



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
"PEDRO RUIZ GALLO"**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



---

**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN  
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA  
CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR DEL  
POLICLÍNICO ESSALUD "AGUSTIN GAVIDIA  
SALCEDO"- LAMBAYEQUE - 2015.**

# **TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

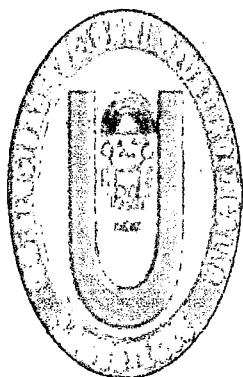
**AUTOR:**

**BACH. BECERRA MONDRAGÓN YOSIP LEONARDO**

**ASESOR:**

**DR. NÉSTOR MANUEL RODRÍGUEZ ALAYO**

**LAMBAYEQUE, MARZO 2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN  
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA  
CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR DEL  
POLICLÍNICO ESSALUD "AGUSTÍN GAVIDIA  
SALCEDO"- LAMBAYEQUE - 2015.**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

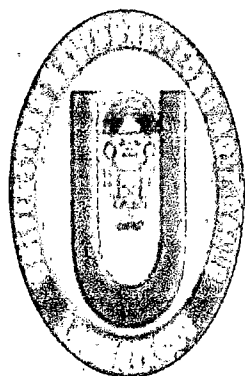
**AUTOR:**

**BACH. BECERRA MONDRAGÓN YOSIP LEONARDO**

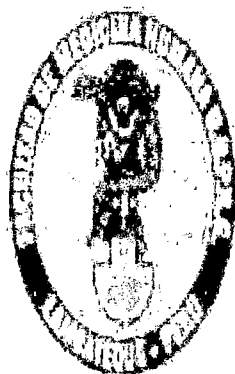
**ASESOR:**

**DR. NÉSTOR MANUEL RODRÍGUEZ ALAYO**

**LAMBAYEQUE, MARZO 2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN  
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA  
CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR DEL  
POLICLÍNICO ESSALUD "AGUSTÍN GAVIDIA  
SALCEDO"- LAMBAYEQUE - 2015.**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

---

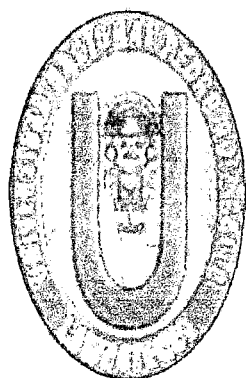
*Bach. Yosip Leonardo Becerra Mondragón*

**AUTOR**

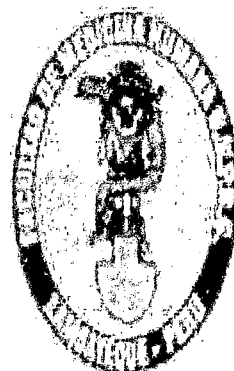
---

*Dr. Néstor Manuel Rodríguez Alayo*

**ASESOR**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN  
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA  
CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR DEL  
POLICLÍNICO ESSALUD "AGUSTÍN GAVIDIA  
SALCEDO"- LAMBAYEQUE - 2015.**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR:**

**Dr. ALFONSO HEREDIA DELGADO  
PRESIDENTE**

**Dra. BLANCA FALLA ALDANA  
SECRETARIO**

**Dr. HUGO ADALBERTO URBINA RAMIREZ  
VOCAL**

**Dr. JORGE PAICO GARCÍA  
SUPLENTE**

# AGRADECIMIENTO

*En primer lugar le agradezco a Dios por haberme guiado y acompañado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad.*

*En segundo lugar agradezco a mi familia, mis padres Orlando y María Elisa por los valores que me han inculcado, por haberme dado la oportunidad de seguir mis sueños con esta carrera. Agradezco a mis hermanas: Karina y Natali por ser un ejemplo laboral a seguir y por llenar mi vida de alegría y amor, a mi madrina Delia por todo el apoyo que me ha brindado desde pequeño, siempre dándome buenos consejos y ánimo en cada uno de los objetivos que me he trazado.*

*De igual forma agradezco de manera muy especial a mi asesor de tesis el Dr. Néstor Rodríguez Alayo porque su orientación, persistencia, paciencia y su motivación han sido fundamentales para mí, gracias por toda su confianza y dedicación durante el desarrollo de esta tesis.*

*Agradezco también mis amigos, Bautista, Jhonny, Aldo, Neil, Pedrito, Estelita, Lucho, Nando, y todos mis amigos que iniciaron esta aventura universitaria y a aquellos que he ido conociendo en el camino por su incondicional apoyo, amistad durante toda esta etapa universitaria.*

*Al personal de la cartera del adulto y adulto mayor por su colaboración en la fase de recolección de datos Lic. Delsi y Lic. Mayra.*

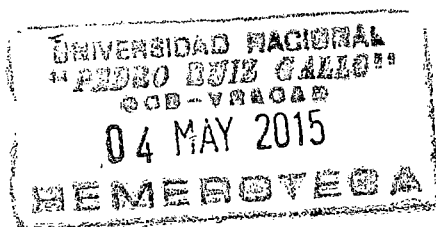
*Nosip Leonardo*

# DEDICATORIA

*Esta tesis se la dedico a DIOS quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.*

*A mi familia por todo lo brindado, porque siempre serán lo primero para mí .LOS AMO.*

*Yosip Leonardo*



## INDICE

	PÁGINA
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	35
III. RESULTADOS .....	40
IV. DISCUSIÓN .....	60
V. CONCLUSIONES.....	67
VI. RECOMENDACIONES.....	70
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	78

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación fue determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos debido a que esta proporciona grandes beneficios al tratamiento de la hipertensión arterial, siendo la finalidad tomar medidas urgentes de control y alternativas de seguimiento para mejorar la calidad de vida.

Mediante un estudio descriptivo, prospectivo , transversal, en 238 pacientes hipertensos atendidos en la cartera del adulto/adulto mayor , del Policlínico EsSALUD “Agustín Gavidia Salcedo”- Lambayeque - 2015, se aplicó el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau). Aplicando la estadística descriptiva.

Los pacientes se caracterizan por que el 72.3% son mayores de 60 años , el 58.9% son mujeres, el 32% de nivel secundaria , predominan los jubilados 50.4%, procedencia urbano 89.9 % , estado civil casado 58.9 % y con menos de 5 años de HTA 42 %, y el 20.2 % ingresó a emergencia. Manifestaron dolor de cabeza 46.6% , zumbido de oídos 37.7%, mareos 29.4 % ,visión borrosa 24.3%, epistaxis 1.7%; sólo el 38% fueron asintomáticos, con bajo cumplimiento de hábitos dietéticos, 36% y actividad física 26.5 %. Predominó el grado de adherencia parcial 92.9% , con una calificación de bueno en 56% para cumplimiento de tratamiento(CT), 57.2% para implicación personal (IP), y 70.6 % para relación transaccional (R T).

Se concluye que el grado de adherencia terapéutica es parcial en los pacientes de la institución y periodo de estudio.

**Palabras Clave:** Adherencia terapéutica , hipertensión arterial .



## **ABSTRACT**

The aim of this investigation was to determine the degree of adherence in hypertensive patients because this provides great benefits to the treatment of hypertension, the purpose urgent control measures and monitoring alternatives to improve the quality of life.

Through a descriptive, prospective, cross-sectional study in 238 hypertensive patients treated in the portfolio adult / elderly, Polyclinic EsSALUD "Augustine Gavidia Salcedo" - Lambayeque - 2015 Questionnaire to assess adherence MBG was applied (Martin -Bayarre-Grau). Applying descriptive statistics.

Patients are characterized by 72.3% are older than 60 years, 58.9% women, 32% secondary level predominate pensioners 50.4%, urban origin 89.9%, marital status married 58.9% and less than 5 years HTA 42%, and 20.2% were admitted to emergency. They showed 46.6% headache, tinnitus 37.7%, 29.4% dizziness, blurred vision 24.3%, epistaxis 1.7%; only 38% were asymptomatic, low compliance with dietary habits, 36% and 26.5% physical activity. He dominated the degree of partial adherence 92.9%, with a rating of good in 56% for compliance with treatment (CT), 57.2% for personal involvement (IP), and 70.6% for transactional relationship (RT).

We conclude that the degree of therapeutic adherence is partial in patients of the institution and study period.

**Keywords:** Therapeutic adherence, arterial hypertension.

# **INTRODUCCIÓN**

## **I. INTRODUCCIÓN.**

### **SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

Uno de los problemas más frecuentes en la atención médica primaria es la dificultad para la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial (HTA), sin duda, uno de los factores de riesgo (FR) con mayor impacto en las enfermedades cardiovasculares.

