTA pueden ser secundarias a el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño, la enfermedad renal parenquimatosa, la estenosis de la arteria renal, el hiperaldosteronismo primario, fármacos o drogas, entre otras; el síndrome de Cushing, la disfunción tiroidea, el feocromocitoma, son consideradas causas poco frecuentes. (22)

La HTA en la mayoría de los pacientes suele ser asintomática, dificultando su diagnóstico, tanto así que el paciente acude cuando presenta manifestaciones que son propias de la cronicidad de la enfermedad, entre ellas tenemos, cardiopatías, nefropatía, retinopatía hipertensiva, accidentes cerebrovasculares y disfunción eréctil. Cuando las cifras son muy elevadas, como es el caso de las crisis hipertensivas, las manifestaciones pueden ser cefalea, visión borrosa, mareos, náuseas y trastornos cognitivos, entre otros. (17)

Para realizar una detección temprana de hipertensión arterial, se plantea en personas  $\geq$  a 18 años medir la PA, si estuviese en rangos normales y no presentara factores de riesgo, el cribado se deberá repetir cada 5 años; en caso lo presentara o las cifras de PAS estén en 120-139 mm Hg o PAD entre 80-89 mm, los controles serán anuales. (17)

Como la presión arterial es muy variable, una sola medición de sus cifras no puede hacer el diagnóstico, siendo la excepción ciertos casos como: valores excesivamente elevados y daño de órgano causado por la HTA, por tanto para la población que no esté incluido en este grupo, el diagnóstico se determina después de obtener diferentes valores PA, estos tomados en diferentes tiempos. (20) (23); Una forma de realizar estas medidas, sería cuando el paciente este tranquilo y cómodo, es decir en su hogar. (20) (23)

El objetivo principal es lograr valores de PA <140/90 mm Hg en pacientes hipertensos en general, en pacientes hipertensos y diabéticos, la meta es descender las cifras de PA <140/80, en pacientes hipertensos mayores de 80 años mantener la PAS entre 140-150 mm Hg. (17) Lo esencial para lograr disminuir las cifras de presión arterial son estilos de vidas saludables y tratamiento farmacológico. Tan solo conseguir disminuir la PAS en 10 mmHg o la PAD en 5 mm Hg, ayuda a controlar o evitar complicaciones. (23)

Las medidas no farmacológicas, más importantes, son disminución de sal en las comidas, suplementación con potasio, dejar de beber alcohol o reducir su consumo, lograr un peso de acuerdo a la talla y edad y actividad física regular. (20) (21)

-Lograr un peso ideal, es fundamental, debido a que la pérdida de un kilogramo reduce un 1 mm Hg de Pa. Lo recomendado es un IMC entre 18,5 a 24,9 con una circunferencia abdominal menor de 102 cm en varones y 88cm en la mujer. (17) (20) (21)

-La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), una dieta que consiste en consumir alimentos bajos en grasa, frutas y verduras, ha logrado descender las cifras de PAS en 11 mm Hg en pacientes hipertensos y en PAS en 3 mm Hg en no hipertensos. (17)(20)(21)

- El consumo de 5 g de sal al día, este equivale a 2,0 g de sodio, es lo recomendable para todos en general, ya que ayuda a la prevención de HTA y también ayuda con la disminución de esta, sobre todo en pacientes con valores elevados de PA, raza negra, personas mayores, y otros que son particularmente susceptibles a los efectos de sodio. (17)(20)(21)

-Aumentar la ingesta de potasio puede contribuir al descenso de 2 mm Hg y 4-5 mm Hg en personas normotensos e hipertensos respectivamente. (21)

-Realizar actividad física aeróbica de intensidad moderada de forma regular, como caminar, trotar, nadar, montar bicicleta (mínimo 30 minutos al día, 5 veces a la semana) puede reducir la presión arterial aproximadamente 2 a 4 mm Hg en adultos normotensos y de 5 a 8 mm Hg en pacientes con HTA. (17)(20)(21)

-No consumir alcohol, en caso contrario, no sobrepasar los 140 g/semana o los 20-30 g/día de etanol en varones y 80 g/semana o 10-20 g/día en mujeres. (17)(20)(21)

-No fumar, el tabaco aumenta la presión arterial y evitar su consumo contribuye en la prevención de enfermedad cardiovascular. (17)(20)

La decisión de iniciar el tratamiento farmacológico va a depender del nivel de riesgo cardiovascular, valores de PA, factores de riesgo y presencia de alguna complicación asociada a la enfermedad. (17)

El tratamiento farmacológico debe de iniciarse:

1. Pacientes con poco riesgo cardiovascular que han modificado sus estilos de vida en un periodo de 3 a 6 meses y a pesar de ello no han logrado las metas de presión arterial. (17)
2. Si la PAS  $\geq$  160 mm Hg o PAD  $\geq$  100 mm Hg, independiente de otros parámetros. (17)
3. Pacientes con regular riesgo cardiovascular, independientemente de su PA. (17)

El tratamiento farmacológico puede iniciarse con uno o más medicamentos. Los más utilizados y los que se suele usar como primera medida son: IECAs, ARAII, betabloqueadores, calcioantagonistas y diuréticos tipo tiazidas. El uso de dos o más fármacos depende del tipo de paciente tratado, lo recomendado es dar un solo fármaco por 8-12 sem, si no se logrará el objetivo se puede asociar otros fármacos. (17)(20)(21) A pesar de la buena disponibilidad de medicamentos aún no se logra un adecuado control de la presión arterial, pues apenas el 35% contrala su enfermedad. Esto se debe a varios motivos, como, pocas dosis, negarse a combinar medicamentos, mala adherencia al tratamiento por parte del paciente, limitado uso de combinaciones de fármacos y la polimedicación (23)

Cuando el paciente tenga un tratamiento definido y logre los objetivos establecidos, sus chequeos serán mensuales por 6 meses. En al menos 4 de los 6 chequeos, la PA debe de ser la indicada de acuerdo al paciente, para considerarlo como controlado. De lograrse, se realizarán los controles cada 3 meses. (17)

La adherencia terapéutica es un complicado proceso determinado por factores: socioeconómicos, asociado con el personal médico y asistencia sanitaria, la patología, el tratamiento y el paciente.

Entre los factores socioeconómicos, el nivel de instrucción, que en la mayoría de la población es primaria y secundaria, obstaculiza el entendimiento de las indicaciones del personal de

salud para la toma de la medicación y cambios en los estilos de vida. Por parte del personal de salud el no brindar información sobre el tratamiento al paciente o proporcionarle indicaciones que no son claras, la falta de consultas de seguimiento y la presencia de polifarmacia, son los más factores más importantes para la falta de adherencia al tratamiento. Y en cuanto a los determinantes relacionados con el paciente: poco colaborador, que muestra desinterés por su salud, no acata las indicaciones terapéuticas, a veces por olvido y omite la medicación del tratamiento antihipertensivo, la presencia de polifarmacia en la adición de comorbilidades, son los factores más importantes. (24)

## **CAPÍTULO II. MÉTODOS Y MATERIALES.**

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

La población constituida por pacientes hipertensos que se atienden en los centros de salud del primer nivel de atención de Chiclayo: Centro de salud Túpac Amaru y Centro de salud José Quiñones Gonzales; en el periodo enero-marzo del 2021. La población hipertensa del CCSS. Túpac Amaru es de 104 pacientes en promedio y del CCSS. José Quiñones Gonzales es de 64 pacientes.

El cálculo del tamaño muestral se realizó utilizando el programa EPIDAT versión 4.1. Se utilizó un nivel de confianza del 95% un nivel de precisión del 5%, una proporción esperada del 19.7%<sup>8</sup> y un efecto de diseño de 1. El tamaño muestral obtenido fue de 124 pacientes en total, teniendo en cuenta un 10% de porcentaje de pérdidas por términos de logísticos o de permisos, el tamaño mínimo óptimo necesario a encuestar fue de 137 pacientes, 80 pacientes del Centro de salud Túpac Amaru y 57 pacientes del Centro de salud José Quiñones Gonzales. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes hipertensos de mayores de 18 años que se atiendan en los centros de salud Túpac Amaru y José Quiñones Gonzales.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente del estudio, expresando su consentimiento informado en forma escrita.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes hipertensos que presenten algún déficit cognitivo
- Pacientes hipertensos que sean analfabetos
- Pacientes que se encuentren embarazadas al momento del estudio
- Pacientes hipertensos que se rehúsen a participar en el estudio.

Una vez calculada la muestra se solicitó autorización a las correspondientes autoridades de los centros de salud mencionados para la ejecución de la presente investigación. Se delimitaron los pacientes usando los criterios de inclusión y exclusión; luego se procedió a encuestar a los pacientes hipertensos, previamente se les informó de la naturaleza, objetivos, riesgos y beneficios del estudio, garantizando la confidencialidad y el anonimato y se contestó a todas aquellas preguntas y dudas que plantearon, obteniendo su consentimiento informado por escrito (Anexo N°01). La participación fue totalmente voluntaria, sin ninguna clase de incentivos económicos o de otro tipo.

Se elaboró una ficha de recolección de datos con la que se obtuvo las características poblacionales de sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, tiempo de enfermedad, enfermedades asociadas y tiempo de consulta. (Anexo N° 02)

La variable de exposición fue nivel de conocimiento acerca de hipertensión arterial y se evaluó con el cuestionario CSH con un alfa de Cronbach de 0.79, fue validado en España en 2013, de corta duración, el cual consta de 20 preguntas que medían el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad. Cada interrogante tenía 3 opciones: sí, no y no sé. Se determinó como buen conocimiento cuando más del 70% (>14 puntos) de las respuestas fueron correctas, e inadecuado conocimiento cuando se obtuviera un puntaje menor o igual a 14 puntos (25). (Anexo N° 03)

La variable respuesta fue grado de adherencia al tratamiento y se estimó con el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau), con un alfa de Cronbach de 0.889, autoaplicable, anónimo, de corta duración que fue validado en Cuba en 2008. Consta de 12 preguntas, que abarcan 3 dimensiones:

- 1) Cumplimiento del tratamiento: es la realización de las indicaciones médicas prescriptas por parte del paciente, es medido a través de los ítems 1, 2, 3 y 4.
- 2) Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones, es medida a través de los ítems 5, 6, 7, 8 y 9.