La HTA es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y la expectativa de vida.

Se diagnostica HTA cuando las cifras promedio de la presión arterial sistólica (PAS) y/o presión arterial diastólica (PAD), medidas en la consulta, son iguales o mayores a 140/90 mmHg respectivamente, en adultos mayores a 18 años.

La prevalencia de HTA aumenta con la edad y en los pacientes mayores de 65 años oscila entre el 60% y el 70% en diversas series.

Su tratamiento en el anciano consta de tres estrategias: la educación del paciente y su familia, el tratamiento no farmacológico, basado en la modificación del estilo de vida y el tratamiento farmacológico.

El cumplimiento terapéutico se define como la adherencia del paciente a las normas o consejos dados por el personal sanitario. El incumplimiento terapéutico, tanto de las recomendaciones de modificación del estilo de vida como del tratamiento farmacológico, es una causa frecuente de mal control de la HTA hasta el punto de que su diagnóstico debe valorarse en los primeros pasos del estudio de una falta de respuesta al tratamiento.

Varios estudios han demostrado que solo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, y 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento. Además, el 50% de los pacientes que permanecen bajo tratamiento no toman correctamente la medicación.

Entre los diversos factores que influyen en la adherencia figuran la edad, la gravedad de la HTA, el fármaco administrado, la cantidad de droga, la cantidad de tomas diarias y el costo de la medicación.

La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

## **ANTECEDENTES.**

En la Ciudad de Chiclayo, Perú en el año 2000 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo se hizo un estudio de casos y controles (126 casos y 252 controles) sobre Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" EsSalud, Chiclayo 2000 de Soto .v et al.<sup>1</sup> cuyo objetivo fue precisar los factores determinantes por los que los pacientes asegurados abandonan el Programa de Hipertensión Arterial, los casos fueron 126 pacientes que abandonaron el Programa por más de seis meses y los 252 controles los que continuaban en el mismo, pareados según sexo, edad, procedencia y estadío

de hipertensión; excluyéndose los que tuvieron complicaciones o cambios de adscripción. En los resultados se encontró que el factor conocimiento inadecuado de la enfermedad tuvo un OR de 15,3, seguido del desinterés en el control mensual (OR: 14,6), incumplimiento del tratamiento por normalización de las cifras de presión arterial (OR: 13,8) o incumplimiento por no tener molestias (OR: 13,2), los que en conjunto tienen que ver con una conciencia inapropiada de la enfermedad.

En Chile, Hospital de Chaiten en el año 2005 se hizo un estudio descriptivo de corte transversal, el objetivo fue determinar la adhesión al tratamiento farmacológico, El total de la muestra corresponde a 144 pacientes, tomando un 95% de nivel de confianza y una prevalencia esperada de 40% <sup>2</sup>.

En relación a los resultados, se observó un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (44.1%), lo cual se describe por la no obtención de cifras de presión arterial controladas, correspondiendo al 66.2% de la muestra.

En Argentina en el año 2005 se llevó a cabo el estudio ENSAT con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento utilizando el test de Morisky- Green-Levine <sup>3</sup>, determinándose que La falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales del pobre control de la presión arterial. Secundariamente se valoró el uso de las diferentes drogas antihipertensivas. Se incorporaron al estudio 1.784 pacientes (999 mujeres) bajo tratamiento no menor de 6 meses, de los cuales el 48,15% fue adherente y el 51,85% no-adherente. Los no-adherentes mostraron una mayor falta de control (60%), no significativa, en la presión sistodiastólica comparados con los adherentes (56%). La adherencia no superó el 50% luego de 6 meses de tratamiento. Los fármacos más

utilizados fueron los inhibidores de la enzima de conversión (30,31%) seguidos por los betabloqueantes (22,34%).

En Colombia en una institución de salud de Calí , en el año 2006 se realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial <sup>4</sup>. El estudio fue cuasi-experimental, diseño intra e intergrupo, pre-post intervención. La muestra estuvo conformada por 44 participantes, con ausencia de otra enfermedad crónica y/o de trastorno psiquiátrico diagnosticado, atendidos en una Institución de Salud de la ciudad de Cali, Colombia. Se encontró un cambio en cuanto en la adherencia pre y post intervención (PA pre intervención : bajo 0%, medio 43.2 % , alto 56.8 % ; post intervención bajo : 0% medio :13.4 % alto : 86.6%).

En Cuba Camaguey , en el Policlínico Tula Aguilera en el año 2007 , se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el fin de determinar algunos factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo <sup>5</sup>, se encontró que el sexo masculino adhirió menos (71,73%) que el femenino con (28,27%), que a mayor escolaridad menor adherencia (66,95%), al igual que la soledad con (63,91%), los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones, la terapia combinada (60%) dificultó la adherencia y la subvaloración de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más determinante de la no adherencia.

En el 2007 se publica el estudio realizado por Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba sobre Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)

para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial <sup>6</sup> la cual desarrolla un proyecto de investigación que pretende evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas. Los resultados sugirieron la presencia de tres factores denominados: Cumplimiento activo, Autonomía ante el tratamiento y Complejidad de la adhesión, que explicaron el 68,72 % de la varianza acumulada. El estudio concluye indicando que los resultados obtenidos por estas alternativas de validez fueron favorables.

En el estudio publicado en 2009 realizado por tesis para obtener el título de médico cirujano realizado por Sánchez, J. "Factores de riesgo asociados a la presentación de hipertensión arterial no controlada en pacientes mayores de 60 años atendidos en consultorios externos del Hospital central de la Fuerza Aérea del Perú junio 2006 a junio 2008" <sup>7</sup> de tipo analítico, observacional y retrospectivo tomando como población a 324 pacientes mayores de 60 años quienes acudían a consultorio externo de medicina interna y cardiología. Concluye que la hipertensión arterial no controlada en el paciente mayor de 60 años se asoció a baja asistencia a consultorios, presencia de comorbilidades, la toma de monoterapia a múltiples dosis diarias y la presencia de dependencia funcional del paciente.

El artículo publicado en Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) en el 2010 titulado El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial de Varela, M. <sup>8</sup>, resume que a pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial (HTA), ésta sigue constituyendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. Su alta prevalencia, la morbimortalidad asociada y el costo de sus complicaciones señalan una urgente necesidad de

controlarla. Si bien los tratamientos farmacológicos han demostrado su eficacia, se ha reportado una baja adherencia a éstos en los pacientes hipertensos, lo que impide que tengan el efecto esperado. Concluye mencionando que es necesario medir la adherencia adecuadamente, sin embargo, los instrumentos de medición disponibles actualmente presentan grandes limitaciones.

En Perú Lima , en el año 2010 se hizo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico <sup>9</sup> y se determinó el nivel de presión arterial obteniendo como resultados 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% 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.

En Argentina , Clínica Martín Güemes de la ciudad de Rosario en el año 2012 se realizó un estudio cuyo fue evaluar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes mayores de 65 años<sup>10</sup>. Se incorporaron al estudio 120 pacientes (80 mujeres y 40 hombres), de los cuales el 9.71% presento un nivel de adherencia alto, el 29.17% un nivel medio y el 61.67% restante un bajo nivel de adherencia. Entre las causas principales se registraron el incumplimiento farmacológico (51.67%) y la dificultad en los cambios del estilo de vida (32% con dietas ricas en grasas y 46% con IMC entre 25-29.9). No se encontró relación entre el sexo o el estado



socioeconómico con la adherencia al tratamiento, pero si se observó un fuerte vínculo entre la comunicación médico-paciente y el cumplimiento terapéutico.

En Colombia en el año 2012 determinar adherencia a un programa estatal de control de la hipertensión arterial. estudio de caso en dos municipios de Colombia. 2010-2011 para establecer dicha relación se realizó un estudio transversal en una muestra aleatoria (95% nivel de confianza, error 5%) de 295 usuarios de dos programas del departamento de Caldas <sup>11</sup>. Se utilizaron el test de Morinsky para medir la adherencia, encuesta y hoja de registro para los factores demográficos y socioeconómicos, satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención por parte del personal médico y conocimientos sobre la enfermedad. La adherencia promedio fue de 45% en los dos municipios. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, entre usuarios adherentes y no adherentes, en los conocimientos sobre la enfermedad. Tales conocimientos se constituyen factores protectores o de riesgo para la adherencia. Considerar que los tratamientos se realizan si las cifras de tensión son elevadas es un factor protector, en los adherentes (RM 0,263; IC =,08-0,83) en Viterbo. No así la relevancia que se otorga al tratamiento medicamentoso que se constituye en un factor de riesgo para los no adherentes (RM 3,8; IC 1,9-6,5). En La Dorada son riesgo para la no adherir al programa el que la hipertensión pueda controlarse con dieta, ejercicios y medicación (RM 1,8; IC 1,56-2,11) y que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (RM 3,8; IC 1,02-13,83).

En Colombia Córdoba en el año 2012, se realizó un estudio con la finalidad de describir y analizar la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial, inscritas en el programa

de control de una empresa social del Estado (ESE) de baja complejidad en Montería<sup>12</sup>. Un diseño descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo, con una muestra aleatoria de 177 personas que asistieron al servicio de consulta externa a control de la hipertensión arterial, mediante el instrumento "Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular" de Bonilla y de Reales, donde se obtuvieron como resultados: la mayoría de las personas se encontró en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual guarda relación con los factores socioeconómicos y los relacionados.

La mayoría de los participantes se ubicaron en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia (42 %), seguido de en ventaja para adherencia (39 %) y en menor frecuencia se encontró el grupo de personas que no pueden responder con conductas de adherencia (19 %). Factores socioeconómicos Los participantes manifestaron que algunas veces pueden costearse los medicamentos (57 %) y algunas veces se les dificulta el cambio en la dieta, debido al costo de los alimentos recomendados (52 %). El 50 % de la población siempre cuenta con el apoyo de su familia y allegados para cumplir el tratamiento. La educación y el apoyo por parte del equipo de salud son poco percibidas por los participantes. El 49 % respondió que las personas que lo atienden a veces responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento; el médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que ni su familia ni el paciente entienden (50 %). Factores relacionados con la terapia la mayor parte de los participantes respondió que las ocupaciones que tiene

nunca le dificultan seguir el tratamiento (68 %), nunca suspende el tratamiento por sentir mejoría de los síntomas (66 %). Los participantes creen que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios que a veces son difíciles de cambiar (53 %), lo cual puede estar relacionado con los escasos recursos económicos. Factores relacionados con el paciente los participantes creen ser los responsables del cuidado de su propia salud (94 %) y que es importante seguir el tratamiento para mejorar la salud (91 %). La mayoría están convencidos de los beneficios del tratamiento y por eso lo siguen (87 %), y se interesan por conocer sobre su condición de salud y la manera de cuidarse (84 %). Concluye refiriendo que la presencia de factores socioeconómicos que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, debido principalmente al bajo nivel educativo y a la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos que requiere el tratamiento, lo cual es compatible con las características de los participantes.

El estudio publicado en el 2012 en Open Journal Systems Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, Herrera, E.<sup>13</sup> Un estudio de diseño descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo, con una muestra aleatoria de 177 personas. En sus resultados la mayoría de las personas se encontró en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo cual guarda relación con los factores socioeconómicos y los relacionados con el proveedor. Los factores relacionados con la terapia y con el paciente reflejaron una situación de ventaja para la adherencia. La relación entre los veinticuatro ítems del instrumento utilizado y la situación adherencia encontrada es lineal y, en general, la relación es fuerte con tendencia positiva.

El artículo publicado en 2013 AHA Journal de título Measuring, Analyzing, and Managing Drug Adherence in Resistant Hypertension<sup>14</sup> es una revisión sobre el manejo de la hipertensión arterial basado en 2 enfoques principales: una modificación del estilo de vida y la receta de toda la vida de drogas antihipertensivas. Todas las directrices de hipertensión reconocen que la terapia más efectiva prescrita por el médico controlará la hipertensión sólo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener un estilo de vida que promueven la salud. "Esta declaración enfatiza claramente la importancia de apoyar el cumplimiento del tratamiento (es decir, la adhesión a los regímenes de dosis prescritas para medicamentos recetados) para los pacientes para obtener los beneficios máximos de su terapia.

El estudio publicado en abril 2014 en the journal open heart , British Cardiovascular Society, titulado "High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis"<sup>15</sup>

En 208 pacientes hipertensos se sometieron a la evaluación de la ingesta de fármacos antihipertensivos mediante espectrometría de masas de alta en tandem con cromatografía líquida de (HP LC-MS / MS) análisis de orina en el momento de la cita clínica. Un total de 40 medicamentos antihipertensivos más recetados (o sus metabolitos) fueron seleccionados en las muestras de orina punto. Teniendo como resultados en general, el 25% de los pacientes eran total o parcialmente no adherentes al tratamiento antihipertensivo.

El trabajo realizado por Mayckel da Silva , A. , Oliveira, R. et al. en mayo del 2014 el Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy<sup>16</sup> Estudio de corte transversal, con la participación

de 422 personas. En cuanto a los resultados: el 42,6% no se adhieren y el 17,7% tienen poco conocimiento acerca de la enfermedad. Los factores asociados con la falta de adherencia se resalta que las complejas prescripciones farmacológicas, el escaso conocimiento sobre la enfermedad y la insatisfacción con el servicio de atención médica tienen influencia en el proceso de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

En el estudio publicado en Global Health Action en octubre 2014 , hypertension: adherence to treatment in rural bangladesh findings from a population-based study<sup>17</sup> ,donde población de estudio incluyó 29.960 hombres y mujeres de 25 años o más de tres sitios de vigilancia demográfica rurales del Centro Internacional para la Investigación Enfermedades Diarreicas, se determinó que la no adherencia fue mayor cuando hipertensión fue diagnosticado por los proveedores no calificados (OR 1.52). Los pacientes hipertensos de edad avanzada, quintil menos pobre y la educación superior eran menos propensos a ser no adherente. Los pacientes con comorbilidad cardiovascular también eran menos propensos a ser no adherente a la medicación antihipertensiva (OR 0,79). Concluye refiriendo que pesar de que los médicos de aldea diagnosticar el 40% de la hipertensión, sus tratamientos se asocian con una mayor tasa de falta de adherencia a la medicación.

El trabajo realizado por Ruiz T. en el 2014 titulado Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz , un estudio descriptivo transversal , observacional, demostró que el 61% son del género masculino, con una edad promedio de 44.8 años, la ocupación más frecuente empleado en un 78%, el 48% de la población presento nivel de educación secundaria, relacionado al grado de adherencia se encontró una adherencia parcial del

88%, una adherencia total del 1%, no adherencia del 11% de los pacientes estudiados.

## **BASE TEÓRICA**

La hipertensión arterial (HTA) constituye actualmente un importante problema de salud pública a nivel mundial, que afecta a aproximadamente a un billón de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos Ajustados por discapacidad <sup>17</sup> . En los países de Suramérica, su prevalencia oscila entre el 14% y el 42%, en la población adulta <sup>18</sup> .

Es ampliamente conocido que la HTA incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta entre tres y ocho veces según el tipo de HTA. Se estima que el 40% de los casos de infarto agudo de miocardio o de ACV son atribuibles a la HTA. A ésta se asocia igualmente un mayor riesgo de insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y demencia (NIH, 1997; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004) <sup>19</sup> .

Las complicaciones y la mortalidad, asociadas a la HTA, traen como consecuencia altos costos económicos y sociales. A nivel económico, generan un elevado gasto asistencial y farmacéutico al enfermo, además de los costos e implicaciones para las instituciones empleadoras y entidades de salud. Igualmente, la comorbilidad de la HTA genera discapacidades que deterioran, no sólo la calidad de vida de los individuos, sino también la de las familias <sup>20</sup> .

Debido a la alta prevalencia de la HTA y la morbilidad asociada a ésta, su control constituye un importante reto para la salud pública. Para responder a este problema, se han logrado grandes avances en el desarrollo de medicamentos antihipertensivos. Dichos fármacos son cada vez más eficaces, según lo demuestran múltiples estudios que resaltan entre los logros terapéuticos la disminución del riesgo de accidentes cerebrovasculares, de infartos del miocardio, de insuficiencia cardíaca y demencia, así como la preservación de la función renal y la prevención de la ceguera en pacientes diabéticos con HTA <sup>15</sup>. Adicionalmente, se han desarrollado e implementado diferentes intervenciones no farmacológicas, dirigidas a la modificación de los estilos de vida asociados al incremento de los niveles de presión arterial, mostrando ser efectivos y complementarios al tratamiento farmacológico <sup>21</sup>.

### **Síntomas de la enfermedad**

Es una de las enfermedades crónicas más comunes, es un conjunto de síndromes y signos que pueden ser genéticamente heredados, cuya manifestación es el aumento de la presión arterial y tiene como base una serie de trastornos bioquímicos, de regulación celular y fisiopatológicos.

En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.

## **La adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial.**

La adherencia al tratamiento ha sido definida de diferentes formas, pero principalmente como el cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas. Con el transcurso de los años, se ha ido superando esta connotación reduccionista, otorgándosele cada vez más un papel activo al paciente. Asimismo, la adherencia a otros aspectos no-farmacológicos que hacen parte de los tratamientos (como la modificación de hábitos alimentarios, de actividad física, el manejo de emociones, etc.) ha empezado a considerarse como importante <sup>22</sup>.