3) Relación transaccional: es la relación de colaboración entre el paciente y su médico para establecer estrategias que garanticen el cumplimiento del tratamiento y aceptación por ambos, es medida a través de los ítems 10, 11 y 12.

El puntaje es de 0-48 y cada pregunta tiene 5 opciones con una escala tipo Likert: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre, asignando el valor de 0, 1, 2, 3, 4 respectivamente; aquellos que obtuvieran 38 a 48 puntos se considerarían como Adheridos Totales, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17. (26) (Anexo N° 04). Debido a que la cantidad de pacientes dentro de la categoría de No adheridos fue nula, se decidió realizar el análisis de esta variable en Adheridos totales (puntaje entre 38-48) y Adheridos parciales (puntaje menor a 37).

Las variables medidas son de dos tipos: Variables cualitativas y cuantitativas. En el caso de las primeras, el análisis estadístico se realizó mediante el uso de medidas de frecuencias absolutas y relativas, en cuanto a las variables cuantitativas se analizaron en medidas de tendencia central y de dispersión según distribución. Se utilizó el software estadístico SPSS, versión 21 para el análisis de datos respectivos, en ambos casos, el resumen de datos se presentó en tablas y gráficos correspondientes.

El proyecto fue sometido a evaluación por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. No se realizó la aplicación de fármacos o extracción de muestras biológicas. Durante la ejecución de la investigación se respetó los principios éticos de investigación: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que demandan los códigos internacionales de investigación y el código de ética del Colegio Médico del Perú. Se solicitó el permiso correspondiente a los pacientes hipertensos de los centros de salud Túpac Amaru y José Quiñones Gonzales, junto a ello se brindó información sobre los objetivos, duración y todos los aspectos relacionados al estudio, dejando constancia de su aceptación mediante el consentimiento informado. Los cuestionarios se realizaron conservando el anonimato de los pacientes, la información recolectada no podrá ser utilizada en perjuicio de los pacientes.

## CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### RESULTADOS

**TABLA 1: MEDIA DE EDAD DE PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CC.SS. TÚPAC AMARU Y JOSÉ QUIÑONES GONZALES**

<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>RANGO</b>
<b>63.43</b>	12,833	24	87	63

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE EDADES POR RANGOS**

<b>Edad</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válidos	18 -29 años	2	1,5	1,5	1,5
	30 - 59 años	46	33,6	33,6	35,0
	>= 60 años	89	65,0	65,0	100,0
	Total	137	100,0	100,0	

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**TABLA 3: FRECUENCIA DE CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LOS CC.SS. TÚPAC AMARU Y JOSÉ QUIÑONES GONZALES**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>	Masculino	34	24.8
	Femenino	103	75.2
<b>Edad</b>	Media $\pm \sigma$	63.43	12.833 DE
<b>Estado civil</b>	Sin pareja	55	40.1
	Con pareja	82	59.9
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	59	43.1
	Secundaria	71	51.8
	Estudios superiores	7	5.1
<b>Tiempo de enfermedad</b>	$\leq 5$ años	67	48.9
	6-10 años	39	28.5
	$> 10$ años	31	22.6
<b>Información sobre HTA</b>	No	79	57.7
	Sí	58	42.3
<b>Enfermedades asociadas</b>	No	87	63.5
	DM2	41	29.9
	ERC	6	4.4
	DM2/ERC	3	2.2
<b>Tiempo de consulta</b>	$\leq 10$ minutos	86	62.8
	$> 10$ minutos	51	37.2
<b>Control de presión arterial</b>	No controlado	80	58.4
	Controlado	57	41.6
<b>Nivel de conocimiento</b>	Inadecuado conocimiento	86	62.8
	Adecuado conocimiento	51	37.2
<b>Grado de adherencia</b>	Adherencia parcial	126	92
	Adherencia total	11	8

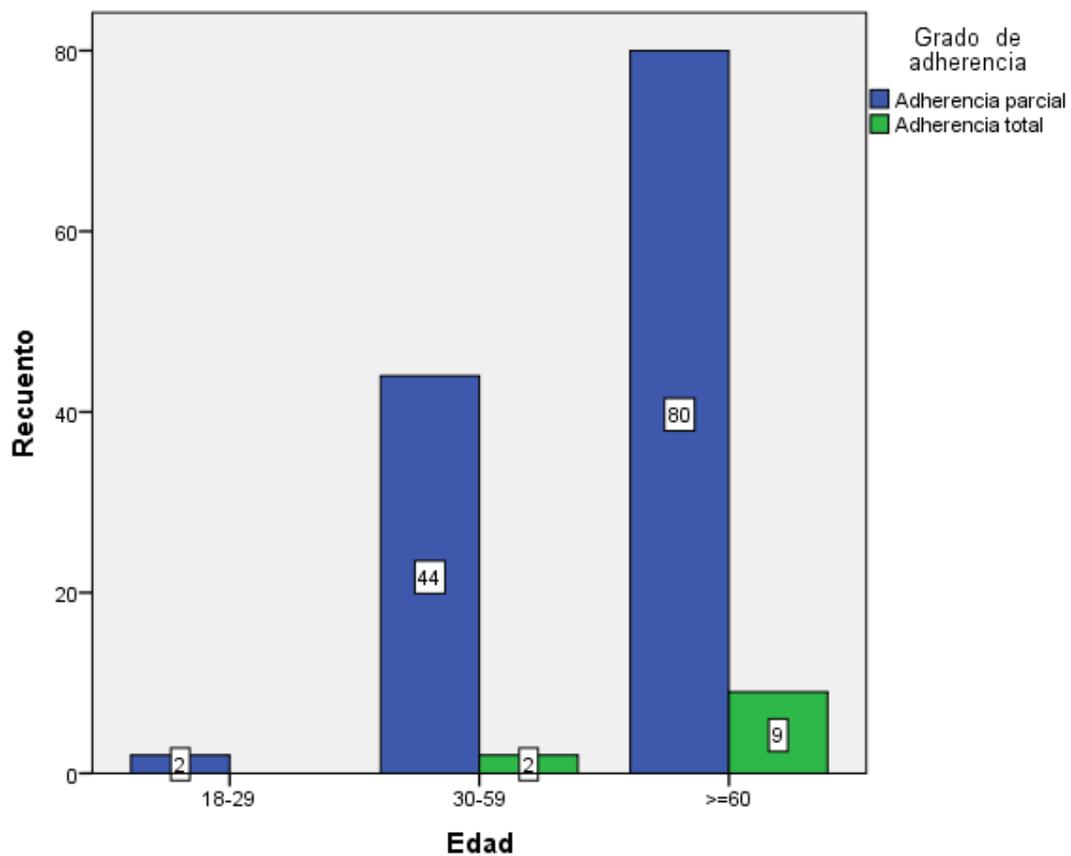
Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**TABLA 4: RELACIÓN ENTRE EDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			GRADO DE ADHERENCIA		Total
			Adherencia parcial	Adherencia total	
<b>EDAD</b>	18-29	Recuento	2	0	2
		% dentro de Edad	100,0	0,0	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	1,6	0,0	1,5
		% del total	1,5	0,0	1,5
	30-59	Recuento	44	2	46
		% dentro de Edad	95,7	4,3	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	34,9	18,2	33,6
		% del total	32,1	1,5	33,6
	≥60	Recuento	80	9	89
		% dentro de Edad	89,9	10,1	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	63,5	81,8	65,0
		% del total	58,4	6,6	65,0
Total		Recuento	126	11	137
		% dentro de Edad	92,0	8,0	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	100,0	100,0	100,0
		% del total	92,0	8,0	100,0

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 1: RELACIÓN ENTRE EDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

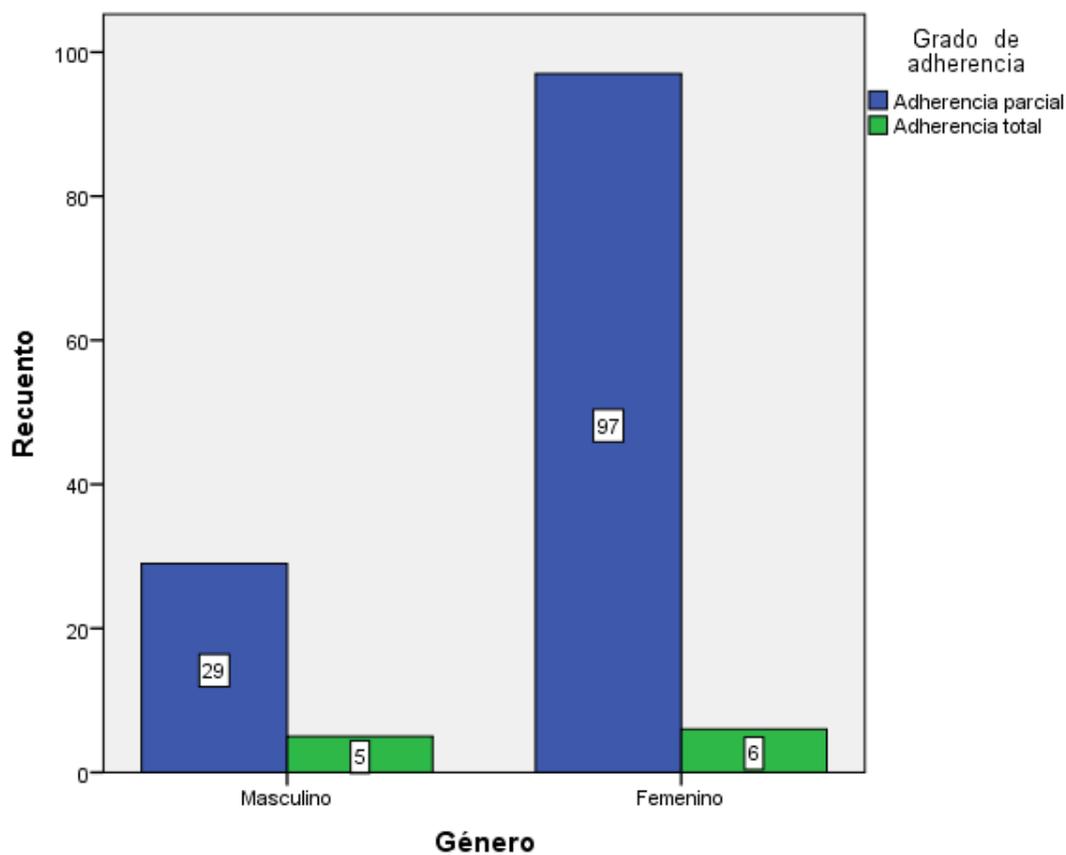
Chi cuadrado= 1.452, p =0.463: **NO EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**TABLA 5: RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			Grado de adherencia		Total
			Adherencia parcial	Adherencia total	
<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	Recuento	29	5	34
		% dentro de Género	85.3	14.7	100
		% dentro de Grado de adherencia	23	45.5	24.8
		% del total	21.2	3.6	24.8
	<b>Femenino</b>	Recuento	97	6	103
		% dentro de Género	94.2	5.8	100
		% dentro de Grado de adherencia	77	54.5	75.2
		% del total	70.8	4.4	75.2
<b>Total</b>	Recuento	126	11	137	
	% dentro de Género	92	8	100	
	% dentro de Grado de adherencia	100	100	100	
	% del total	92	8	100	