Aunque existe poco consenso en su definición, y por tanto en su evaluación e intervención, los planteamientos actuales en el tema <sup>23</sup> afirman que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que involucra una serie de comportamientos diarios, los cuales deben coincidir y ser coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, reflejando una implicación activa del paciente en el control de su enfermedad.

## **La evaluación de la adherencia al tratamiento para la HTA.**

Una preocupación de gran importancia con respecto a la adherencia al tratamiento consiste en su medición adecuada. Para muchos clínicos, diferenciar la adherencia subóptima de la baja respuesta al tratamiento en los pacientes (cuando la medicación prescrita es adecuada) es difícil. En condiciones crónicas es importante conocer las razones por las cuales un paciente no mejora, pues las estrategias de control deben ser diferentes <sup>28</sup>. Desde los primeros estudios empíricos sobre la adherencia al tratamiento de



los pacientes, en 1968, los investigadores han tratado de evaluar, comprender, predecir y cambiar las respuestas de los pacientes al tratamiento, argumentando que ésta está relacionada con los resultados clínicos. No obstante, los resultados son insuficientes y en ocasiones contradictorios, frente a lo cual los expertos han hecho un llamado para mejorar su evaluación <sup>20</sup>.

Medir la adherencia en la práctica clínica es difícil y la mayoría de métodos disponibles tienen grandes desventajas, son indirectos y susceptibles de error <sup>17</sup>. Además, la forma en que se conciba la adherencia (como una serie de comportamientos complejos o sólo como la toma de medicamentos) se refleja también en la forma de evaluación <sup>21</sup>.

Las principales formas de medición de la adherencia al tratamiento incluyen los instrumentos indirectos (entre ellos los cuestionarios, entrevistas, conceptos de los profesionales de la salud, conteo de píldoras, registros farmacéuticos, registros de asistencia a citas, etc.), las medidas objetivas y directas (como la evolución clínica, niveles de fármacos en sangre, respuestas fisiológicas, etc.), y los sistemas electrónicos de monitoreo – MEMS <sup>30</sup>.

### **Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica**

El incumplimiento farmacoterapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos. La falta de cumplimiento de la pauta terapéutica es un fenómeno común, sobre todo en procesos crónicos, y en ocasiones las razones que conducen a esta conducta son complejas y se basan en el complicado proceso del comportamiento humano <sup>28</sup>.

### **Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett**

Esta técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento<sup>4</sup>. Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación «la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos»; posteriormente, en la segunda ¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor. Si responde que no, entonces se insistirá preguntando: «¿cómo los toma?»: todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez. Finalmente, se realiza una tercera pregunta «Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?».

### **Test de Morisky-Green**

Las preguntas 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 es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

### **Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)**

Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las siguientes respuestas:

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

Estas preguntas se pueden modificar para aplicarse a otras enfermedades crónicas.

### **Test de Prochaska-Diclemente**

En este test se consideran incumplidores aquellos individuos que se encuentran en las fases de precontemplación, contemplación y preparación, mientras que son cumplidores quienes se encuentran en las fases de acción y mantenimiento<sup>4</sup>.

### **Test de Hermes**

Es un cuestionario integrado por las siguientes preguntas:

1. ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la HTA? (Sí/No).
2. ¿Cuántos comprimidos de este medicamento debe tomar cada día? (Sabe/No sabe).
3. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (Nunca/A veces/Muchas veces/Siempre).
4. En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado? (0-1/2 o más).

5. Toma la medicación a la hora indicada? (Sí/No).
6. ¿Ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación porque se encontraba peor tomándola? (No/Sí).
7. Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).
8. Cuando se encuentra mal, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

Son cuestiones valorables las números 1, 3, 4 y 8. Serán cumplidores los pacientes que sumen 3 o 4 puntos.

### **Test de Herrera Carranza**

Propone 4 preguntas, dirigidas a los pacientes, que pueden contribuir a mejorar la vigilancia del cumplimiento terapéutico en la farmacia comunitaria:

1. ¿Sabe para qué su médico le ha prescrito tal(es) medicamento(s)?
2. Me gustaría conocer cómo se siente después de terminar por completo su tratamiento.
3. ¿Sabe cómo tiene que tomar su medicación?
4. ¿Ha puesto en conocimiento de su médico que ha terminado el tratamiento?

### **Test de cumplimiento SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire)**

Cuestionario validado para la población española<sup>10</sup> con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) que consta de 6 preguntas:

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación? (Sí/No).
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? (Sí/No).

3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal? (Sí/No).
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? (Sí/No).
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis? (A: ninguna/B: 1-2/C: 3-5/D: 6-10/E: más de 10).
6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación? (Días: ...).

Se considera incumplidor si el paciente responde en la pregunta 1, sí; en la 2, no; en la 3, sí; en la 4, sí; en la 5, C, D o E, y en la 6, más de 2 días.

#### **The Medication Adherence Report Scale (MARS) (Escala informativa de cumplimiento de la medicación)**

Este cuestionario consta de 30 preguntas que comprende ítems sobre creencias en salud, experiencias y comportamiento. Permite identificar los predictores de cumplimiento de la medicación en pacientes con enfermedades crónicas y contrastar el buen cumplimiento autorreferido. Una puntuación de 25 indica buen cumplimiento, mientras que si es menor de 25 revela un cumplimiento subóptimo. Esta escala fue validada por Thomson et al<sup>11</sup> para la esquizofrenia, más concretamente para la psicosis.

#### **Brief Medication Questionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación)**

Este test autorreferido es una herramienta validada para la valoración del cumplimiento terapéutico. Fue validado por Starsvad et al. en 20 pacientes mediante el uso de Monitors Events Medication systems (Monitores

Electrónicos de Control de la Medicación [MEMS]). También ha sido utilizado por farmacéuticos australianos<sup>21</sup> para medir el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos. Asimismo, en 2006 Wetzels et al lo utilizaron para la validación del MUAH-questionnaire en pacientes hipertensos.

**En el 2007 se publica también el estudio realizado por Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba sobre Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial<sup>3</sup> la cual desarrolla un proyecto de investigación que pretende evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas, en este marco fue necesaria la construcción y validación de un cuestionario que permitiera realizar su medición. La valoración de la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas para el Cuestionario (M-B-G) Las categorías que recorren la definición operacional de adherencia terapéutica que se propone quedaron reformuladas y definidas a partir del proceso de validación de contenido de la siguiente manera:**

- **Cumplimiento del tratamiento:** es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas (CT).
- **Implicación personal:** es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (IP).
- **Relación transaccional:** es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (RT).

Los ítems con las categorías propuestas, resultantes del proceso de validación fueron:

- CT: ítems 1, 2, 3, 4.
- IP: ítems 5,6, 8 , 9 y 10.
- RT: ítems 7, 11 y 12.

### **La adherencia al tratamiento en el marco de la Salud Pública.**

El comportamiento humano y el estilo de vida tienen en la actualidad, destacada importancia como determinante del proceso salud enfermedad, en unión de otros factores de tipo biológico, ambientales y sociales. Los comportamientos desempeñan un papel importante en el curso de las enfermedades y, en este contexto, el cumplimiento por parte del paciente de las prescripciones médicas es una manifestación de lo planteado. El control de las enfermedades crónicas y en consecuencia el incremento o la preservación de la calidad de vida depende mucho de que las personas logren adherirse adecuadamente a los regímenes terapéuticos que cada una exige para su buena evolución.

### **Delimitación de factores influyentes en la adherencia al tratamiento utilizada en la investigación.**

A partir del modelo de dimensiones de la adherencia de la OMS se consideró un esquema teórico orientador para el estudio de estos factores, compuesto por cinco grupos: los socioeconómicos y demográficos, los del sistema de salud y el equipo de salud, las características de la enfermedad y el tratamiento, los de la red familiar y social y los del paciente .

Con respecto a los factores relacionados con el paciente, la literatura incluye dos aspectos: los sociales y psicológicos. Los sociales, por su naturaleza diferente fueron ubicados de manera independiente en la denominada red social y familiar. Los aspectos psicológicos se abordaron de dos formas: el análisis de las unidades psicológicas que la literatura señala como relevantes para la adherencia y el estudio de la personalidad, como instancia integradora y reguladora del comportamiento que permite revelar mecanismos explicativos, de las manifestaciones de los componentes del proceso de adherencia .

#### **JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.**

La presente investigación se justifica, porque la adherencia deficiente a los tratamientos compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud pública, desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

La OMS 2004, proporciona un análisis crítico sobre el problema de la no adherencia a los tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y recomienda incrementar la investigación sobre la adherencia terapéutica a fin de reconocer los grandes beneficios.

Se ha evidenciado altos índices de no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, como gran precursor de las enfermedades cardiovasculares y de las implicaciones sobre la calidad de vida de la población, igualmente da inicios para nuevas investigaciones sobre este tema.

En consecuencia la presente investigación es importante porque permitirá conocer la frecuencia de pacientes no adherentes del programa de HTA para



tomar medidas urgentes de control y alternativas de seguimiento para mejorar su calidad de vida.

## **ENUNCIADO DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es el grado de adherencia de pacientes hipertensos atendidos en la cartera del adulto/adulto mayor, del Policlínico EsSALUD “Agustín Gavidia Salcedo”- Lambayeque periodo enero- febrero 2015?

## **HIPÓTESIS.**

El grado de adherencia terapéutica de pacientes hipertensos atendidos en la cartera del adulto/adulto mayor, del Policlínico EsSALUD “Agustín Gavidia Salcedo”- Lambayeque periodo enero- febrero 2015, es parcial.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo general.**

Determinar el grado de adherencia terapéutica de pacientes hipertensos atendidos en la cartera del adulto/adulto mayor , del Policlínico EsSALUD “Agustín Gavidia Salcedo”- Lambayeque – 2015.

### **Objetivos específicos.**

- a) Determinar los grados de adherencia terapéutica y su categorización.

- b) Relacionar los grados de adherencia terapéutica con factores epidemiológicos : edad, sexo, grado de instrucción , procedencia, ocupación, estado civil y según tiempo de diagnóstico.
- c) Comparar los grados de adherencia terapéutica con la frecuencia de ingresos por emergencia por hipertensión arterial.
- d) Relacionar los síntomas con los grados de adherencia.
- e) Valorar los grados de adherencia terapéutica mediante cumplimiento de hábitos higiénico dietéticos y el uso de medicamentos.

# **MATERIALES Y MÉTODOS**

## II. MATERIAL Y MÉTODOS.

**1.- Diseño de investigación:** No experimental

**2.- Tipo de Investigación:**

Según la intervención del observador será OBSERVACIONAL

Según la planificación de la toma de datos es PROSPECTIVO

Según la naturaleza de los datos es un estudio CUALITATIVO

Según la finalidad del estudio es DESCRIPTIVO

Según número de ocasiones en que mide la variable de estudio es TRANSVERSAL

**3.- Población y muestra de estudio:**

Estará conformado por 1297 pacientes atendidos en la cartera del adulto/adulto mayor del Policlínico ESSALUD “Agustín Gavidia Salcedo” de Lambayeque,2015.

Para el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para población conocida que es la siguiente.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde :

n = tamaño de muestra

e = 5%

$Z = 1.96$  (tabla de distribución normal para el 95% de confiabilidad y 5% error) o

$N =$  Población :1297

$p = 0.58$  valor promedio de adherencia terapéutica según antecedentes<sup>22</sup>.

$q = 1-p$  ,  $1-0.58 = 0.42$

Obteniendo un valor de  $n$ : 238

El muestreo será mediante muestreo no probabilístico consecutivo se encuestará a todos los pacientes hipertensos que asistan a su control en la cartera de adulto/adulto mayor.

#### **4.- Criterios de inclusión:**

- Pacientes adscrito al programa de hipertensión del Policlínico ESSALUD “Agustín Gavidia Salcedo” de Lambayeque,.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión con o sin otras comorbilidades.
- Pacientes que acepten participar en el proyecto y firmen la hoja de consentimiento informado

#### **5.- Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no acepten participar en el proyecto y no firmen la hoja de consentimiento informado.

#### **6.- Materiales:**

- ✓ Materiales de escritorio

## **7.- Técnica e instrumento de recolección de datos.**

- a) Solicitar Autorización al Director del Policlínico ESSALUD “Agustín Gavidia Salcedo” de Lambayeque - 2015. para realizar el estudio.
- b) Entrevistar a los pacientes que llegan a control en la cartera del adulto mayor y se les aplicará instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau). Anexo 1.
- c) Vaciar la información a la ficha de recolección de datos.
- d) Registrar la información recolectada en el programa de Excel XP para Windows para luego ser procesados estadísticamente.

## **8.- Análisis Estadístico de los Datos.**

La información del programa de Excel para Windows será procesada utilizando el paquete estadístico Mega Stat Versión 15, determinando Estadística Descriptiva: Medidas de frecuencia o porcentajes, en tablas de doble entrada y gráficos.

## **9.- Ética.**

Los resultados del presente estudio podrán ser utilizados como fuente de referencia para futuras investigaciones acerca de los hábitos de vida saludable en los profesionales de la salud así como como sus estados de salud en forma independiente o relacional, en

ningún momento se revelaran datos personales de las personas encuestadas.

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta los principios éticos que propone la Declaración de Helsinki y Reporte de Belmont para la investigación médica en seres humano. Se tuvieron en cuenta medidas para proteger la confidencialidad de los datos obtenidos, utilizando un código para la identificación; así como comunicando en el consentimiento informado las precauciones para proteger su confidencialidad, esto según lo dispuesto en la pauta 18 de las "Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos" preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (Anexo N° 03) Así como se ha presentado una solicitud a la institución para ejecución de trabajo. (Anexo N° 04)

# **RESULTADOS**



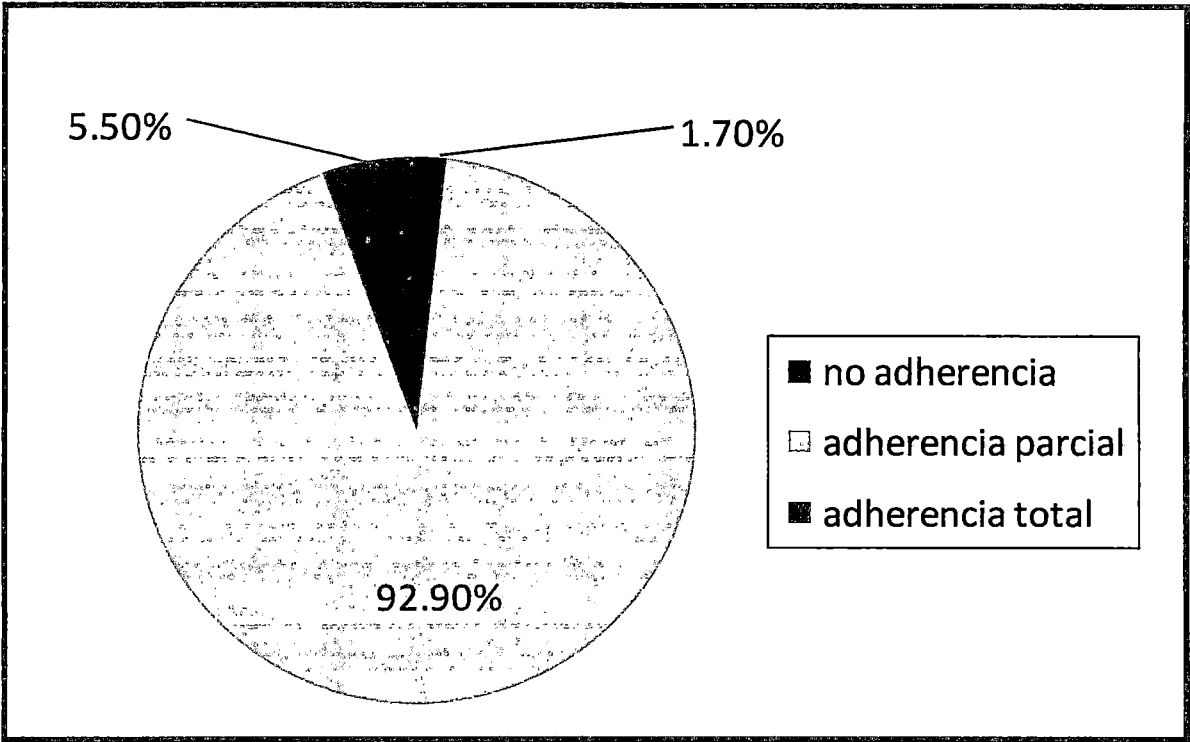
III. RESULTADOS.

CUADRO N° 01: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE - 2015.

Grado de adherencia terapéutica	n	%
No adherencia	4	1,7
Adherencia parcial	221	92,9
Adherencia total	13	5,5
Total	238	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

GRÁFICO N° 01: GRADOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.