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 2: RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

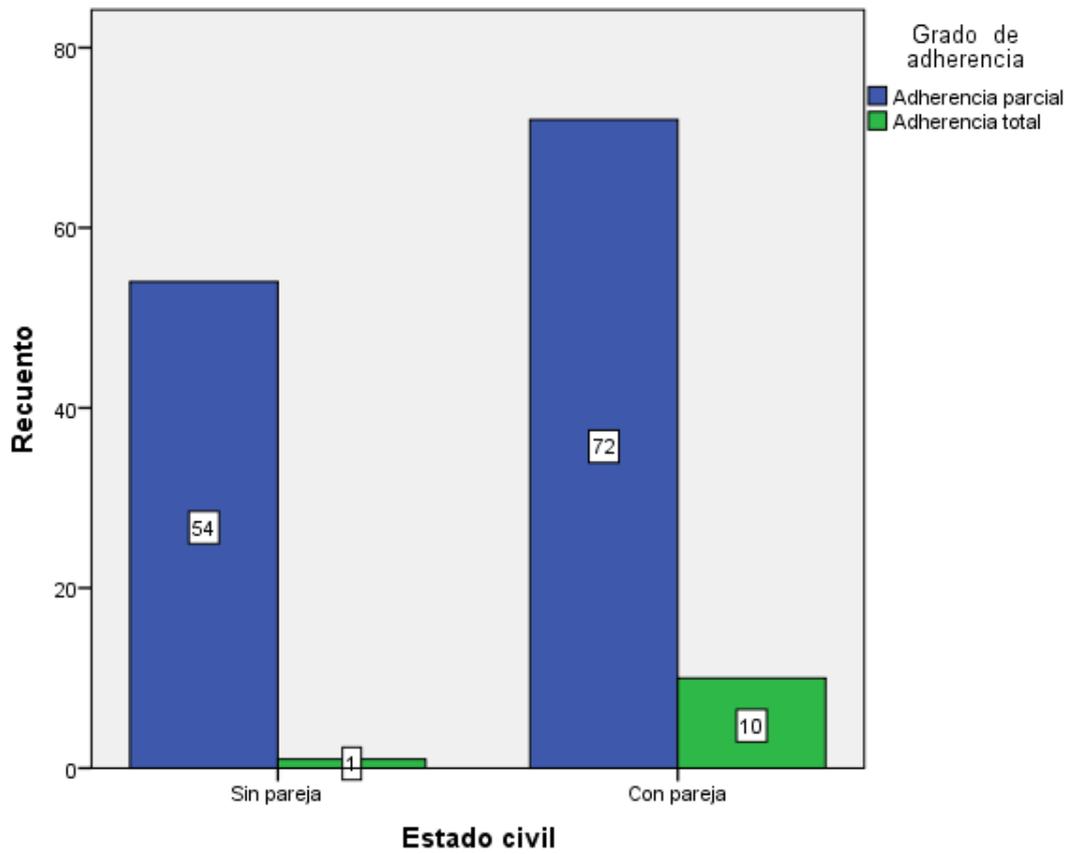
Chi cuadrado = 2.73,  $p = 0.098$ , **NO EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE GÉNERO Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**TABLA 6: RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			Grado de adherencia		Total
			Adherencia parcial	Adherencia total	
Estado civil	Sin pareja	Recuento	54	1	55
		% dentro de Estado civil	98.2	1.8	100
		% dentro de Grado de adherencia	42.9	9.1	40.1
		% del total	39.4	0.7	40.1
	Con pareja	Recuento	72	10	82
		% dentro de Estado civil	87.8	12.2	100
		% dentro de Grado de adherencia	57.1	90.9	59.9
		% del total	52.6	7.3	59.9
Total		Recuento	126	11	137
		% dentro de Estado civil	92	8	100
		% dentro de Grado de adherencia	100	100	100
		% del total	92	8	100

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 3: RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

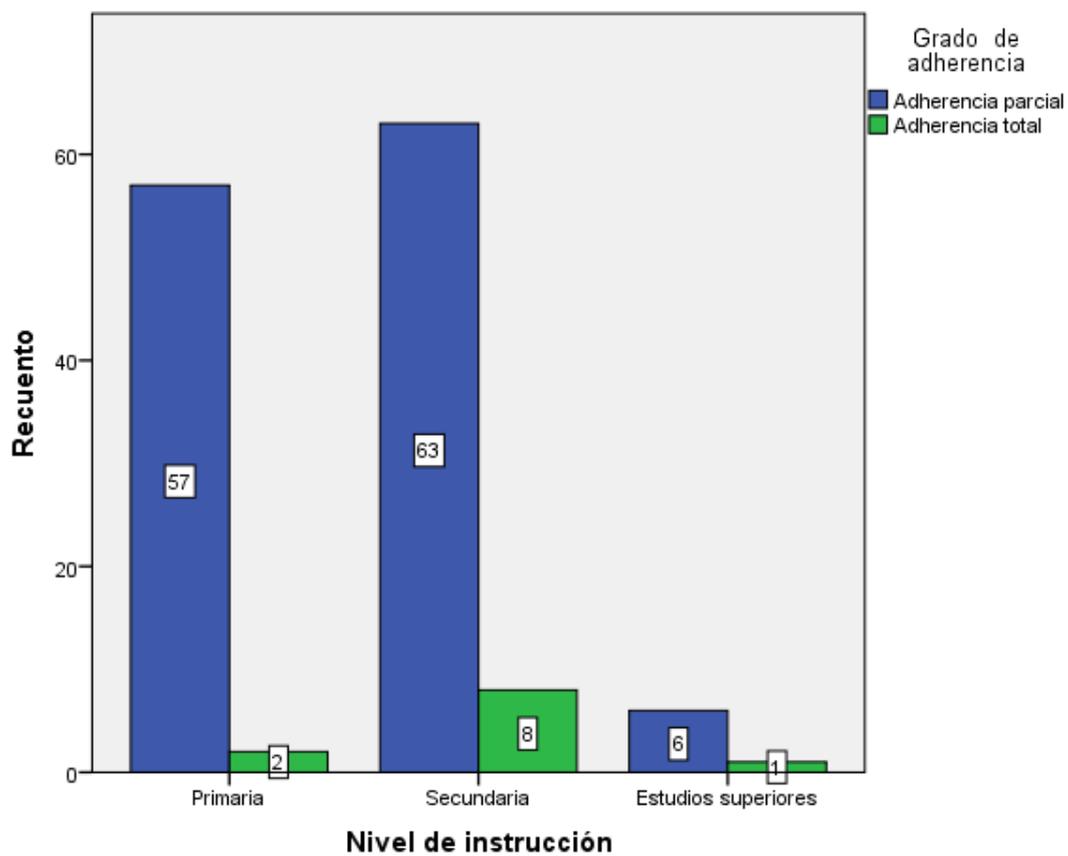
Chi cuadrado = 4.80,  $p = 0.028$ , **SÍ EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**TABLA 7: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			Grado de adherencia		Total
			Adherencia parcial	Adherencia total	
Nivel de instrucción	Primaria	Recuento	57	2	59
		% dentro de Nivel de instrucción	96.6	3.4	100
		% dentro de Grado de adherencia	45.2	18.2	43.1
		% del total	41.6	1.5	43.1
	Secundaria	Recuento	63	8	71
		% dentro de Nivel de instrucción	88.7	11.3	100
		% dentro de Grado de adherencia	50	72.7	51.8
		% del total	46	5.8	51.8
	Estudios superiores	Recuento	6	1	7
		% dentro de Nivel de instrucción	85.7	14.3	100
		% dentro de Grado de adherencia	4.8	9.1	5.1
		% del total	4.4	0.7	5.1
Total	Recuento	126	11	137	
	% dentro de Nivel de instrucción	92	8	100	
	% dentro de Grado de adherencia	100	100	100	
	% del total	92	8	100	

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 4: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