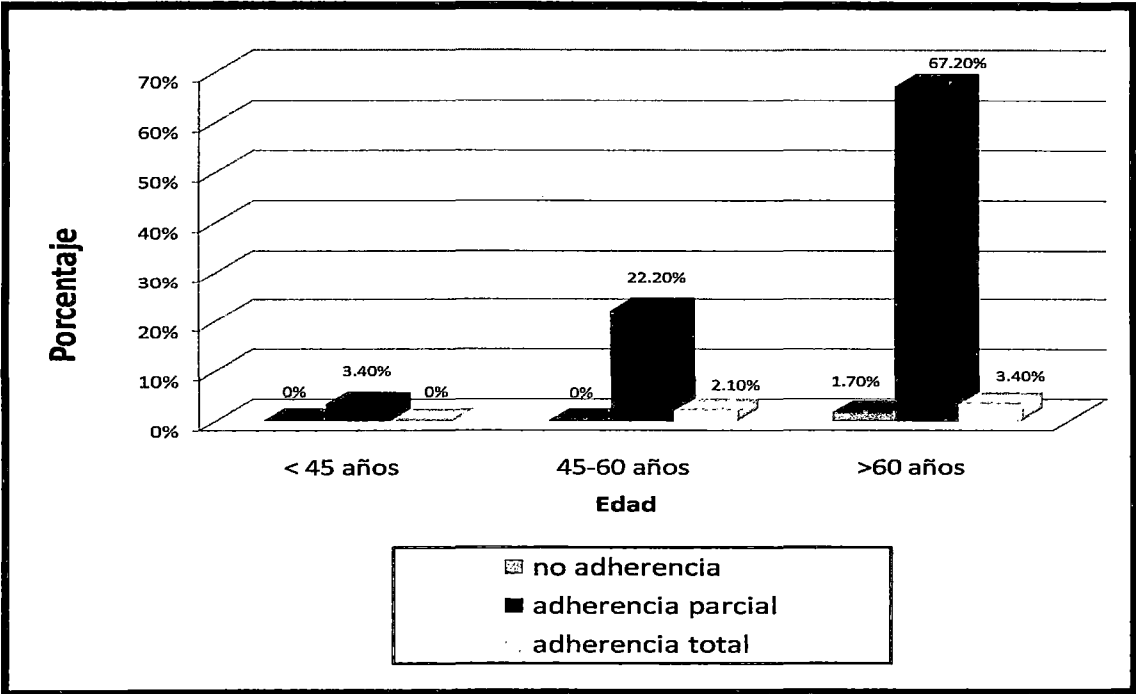
**CUADRO N° 02: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE - 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	Edad						Total
	< 45 años		45-60 años		>60 años		
	n	%	N	%	n	%	
No adherencia	0	0	0	0	4	1.7	4
Adherencia parcial	8	3.4	53	22.2	160	67.2	221
Adherencia total	0	0	5	2.1	8	3.4	13
Total	8	3.4	58	24.3	172	72.3	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estadístico Chi cuadrado  $\chi^2 = 3.29$ , No significativo  $p = 0.51$ , se concluye que no existe relación entre los grados de adherencia y edad

**GRAFICO N° 02 : GRADO DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA POR EDAD.**

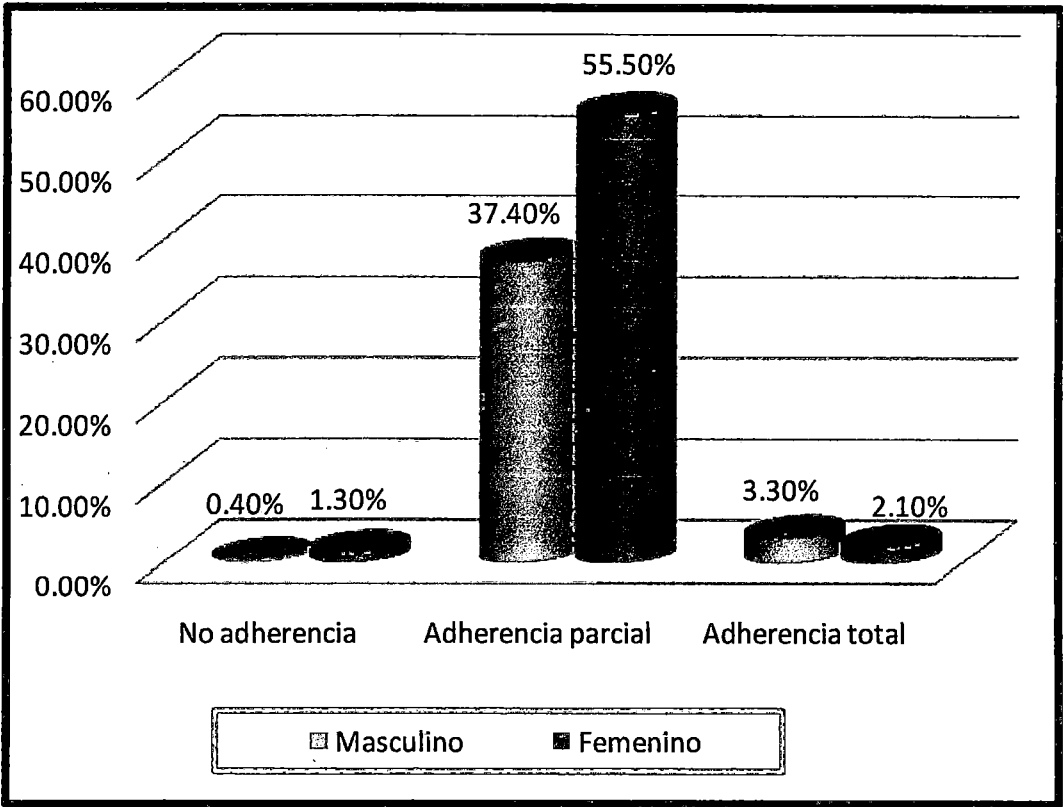


**CUADRO N° 03: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR SEXO DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE – 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	Sexo				Total
	Masculino		Femenino		
	n	%	n	%	
No adherencia	1	0.4	3	1.3	4
Adherencia parcial	89	37.4	132	55.5	221
Adherencia total	8	3.3	5	2.1	13
Total	99	41.1	139	58.9	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estadístico Chi cuadrado  $\chi^2 = 2.78$ , significativo  $p = 0.59$ , se concluye que no es significativo



**GRAFICO 03 : Grado de adherencia terapeurica por sexo.**

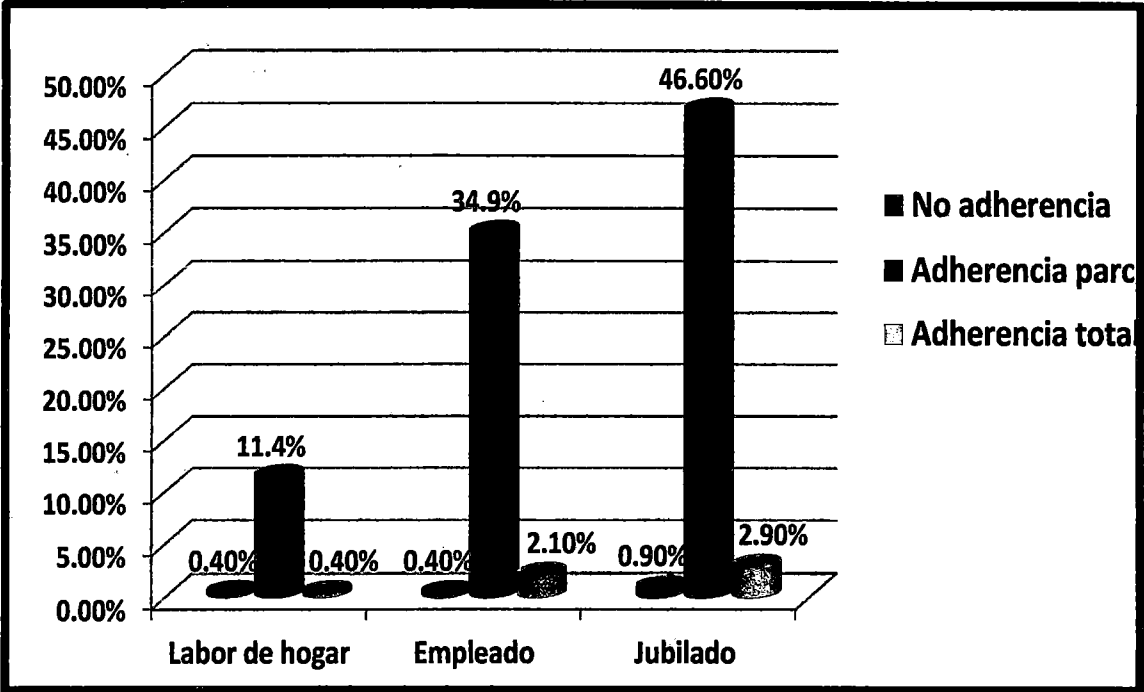
**CUADRO N° 04: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR OCUPACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE – 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	Ocupación						Total
	Labor de hogar		Empleado		Jubilado (pensionista)		
	n	%	n	%	n	%	
No adherencia	1	0.4	1	0.4	2	0.9	4
Adherencia parcial	27	11.4	83	34.9	111	46.6	221
Adherencia total	1	0.4	5	2.1	7	2.9	13
Total	29	12.2	89	37.4	120	50.4	238

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estadístico Chi cuadrado  $\chi^2 = 0.957$ , significativo  $p = 0.91$ , se concluye que no existe relación entre los grados de adherencia y la ocupación.