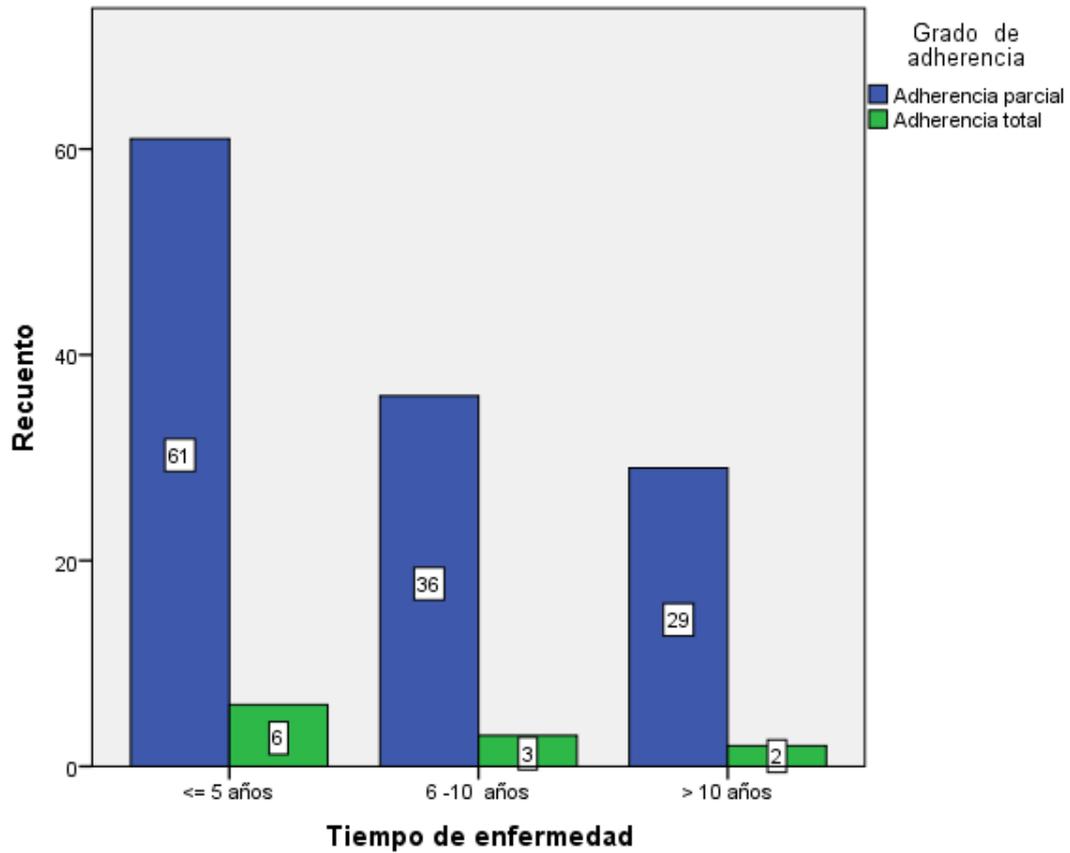
Chi cuadrado = 3.099,  $p = 0.212$ , **NO EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPERTENSIVO**

**TABLA 8: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ENFERMEDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			Grado de adherencia		Total
			Adherencia parcial	Adherencia total	
<b>Tiempo de enfermedad</b>	<b>&lt;= 5 años</b>	Recuento	61	6	67
		% dentro de Tiempo de enfermedad	91	9	100
		% dentro de Grado de adherencia	48.4	54.5	48.9
		% del total	44.5	4.4	48.9
	<b>6 -10 años</b>	Recuento	36	3	39
		% dentro de Tiempo de enfermedad	92.3	7.7	100
		% dentro de Grado de adherencia	28.6	27.3	28.5
		% del total	26.3	2.2	28.5
	<b>&gt; 10 años</b>	Recuento	29	2	31
		% dentro de Tiempo de enfermedad	93.5	6.5	100
		% dentro de Grado de adherencia	23	18.2	22.6
		% del total	21.2	1.5	22.6
<b>Total</b>	Recuento	126	11	137	
	% dentro de Tiempo de enfermedad	92	8	100	
	% dentro de Grado de adherencia	100	100	100	
	% del total	92	8	100	

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 5: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ENFERMEDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

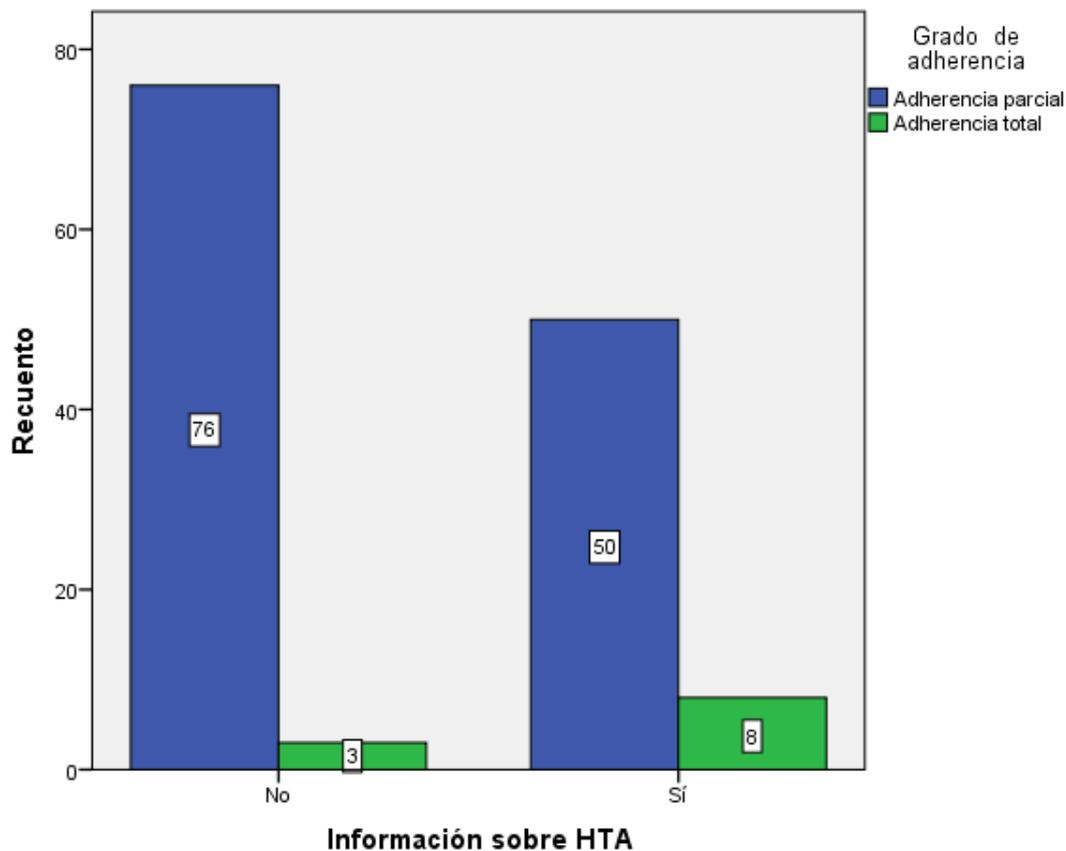
Chi cuadrado = 0.188,  $p = 0.910$ , **NO EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE TIEMPO DE ENFERMEDAD Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**TABLA 9: RELACIÓN ENTRE INFORMACIÓN SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			Grado de adherencia		<b>Total</b>
			Adherencia parcial	Adherencia total	
<b>Información sobre HTA</b>	<b>No</b>	Recuento	76	3	79
		% dentro de Información sobre HTA	96.2	3.8	100
		% dentro de Grado de adherencia	60.3	27.3	57.7
		% del total	55.5	2.2	57.7
	<b>Sí</b>	Recuento	50	8	58
		% dentro de Información sobre HTA	86.2	13.8	100
		% dentro de Grado de adherencia	39.7	72.7	42.3
		% del total	36.5	5.8	42.3
	<b>Total</b>	Recuento	126	11	137
		% dentro de Información sobre HTA	92	8	100
% dentro de Grado de adherencia		100	100	100	
% del total		92	8	100	

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 6: RELACIÓN ENTRE INFORMACIÓN SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

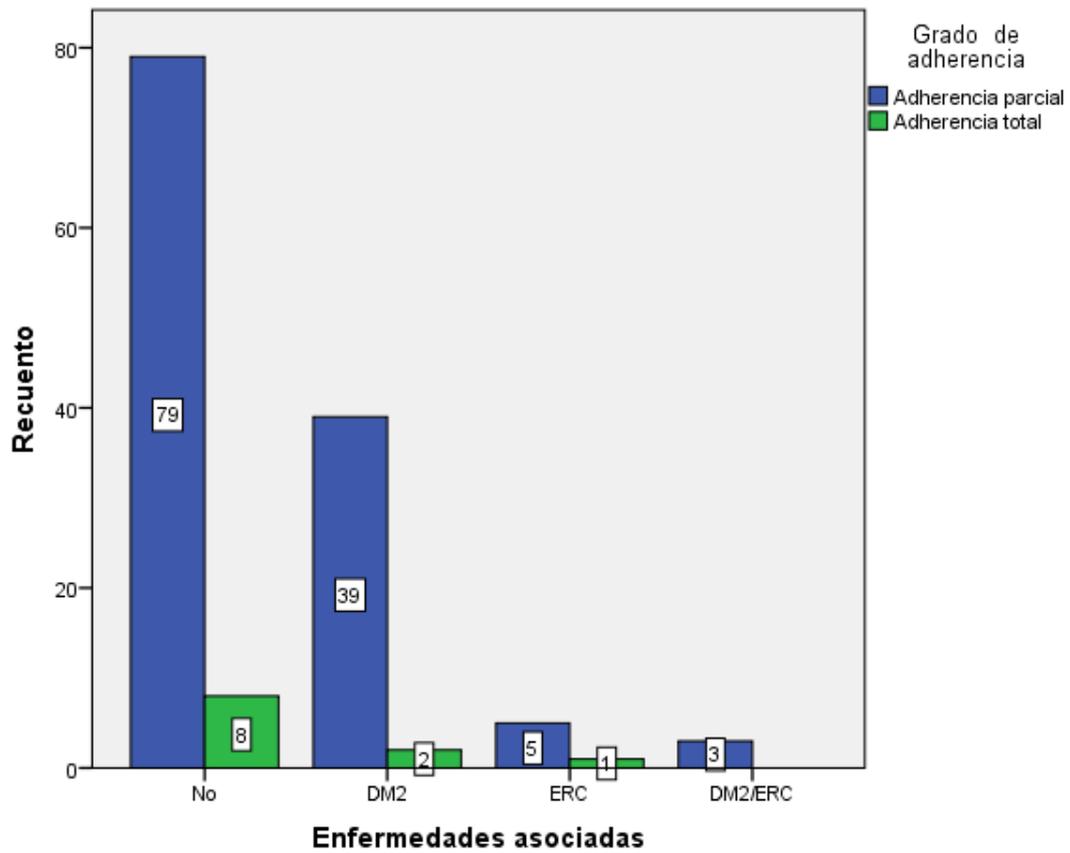
Chi cuadrado = 4.525;  $p = 0.033$ , **SÍ EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE INFORMACIÓN SOBRE HTA Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**TABLA 10: RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES ASOCIADAS Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			Grado de adherencia		Total
			Adherencia parcial	Adherencia total	
<b>Enfermedades asociadas</b>	<b>No</b>	Recuento	79	8	87
		% dentro de Enfermedades asociadas	90.8	9.2	100
		% dentro de Grado de adherencia	62.7	72.7	63.5
		% del total	57.7	5.8	63.5
	<b>DM2</b>	Recuento	39	2	41
		% dentro de Enfermedades asociadas	95.1	4.9	100
		% dentro de Grado de adherencia	31	18.2	29.9
		% del total	28.5	1.5	29.9
	<b>ERC</b>	Recuento	5	1	6
		% dentro de Enfermedades asociadas	83.3	16.7	100
		% dentro de Grado de adherencia	4	9.1	4,4%
		% del total	3.6	7	4.4
	<b>DM2/ERC</b>	Recuento	3	0	3
		% dentro de Enfermedades asociadas	100	0	100
		% dentro de Grado de adherencia	2.4	0	2.2
		% del total	2.2	0	2.2
<b>Total</b>	Recuento	126	11	137	
	% dentro de Enfermedades asociadas	92	8	100	
	% dentro de Grado de adherencia	100	100	100	
	% del total	92	8	100	

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 7: RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES ASOCIADAS Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

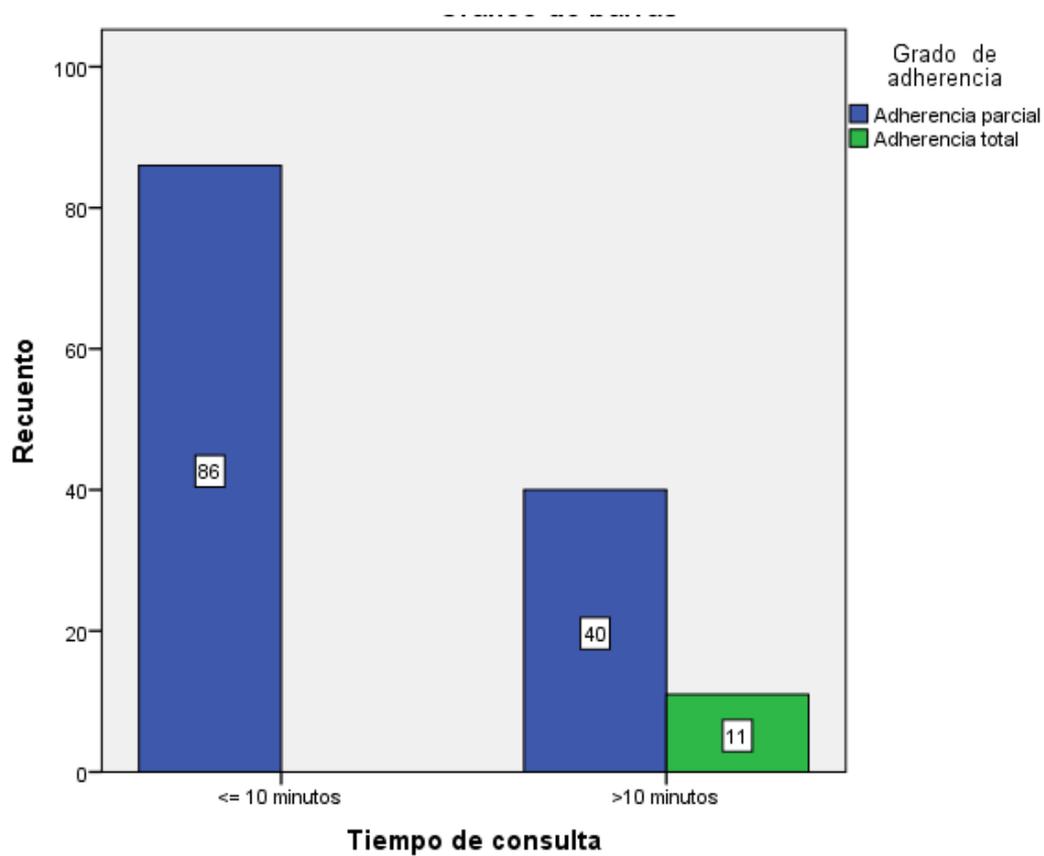
Chi cuadrado = 1.580,  $p = 0.664$ , **NO EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDADES ASOCIADAS Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.**

**TABLA 11: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE CONSULTA Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			Grado de adherencia		Total
			Adherencia parcial	Adherencia total	
Tiempo de consulta	≤ 10 minutos	Recuento	86	0	86
		% dentro de Tiempo de consulta	100,0	0,0	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	68,3	0,0	62,8
		% del total	62,8	0,0	62,8
	>10 minutos	Recuento	40	11	51
		% dentro de Tiempo de consulta	78,4	21,6	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	31,7	100,0	37,2
		% del total	29,2	8,0	37,2
Total		Recuento	126	11	137
		% dentro de Tiempo de consulta	92,0	8,0	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	100,0	100,0	100,0
		% del total	92,0	8,0	100,0

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 8: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE CONSULTA Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



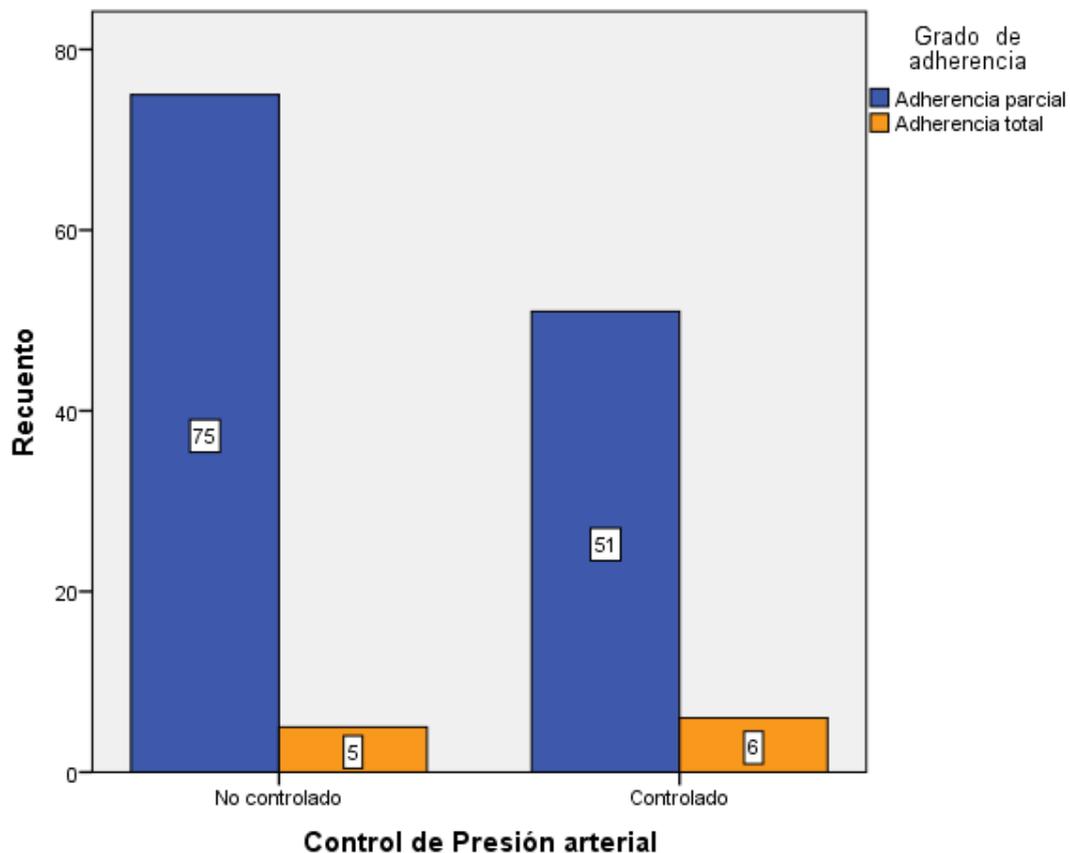
Chi cuadrado= 20.168,  $p = 0.00$ : **SÍ EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE TIEMPO DE CONSULTA Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**TABLA 12: RELACIÓN ENTRE CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			<b>Grado de adherencia</b>		<b>Total</b>
			Adherencia parcial	Adherencia total	
<b>Presión arterial</b>	<b>No controlado</b>	Recuento	75	5	80
		% dentro de Control de Presión arterial	93,8	6,3	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	59,5	45,5	58,4
		% del total	54,7	3,6	58,4
	<b>Controlado</b>	Recuento	51	6	57
		% dentro de Control de Presión arterial	89,5	10,5	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	40,5	54,5	41,6
		% del total	37,2	4,4	41,6
<b>Total</b>	Recuento	126	11	137	
	% dentro de Control de Presión arterial	92,0	8,0	100,0	
	% dentro de Grado de adherencia	100,0	100,0	100,0	
	% del total	92,0	8,0	100,0	

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 9: RELACIÓN ENTRE CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