**GRAFICO N° 04: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR OCUPACIÓN.**



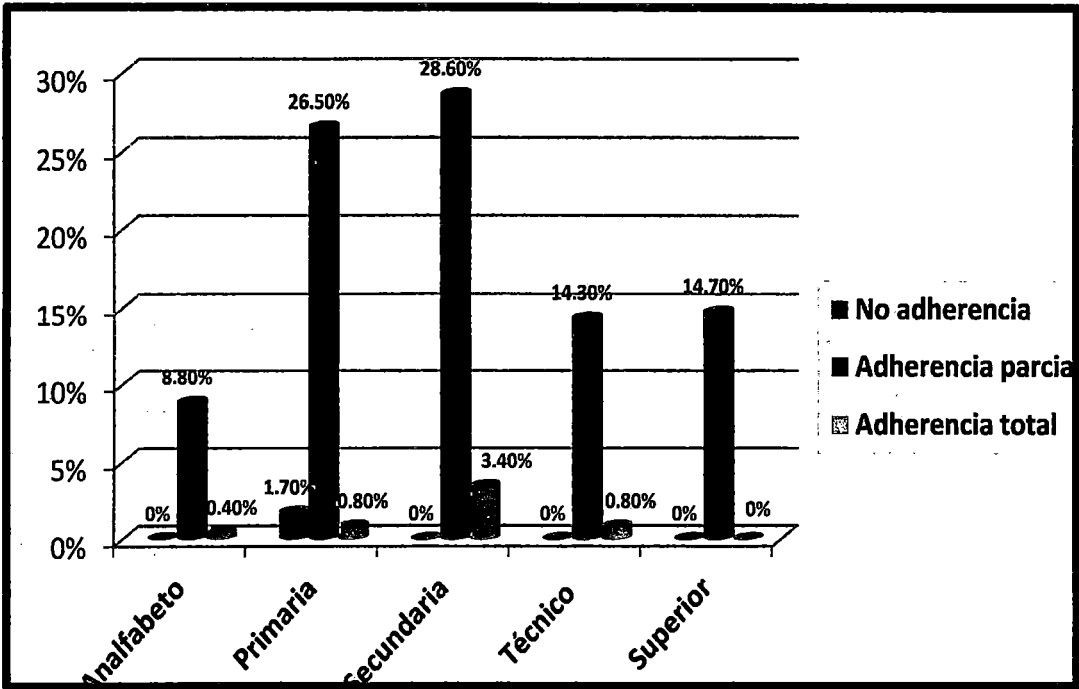
**CUADRO N° 05: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE – 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	Grado de instrucción										Total
	Analfabeto		Primaria		Secundaria		Técnico		Superior		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
No adherencia	0	0	4	1.7	0	0	0	0	0	0	0
Adherencia parcial	21	8.8	63	26.5	68	28.6	34	14.3	35	14.7	34
Adherencia total	1	0.4	2	0.8	8	3.4	2	0.8	0	0	2
Total	22	9.2	69	29	76	32	36	15.1	35	14.7	36

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estadístico Chi cuadrado  $\chi^2 = 16.47$ , significativo  $p = 0.036$ , se concluye que existe relación de los grados de adherencia con los menores grados de instrucción.

**GRAFICO N° 05 : GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR GRADO DE INSTRUCCIÓN.**



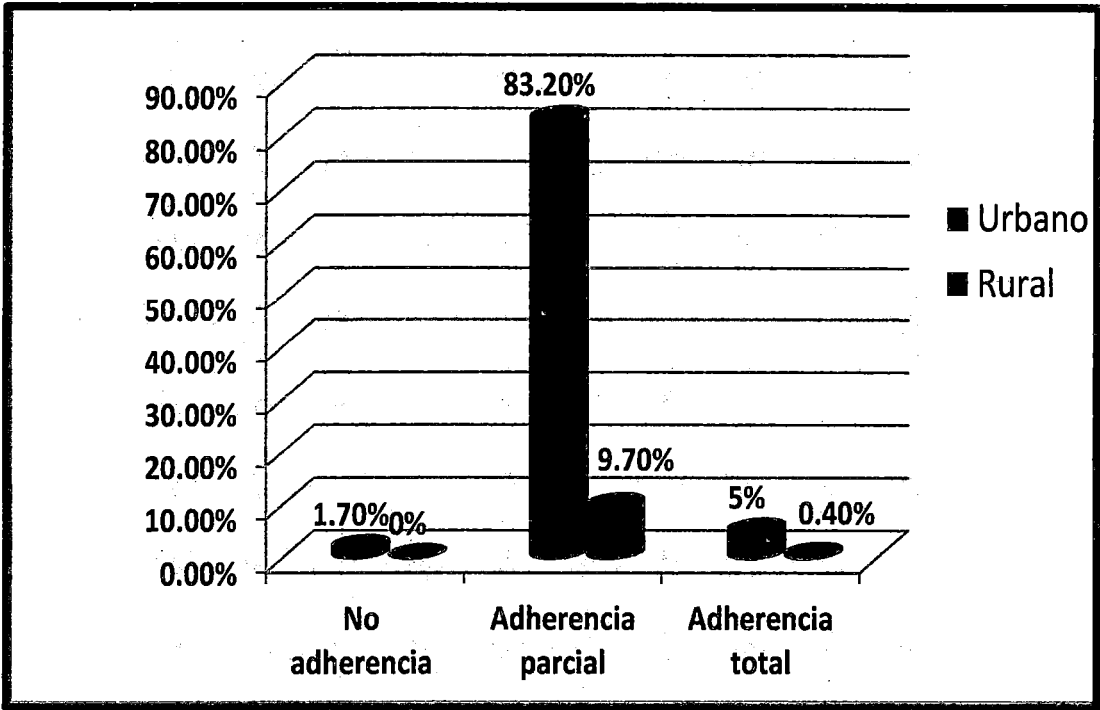
**CUADRO N° 06: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR PROCEDENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO” - LAMBAYEQUE - 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	Procedencia				Total
	Urbano		Rural		
	N	%	N	%	
No adherencia	4	1.7	0	0	4
Adherencia parcial	198	83.2	23	9.7	221
Adherencia total	12	5	1	0.4	13
Total	214	89.9	24	10.1	238

Fuente:Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estadístico Chi cuadrado  $\chi^2 = 0.71$ , significativo  $p = 0.94$ , se concluye no existe relación entre grados de adherencia y procedencia .

**GRÁFICO N° 6 : GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR PROCEDENCIA.**



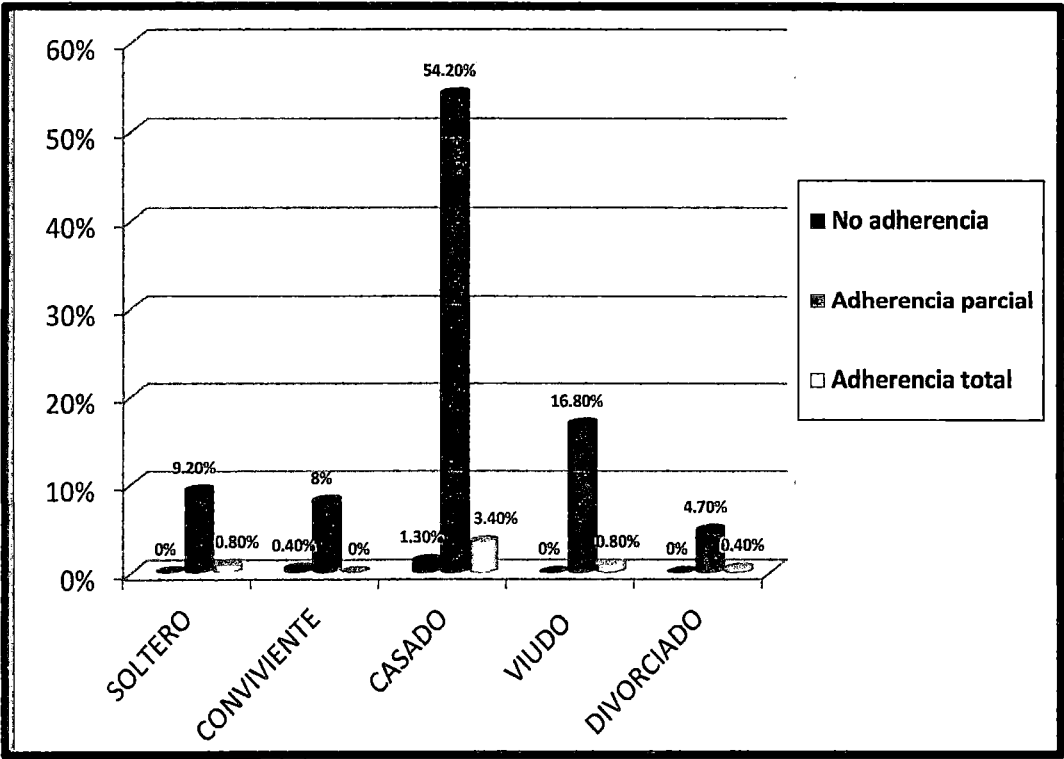
**CUADRO Nº 07: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR ESTADO CIVIL DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE - 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	Estado civil										Total
	SOLTERO		CONVIVIENTE		CASADO		VIUDO		DIVORCIADO		
	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%	
No adherencia	0	0	1	0.4	3	1.3	0	0	0	0	4
Adherencia parcial	22	9.2	19	8	129	54.2	40	16.8	11	4.7	221
Adherencia total	2	0.8	0	0	8	3.4	2	0.8	1	0.4	13
Total	24	10	20	8.4	140	58.9	42	17.6	12	5.1	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estadístico Chi cuadrado  $\chi^2 = 4.53$ , significativo  $p = 0.8$ , se concluye que no existe relación entre grado de adherencia parcial y estado civil.