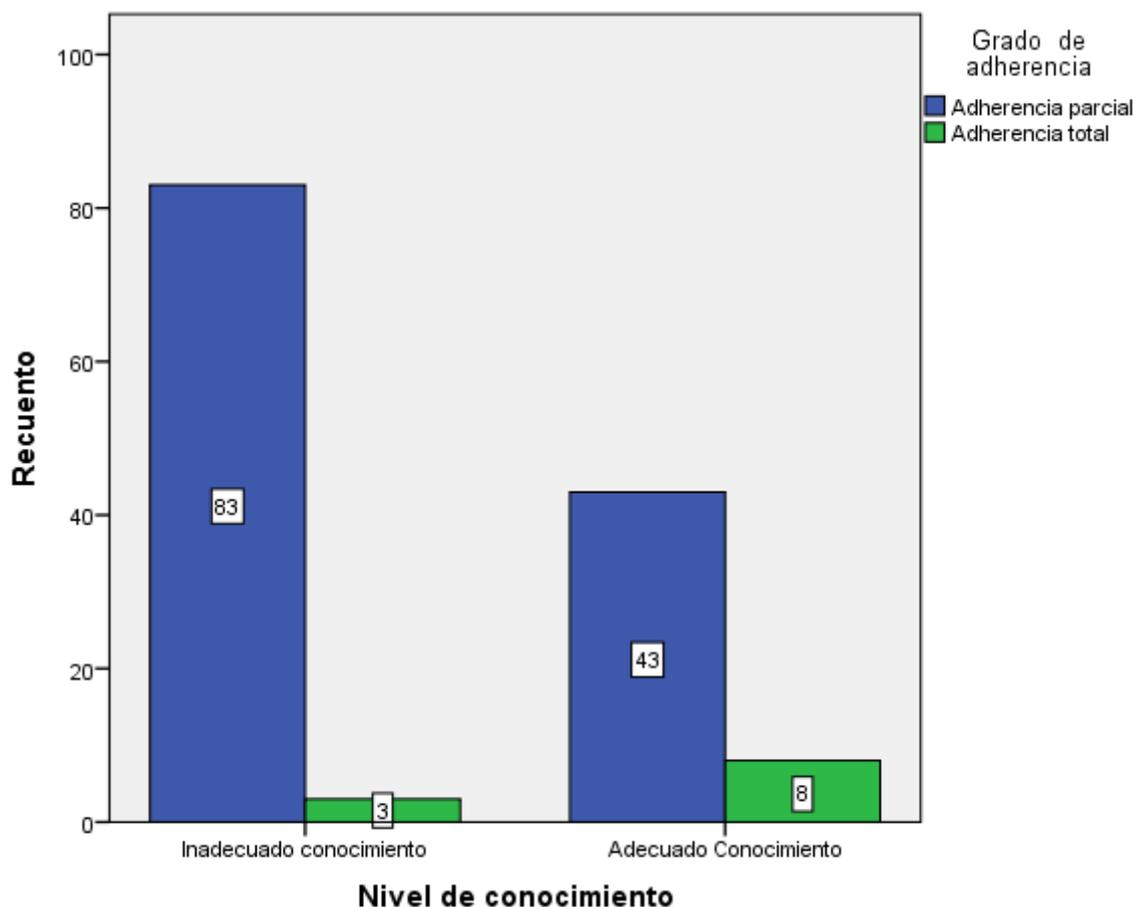
Chi cuadrado= 0.824,  $p = 0.364$ : **NO EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**TABLA 13: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

			Grado de adherencia		Total
			Adherencia parcial	Adherencia total	
<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Inadecuado conocimiento</b>	Recuento	83	3	86
		% dentro de Nivel de conocimiento	96,5	3,5	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	65,9	27,3	62,8
		% del total	60,6	2,2	62,8
	<b>Adecuado Conocimiento</b>	Recuento	43	8	51
		% dentro de Nivel de conocimiento	84,3	15,7	100,0
		% dentro de Grado de adherencia	34,1	72,7	37,2
		% del total	31,4	5,8	37,2
<b>Total</b>	Recuento	126	11	137	
	% dentro de Nivel de conocimiento	92,0	8,0	100,0	
	% dentro de Grado de adherencia	100,0	100,0	100,0	
	% del total	92,0	8,0	100,0	

Fuente: Base informática de estadística de las encuestas.

**GRÁFICO 10: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE ADHERENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LOS CC.SS. TÚPAC AMARU Y JOSÉ QUIÑONES GONZALES**



Fuente: Elaboración propia

Chi cuadrado= 6.451 p 0.01; **EXISTE ASOCIACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE ADHERENCIA**; esto nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, es decir que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial sí afecta la adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos.

Utilizando el coeficiente de Cramer para medir la intensidad de asociación para dos variables nominales, el resultado es de 0,217 lo que significa que existe poca asociación entre el nivel de conocimiento y el grado de adherencia al tratamiento. (Tabla N°14)

**TABLA 14: COEFICIENTE DE CRAMER**

	Valor	Sig. Aproximada
Índice de Cramer	0.217	0.011

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 15: ODDS RATIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y FACTORES ASOCIADOS**

<b>Adherencia al tratamiento</b>					
	Chi-cuadrado de Pearson	P	OR	IC al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
<b>Estado civil</b>	4.8	0.028	7.5	0.932	60.37
<b>Información sobre hipertensión</b>	4.525	0.033	4.053	1.026	16.016
<b>Tiempo de consulta</b>	20.168	0.000	1.275	1.104	1.472
<b>Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial</b>	6.451	0.011	5.147	1.299	20.4

Fuente: Elaboración propia

De los factores en los cuales se halló asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) con adherencia al tratamiento se determina el Odds Ratio: (Tabla N° 15)

- Variable estado civil: OR =7.5, con IC al 95% de 0.932-60.37 tomando el valor 1, por lo tanto decimos que el OR no tiene significancia estadística.
- Variable información sobre hipertensión: OR =4,053 e IC al 95% de 1.026 –16.016, no toma el valor 1, el OR presenta significancia estadística, interpretándose como: “Las personas que no reciben información sobre hipertensión arterial tienen 4.053 veces más riesgo de tener adherencia parcial al tratamiento que las personas que sí reciben información”.
- Variable tiempo de consulta: OR =1.275 e IC al 95% de 1.104-1.472, no tomando el valor 1, el OR presenta significancia estadística, interpretándose como: Las personas cuyo tiempo de consulta es menor de 10 minutos tienen 1.275 veces más riesgo de tener adherencia parcial al tratamiento que las personas con tiempo de consulta mayor de 10 minutos.
- Variable nivel de conocimiento: OR=5.147 e IC al 95% de 1.299-20.4, no tomando el valor 1, el OR presenta significancia estadística, interpretándose como: Las personas que tienen un inadecuado conocimiento sobre hipertensión arterial tienen 5.147 veces más riesgo de tener adherencia parcial al tratamiento que las personas que tienen un adecuado conocimiento.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo principal evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud del primer nivel de atención, los resultados encontrados muestran que los pacientes con un inadecuado nivel de conocimiento tienen 5.1 veces más probabilidad de tener una adherencia parcial al tratamiento que los pacientes que tienen un adecuado conocimiento sobre hipertensión arterial (Tabla N°15), estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas en Perú por Rodríguez C. y cols (10) en el 2017, en donde los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen 1.4 veces más probabilidad de

desarrollar adherencia parcial al tratamiento que los pacientes con alto conocimiento; Garaundo C (11) en el 2017 obtuvo como resultado que los pacientes con inadecuado conocimiento sobre hipertensión arterial tienen 9.077 veces más probabilidad de desarrollar una mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y Arámbulo R (14) en el 2018 encontró que el adecuado conocimiento sobre hipertensión arterial constituye un factor protector para la adherencia al tratamiento. Por el contrario, Alférez J (12) en 2017 y Ojeda F (16) en el 2019 no encontraron asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento ( $p=0.229$  y  $0.476$  respectivamente), al igual que el estudio de Ortiz D y cols (13) realizado en Cuba en el 2018, no encontró relación estadística entre nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento ( $p=0.06$ ).

Entre los posibles factores que se relacionan con este inadecuado conocimiento y que como resultado final tienen una adherencia parcial al tratamiento sería la escasa o nula información que los médicos de los centros de salud del primer nivel brindan a sus pacientes; y el tiempo de consulta el cual resulta ser muy reducido para los pacientes.

Con respecto a las características sociodemográficas de la población hipertensa encuestada se determinó que la media de la edad fue de 63.43 con  $DE \pm 12.83$  años, siendo más frecuente el rango de edad  $\geq 60$  años con un 65%, (Tabla N°1 Y 2) en contraste con lo encontrado por Garaundo de 48.7%, y Ojeda de 83.6% donde el porcentaje fue aún mayor para ese rango de edad. En cuanto a la asociación entre edad y adherencia al tratamiento, se determinó que 58.4% de los pacientes son mayores de 60 años y presentan adherencia parcial al tratamiento concomitantemente, no se halló asociación estadísticamente significativa  $p=0.453$  (Tabla N°4), esto coincide con los resultados de Ojeda, donde no se halla asociación entre estas variables con un  $p=0.281$ , a diferencia de Alférez, quien halló que a mayor edad menor adherencia al tratamiento y esta relación fue estadísticamente significativa con un  $p=0.00$ , al igual que Garaundo, quien encontró una asociación estadísticamente significativa entre las dos variables con un  $p=0.002$ , además determinó que el rango de edad de 40-60 años es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento antihipertensivo (OR 2.188, IC 95% 1.318 -3.631).

Se determinó que el sexo predominante fue el femenino con un 75.2% (Tabla N°3) este resultado fue similar al encontrado por Rodríguez y cols de 50.7%, Ojeda de 60.8%, Alférez de 62.8% y Garaundo de 65.48. Sin embargo según información oficial de ENDES 2019, la prevalencia de HTA es mayor en los hombres (8). Se determinó que el 70.8% de los pacientes son del sexo femenino y tienen adherencia parcial al tratamiento (Tabla N°5). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento con  $p=0.098$ , esto coincide con lo encontrado por Rodríguez y cols, Alférez; Arámbulo y Ojeda ( $p= 0.74, 0.94, 0.242, 0.79$  respectivamente) quienes no hallaron asociación significativa entre las dos variables; por el contrario Garaundo sí halló asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, con  $p=0.005$ , además encontró que el sexo masculino es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento (OR 2.848, IC 95% 1.573-5,153).

En cuanto al estado civil, del total de pacientes encuestados el 59.9% tienen pareja (Tabla N°3), esta frecuencia es similar al estudio de Rodríguez y cols y Garaundo con 64.2% y 54.5% respectivamente; al igual que Alférez donde el 75.6% tienen pareja, un porcentaje mayor a los otros dos estudios. Se determinó que el 52.6% tienen pareja y presentan adherencia parcial tratamiento y el 39.4% no tiene pareja y es adherente parcialmente al tratamiento simultáneamente (Tabla N°6). En nuestro estudio sí se halló asociación estadísticamente significativa ( $p=0.028$ ) entre estado civil y adherencia al tratamiento, con un OR=7.5, con IC al 95% de 0.932-60.37 tomando el valor 1, por lo que el OR no tiene significancia estadística (TablaN°15); esto coincide solo con Alférez quien encuentra asociación significativa entre las variables, con  $p=0.00$ , sin embargo no calculó el Odds Ratio; por el contrario Rodríguez y cols; Ojeda y Garaundo ( $p= 0.7, 0.25$  y  $0.078$  respectivamente), no hallaron asociación estadísticamente significativa.

En el nivel de instrucción fue mayor la frecuencia del nivel secundaria con 51.8%, en contraste con Rodríguez y cols y Alférez donde el 50.9% y 52.2% respectivamente tenían estudios superiores. Se determinó que 46% tienen nivel secundaria y adherencia parcial al tratamiento, y 41.6% tienen nivel primaria y adherencia parcial al tratamiento (Tabla N°7) No se halló asociación estadísticamente significativa entre las variables nivel de instrucción y adherencia al tratamiento, esto coincide con los resultados de Rodríguez y cols; Garaundo

y Ojeda ( $p= 0.49$ ;  $0.486$  y  $0.162$  respectivamente) quienes tampoco encontraron asociación entre ambas variables, por el contrario Alférez determinó que a menor grado de instrucción menor adherencia y esta relación fue estadísticamente significativa con  $p=0.00$ .

Del total de pacientes encuestados, según el tiempo de diagnóstico de HTA fue mayor la frecuencia de  $\leq 5$  años con  $48.9\%$  coincidiendo con Garaundo con  $69.7\%$ , a diferencia de Rodríguez y cols donde la frecuencia fue predominante en  $>10$  años con  $55.6\%$ . Se determinó que el  $44.5\%$  de los pacientes presentaban un tiempo de diagnóstico menor o igual a 5 años y adherencia parcial al tratamiento simultáneamente (Tabla N°8). No se halló asociación estadísticamente significativa entre tiempo de diagnóstico y adherencia al tratamiento con  $p=0.910$ ; al igual que Ojeda que no encontró relación estadísticamente significativa entre las variables ( $p = 0.412$ ); esto difiere de los resultados de Rodríguez y cols que encontraron asociación significativa entre las dos variables ( $p=0.02$ ), y mediante modelo de regresión determinaron que existe asociación estadísticamente significativa entre tener más de 10 años de hipertensión arterial (RP  $0,75$ , IC  $95\%$   $0,59-0,95$ ) con adherencia parcial al tratamiento; al igual que Garaundo que también encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables con  $p=0.005$ , además determinó que los pacientes hipertensos que tienen menos de 5 años de diagnóstico de HTA constituye un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento (OR  $4.268$ , IC  $95\%$   $2.517- 7.239$ ).

En cuanto a la información brindada por el médico tratante sobre HTA, el  $57.7\%$  no la recibió, esto difiere de lo encontrado por Rodríguez donde el  $70.5\%$  sí recibieron información. Se determinó que el  $55.5\%$  de los pacientes no obtuvieron información sobre hipertensión arterial y tienen adherencia parcial al tratamiento, mientras que el  $36.5\%$  obtuvo información pero presentó adherencia parcial al tratamiento (Tabla N°9). Sí se halló asociación estadísticamente significativa ( $p=0.033$ ) entre ambas variables, además se determinó que el no recibir información sobre HTA constituye un factor de riesgo para tener adherencia parcial al tratamiento (OR  $4.053$ , IC  $95\%$   $1.026-16.016$ ); estos resultados coinciden con los hallados por Rodríguez y cols que indica que sí existe asociación significativa entre las variables ( $p<0.01$ ), mediante modelo de regresión determinaron que existe asociación estadísticamente significativa entre no haber recibido información acerca

de hipertensión arterial por parte del médico (RP 1,42 IC 95% 1,16-1,74) con adherencia parcial al tratamiento.

De las comorbilidades asociadas el 63.5% no presentaban ninguna, el 29.9% tenía DM2, el 4.4% presentaba ERC asociada. Se determinó que el 57.7% no tienen enfermedades asociadas y presentan adherencia parcial tratamiento, el 28.5% presentan DM2 y adherencia parcial al tratamiento, el 3.6% presentan ERC y adherencia parcial al tratamiento y el 2.2% presentan DM2 y ERC simultáneamente y son adherente parcialmente al tratamiento (Tabla N°10). No hallándose asociación estadísticamente significativa ( $p=0.664$ ) entre enfermedades asociadas y adherencia al tratamiento; esto coincide con Rodríguez y cols quienes no encontraron asociación entre DM2 o ERC con la adherencia al tratamiento ( $p=0.86$ ).

En el tiempo que dura la consulta médica, el tiempo  $\leq 10$  minutos fue el predominante con 62.8% (Tabla N°3), difiere de Rodríguez y cols en el cual, el periodo de tiempo de 10-15 minutos fue el más frecuente con 52.9%. En cuanto a la asociación entre tiempo de consulta y adherencia al tratamiento se determinó que el 62.8% de los pacientes presentaban un tiempo de consulta menor a 10 minutos y adherencia parcial al tratamiento de forma simultánea (Tabla N°11), sí se encontró asociación significativa ( $p=0.000$ ) entre las variables, determinando que el tiempo de consulta menor de 10 minutos constituye un factor de riesgo para tener adherencia parcial al tratamiento (OR 1.275, IC 95% 1.104-1.472), coincidiendo con Rodríguez y cols quienes también encontraron asociación significativa ( $p<0.01$ ) entre ambas variables, y mediante modelo de regresión determinaron que existe asociación estadísticamente significativa entre: tiempo de consulta mayor a 15 minutos (RP 0,51, IC 95% 0,36-0,73), con adherencia parcial al tratamiento.

De los resultados que se obtuvieron del cuestionario para evaluar el conocimiento sobre la HTA el 62.8% de los pacientes hipertensos presentaron un inadecuado conocimiento de su enfermedad; esto difiere de los demás estudios, Rodríguez y cols que encontró mayor predominio por adecuado conocimiento con 68.2%. Garaundo encontró un 77,1% vs 22.9%

a predominio de un adecuado conocimiento; Alférez también encontró un mayor porcentaje de conocimiento satisfactorio con un 70%.

Para evaluar el grado de adherencia se utilizó el test de Martín-Bayarre-Grau. Se encontró que la población encuestada presentaba predominantemente adherencia parcial al tratamiento con 92% vs 8% que tenía adherencia total. (Tabla N°3). Rodríguez y cols aplicó el mismo test encontrando 53.3% vs 46.7% predominando adherencia parcial y Alférez encontró que 73.3% de los pacientes presentaron la condición de adheridos parciales seguido de un 20% de adheridos totales y 6.7% de no adheridos.

En la distribución de pacientes según el control de la hipertensión arterial se halló un mayor predominio en pacientes con un mal control en relación a los que tienen un buen control con 58.4% vs 41.6% respectivamente (Tabla N°3), esto coincide con Garaundo que encuentra un predominio por pacientes con mal control de su presión arterial con un 75,5% vs 24,5%. En cuando a su asociación con adherencia al tratamiento se determinó que 54.7% de los pacientes presentaron una adherencia parcial al tratamiento y no tenían controlada su presión arterial (Tabla N°12).

## CAPITULO IV. CONCLUSIONES

1. Se determinó que sí existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de los centros de salud del primer nivel de atención “Túpac Amaru y José Quiñones Gonzales”; el 96.5% de la población con inadecuado conocimiento sobre su enfermedad tenía adherencia parcial al tratamiento, se determinó que las personas con inadecuado conocimiento tienen 5.1 veces más riesgo de tener adherencia parcial al tratamiento en comparación con las personas que tienen un adecuado conocimiento, por lo tanto podríamos inferir que a menor conocimiento sobre hipertensión arterial, menor es la adherencia al tratamiento.
2. El nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial evaluado con el cuestionario CSH en la población hipertensa de los centros de primer nivel de atención, del total, el 62.8%(86) presentó un inadecuado conocimiento frente al 37.2%(51) con adecuado conocimiento, esto podría deberse a la poca información brindada por el personal de salud o al menor tiempo de la consulta médica.
3. El grado de adherencia de la población hipertensa encuestada fue predominantemente adherencia parcial al tratamiento con 92%(126) frente al 8%(11) que tenía adherencia total.
4. De todas las variables presentadas en el estudio se determinó que existe asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre el grado de adherencia al tratamiento con las variables estado civil, información sobre hipertensión, tiempo de consulta y nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial; calculando luego el Odds Ratio se determinó que el no recibir información sobre HTA (OR 4.053), tiempo de consulta menor a 10 minutos (OR 1.275) y el inadecuado conocimiento sobre HTA (OR 5.147) constituyen factores de riesgo para adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo.

## **CAPITULO V: RECOMENDACIONES**

1. Al personal de los centros de salud del primer nivel que brinden mayor información sobre hipertensión arterial, esto incluye informar qué es la hipertensión arterial, cómo se puede controlar y las consecuencias que trae consigo un inadecuado tratamiento y mal control de la presión arterial; además, impulsar estilos de vida saludables, tanto en los pacientes hipertensos como en aquellos que no tienen la enfermedad, mostrando empatía por el paciente.
2. Innovación de los programas de enfermedades por DNT (daños no transmisibles), manteniendo un seguimiento y control más estrecho de sus pacientes.
3. A los pacientes hipertensos que acudan a todos sus controles médicos, que tomen sus medicamentos, además que practiquen estilos de vida saludables y ante cualquier duda o inquietud que presenten pregunten a su médico.
4. A las autoridades regionales que inviertan más en los centros de salud del primer nivel, recordando que el primer nivel de atención es el primer lugar donde acude la mayor parte de la población, sobre todo en esta época de coyuntura que atravesamos por la pandemia del Covid-19, que capaciten al personal de salud para que brinden una mejor atención, inviertan en materiales médicos, abastezcan las farmacias y así los pacientes no dejen de tomar sus medicamentos por falta de recursos.
5. A los investigadores de salud, dediquen más tiempo en realizar estudios en el primer nivel de atención, de esta forma se puede ayudar a fortalecer este nivel de salud, con respecto a nuestro estudio pueden realizar otras investigaciones donde no solo se encuentre la asociación sino también la causalidad y puedan abordar aspectos que no fueron contemplados en la presente estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. Rev. Med. Clin. Condes. 2018; 29(1): 12-20
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. [citado 15 diciembre 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial [Internet] Organización Mundial de la Salud. 2019. [citado 15 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
4. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre hipertensión [Internet]. Ginebra, Suiza. [citado 15 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]. Washington, D.C. [citado 15 diciembre 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es)
6. Chow C, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA. 2013;310:959-68
7. Gomez F, Camacho A, López J, López P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. Rev Col Cardiol. 2019; 2(26): 57-112
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: INEI; 2019: 287-306. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES\\_ENDES\\_2019.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2019.pdf)
9. Cosin J. Situación actual del control de la hipertensión arterial y de la diabetes tipo 2 en España. Sociedad Española De Cardiología. 2017. Disponible en:

10. <https://secardiologia.es/clinica/publicaciones/actualidad-cardiologia-clinica/octubre-2017/9083-situacion-actual-del-control-de-la-hipertension-arterial-y-de-la-diabetes-tipo-2-en-espana>
11. Rodríguez C, et al. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Rev. Fac. Med. 2017; 65(1): 55-60.
12. Garaundo C. Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017 [Pregrado]. Universidad Ricardo Palma; 2017
13. Alférez J. Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo en Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de la Red Asistencial de EsSalud –Tacna, 2017 [Pregrado]. Universidad Privada de Tacna; 2017
14. Ortiz D, et al. Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos, MEDISAN. 2019; 23(4):632-643
15. Arámbulo R. Conocimientos sobre hipertensión arterial y su asociación con adherencia al tratamiento Hospital Cayetano Heredia Piura 2018 [Pregrado]. Universidad privada Antenor Orrego; 2018
16. Guevara D. Nivel de conocimiento de hipertensión arterial y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del centro de salud Paiján, 2018 [Posgrado]. Universidad Nacional de Trujillo; 2018
17. Ojeda F. Nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos tratados en la microred de salud norte de la ciudad de Tacna 2019 [Pregrado]. Universidad Privada de Tacna; 2019.
18. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. 2015
19. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo: Día mundial de la salud. [Internet]. Ginebra, Suiza. [citado 15 diciembre 2020] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf)
20. James P, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014; 311(5):507-20.

21. Williams B, Mancia G, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72(2):160.e1-e78
22. Whelton P, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 71(19):127–248
23. Villamil L, Badoui N. Abordaje diagnóstico de la hipertensión arterial secundaria. *Univ. Med.* 2018; 59(1): 61-68.
24. Ramos M. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. *Rev Urug Cardiol.* 2019; 34: 53-60.
25. Carrillo G. Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en Latinoamérica. *MEDICIENCIAS UTA.* 2019; 3 (2):2-9.
26. Estrada D, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2013; 30(4):127-34.
27. Martín A, Bayarre H; Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública.* 2008 [Internet]. 2008 [citado 15 diciembre 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es).

## ANEXOS

### ANEXO 01

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACION

El objetivo de esta ficha de consentimiento es brindar una explicación clara de la investigación a realizar, así como el rol que cumplen los participantes.

Esta investigación es dirigida por Katherine Soplopuco Díaz y Cinthia Tejada Peche, alumnas de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Pedro Ruiz Gallo, siendo el objetivo del estudio determinar la asociación entre el conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes que acuden por consultorio externo en dos centros de salud del primer nivel de Lambayeque.

Si usted acepta participar en esta investigación, se le pedirá responder preguntas en dos encuestas, con una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente.

La participación es voluntaria; la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a las encuestas serán anónimas.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el estudio. De igual forma, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le ocasione perjuicios. Si considera que alguna de las preguntas es inapropiada, tiene usted el derecho de comunicarles a los investigadores o de no responderlas.

Desde ya agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es DETERMINAR LA ASOCIACION ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL Y LA ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS POR CONSULTORIO EXTERNO

Sé que la información que yo brinde en esta investigación es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI N°: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## ANEXO 02

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**Evaluación de conocimientos de hipertensión en pacientes hipertensos y su asociación con adherencia al tratamiento.**

Instrucciones: Señor(a), en coordinación con el centro de salud, se realizará un estudio con el objetivo de obtener información acerca del nivel de conocimientos de pacientes hipertensos sobre hipertensión arterial, la información que se obtenga será de uso estrictamente confidencial.

Datos Generales: Marcar o llenar según corresponda

1. Edad:
2. Sexo:  Masculino     Femenino
3. Estado civil:
  - Soltero
  - Casado(a)/Conviviente
  - Divorciado(a)
  - Viudo(a)
4. Nivel de instrucción:
  - Sin estudios
  - Primaria incompleta
  - Primaria completa
  - Secundaria incompleta
  - Secundaria completa
  - Estudios superiores
5. ¿Hace cuántos años es usted hipertenso?
  - 5 años o menos     6-10     más de 10
6. ¿Su médico le ha brindado información sobre hipertensión arterial?
  - Sí                             No                             No recuerdo
7. ¿Toma medicamentos para la hipertensión?
  - Sí                             No                             No lo sé
8. ¿Presenta alguna de las siguientes enfermedades?
  - Diabetes Mellitus                             Problemas renales
9. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo dura la consulta con su médico?:

## ANEXO 03

### CUESTIONARIO CHS (Conocimientos sobre hipertensión)

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso.

Marque la casilla que corresponda a su situación particular:

<b>1. Hipertensión</b>			
1.1. ¿A partir de qué valor se considera a una persona hipertensa?	140/90	160/95	130/85
1.2 ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Si	No	No sé
<b>2. Riesgos de hipertensión</b>			
2.1 ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos?	Si	No	No sé
2.2 ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al corazón?	Si	No	No sé
2.3 ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis?	Si	No	No sé
2.4 ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro?	Si	No	No sé
2.5 ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones?	Si	No	No sé
<b>3. Factores de riesgo asociados a hipertensión</b>			
3.1 Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No sé
3.2 Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No sé
3.3 Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene mas riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No sé
3.4 Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No sé

<b>4. Dieta</b>			
4.1 ¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso?	Si	No	No sé
4.2 Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?	Si	No	No sé
4.3 ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Si	No	No sé
<b>5. Medicación</b>			
5.1 ¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?	Si	No	No sé
5.2 ¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si se le sube o le baja la presión arterial?	Si	No	No sé
5.3 ¿Cree que Ud. Puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?	Si	No	No sé
<b>6. Modificaciones de estilos de vida</b>			
6.1 ¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial?	Si	No	No sé
6.2 ¿Cree que caminar cada día ½-1 h, puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No sé
6.3 ¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?	Si	No	No sé

## ANEXO 04

### CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA MBG (MARTIN-BAYARRE-GRAU)

A) ¿Su médico tratante le ha brindado información sobre cómo obtener un mejor control de su presión arterial?

Sí  No

En caso de responder Sí, de las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cual o cuales le han indicado su médico.

1. Dieta sin sal o baja de sal \_\_\_\_\_
2. Consumir alimentos bajos en grasa \_\_\_\_\_
3. Moderación en el consumo de alcohol \_\_\_\_\_
4. Reducción y control de peso \_\_\_\_\_
3. Realizar ejercicio físico \_\_\_\_\_

B) Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si \_\_\_\_\_
2. No \_\_\_\_\_

C) Nivel de presión arterial: \_\_\_\_\_

D) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					

6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
11. Usted y su médico, analizan, como cumplir el tratamiento.					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

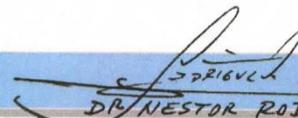
La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Katherine Soplopuco Diaz**  
Título del ejercicio: **Asociación Entre Conocimiento Sobre Hipertensión Arterial Y...**  
Título de la entrega: **Asociación Entre Conocimiento Sobre Hipertensión Arterial Y...**  
Nombre del archivo: **INFORME-DE-TESIS-FINAL-HIPERTENSI\_N-ARTERIAL-1.pdf**  
Tamaño del archivo: **951.56K**  
Total páginas: **59**  
Total de palabras: **7,544**  
Total de caracteres: **39,228**  
Fecha de entrega: **20-may-2021 07:08p.m. (UTC-0500)**  
Identificador de la entre... **1590714101**

Asociación entre conocimiento  
sobre hipertensión arterial y  
adherencia al tratamiento en  
pacientes hipertensos de centros  
de salud, Lambayeque  
2021

AUTORES: Katherine Soplopuco Diaz y Cinthia Tejada Peche

Derechos de autor 2021 Turnitin. Todos los derechos reservados.

  
DR. NESTOR RODRIGUEZ A.  
ASESOR.

# Asociación Entre Conocimiento Sobre Hipertensión Arterial Y Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Hipertensos De Centros De Salud, Lambayeque 2021

## INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>15%</b>	<b>15%</b>	<b>2%</b>	<b>6%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>revistas.unal.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional de Colombia</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martín de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>repositorio.uss.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>dspace.unitru.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

  
DR NESTOR RODRIGUEZ A.  
ASESOR.

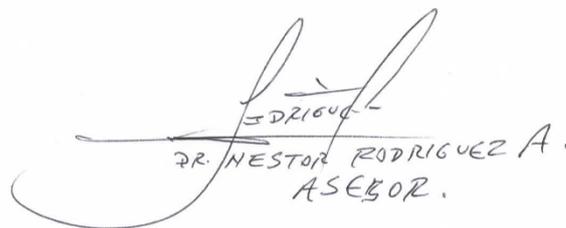
8	<a href="http://repositorio.upt.edu.pe">repositorio.upt.edu.pe</a> Fuente de Internet	1 %
9	<a href="http://www.saludmental.edilaser.net">www.saludmental.edilaser.net</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="http://bdigital.unal.edu.co">bdigital.unal.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
11	<a href="http://pesquisa.bvsalud.org">pesquisa.bvsalud.org</a> Fuente de Internet	<1 %
12	<a href="http://moam.info">moam.info</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<a href="http://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://www.dspace.unitru.edu.pe">www.dspace.unitru.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad de Manizales Trabajo del estudiante	<1 %
17	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://apps.who.int">apps.who.int</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://hipertension.cl">hipertension.cl</a> Fuente de Internet	<1 %

  
DR. NESTOR RODRIGUEZ A.  
ASESOR.

20	<a href="http://pt.scribd.com">pt.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
21	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="http://contextocolima.com">contextocolima.com</a> Fuente de Internet	<1 %
23	<a href="http://www.insp.mx">www.insp.mx</a> Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 15 words

  
DR. NESTOR RODRIGUEZ A.  
ASESOR.