**GRÁFICO Nº 7: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.**



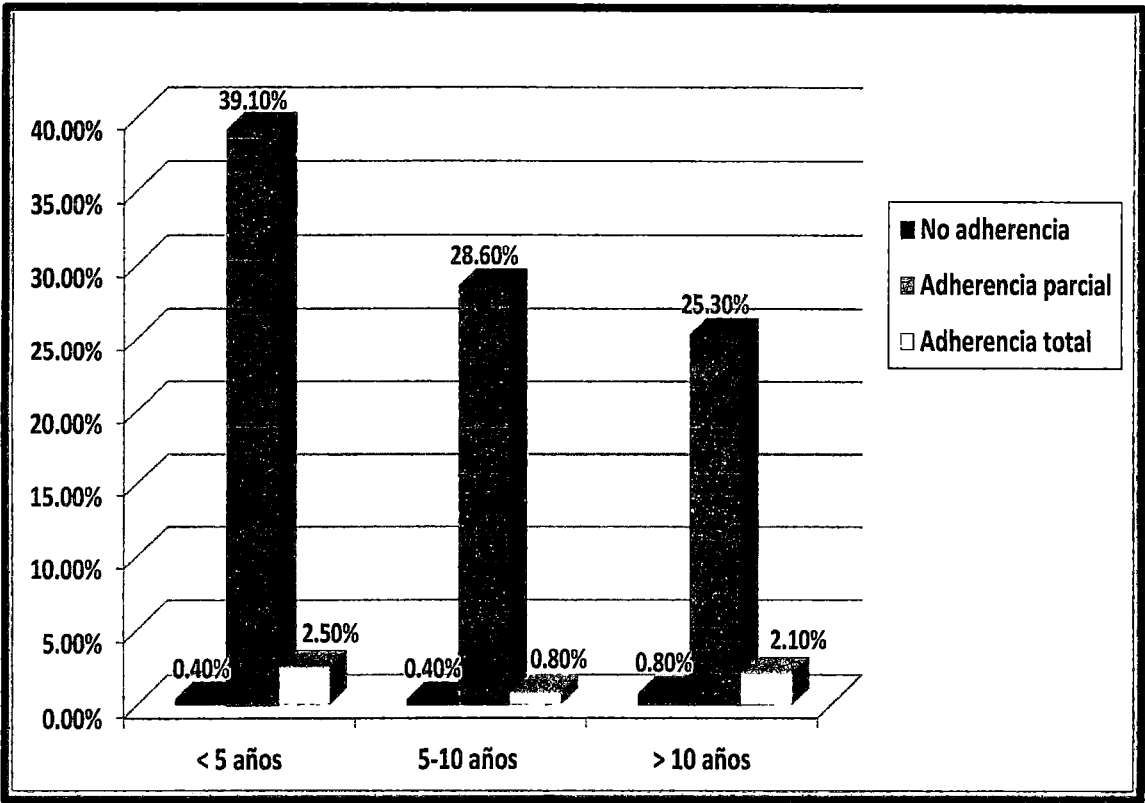
**CUADRO N° 8: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE HTA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD "AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO"- LAMBAYEQUE - 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	Años de diagnóstico de HTA						Total
	< 5 Años		5 - 10 Años		>10 Años		
	n	%	N	%	n	%	
No adherencia	1	0.4	1	0.4	2	0.8	4
Adherencia parcial	93	39.1	68	28.6	60	25.3	221
Adherencia total	6	2.5	2	0.8	5	2.1	13
Total	29	42	89	29.8	120	28.2	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estadístico Chi cuadrado  $\chi^2 = 2.583$ , significativo  $p < 0.63$ , se concluye que no es significativo.

**GRÁFICO N° 8: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR EDAD.**





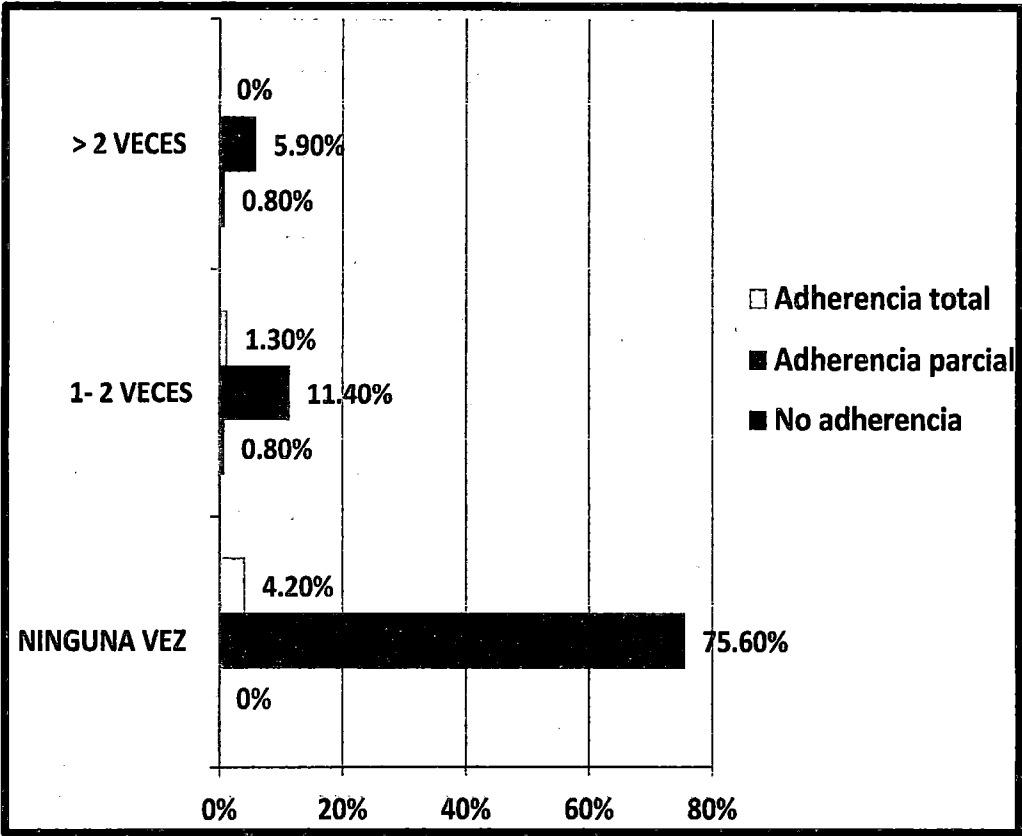
**CUADRO N° 09: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON LOS INGRESOS A EMERGENCIA POR HTA EN EL ÚLTIMO MEDIO AÑO DE DIAGNÓSTICO DE HTA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE - 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	Ingresos a emergencia por HTA						Total
	NINGUNA VEZ		1- 2 VECES		> 2 VECES		
	N	%	N	%	n	%	
No adherencia	0	0	2	0.8	2	0.8	4
Adherencia parcial	180	75.6	27	11.4	14	5.9	221
Adherencia total	10	4.2	3	1.3	0	0	13
Total	190	79.8	32	13.5	16	6.7	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estadístico Chi cuadrado  $\chi^2 = 3.2$  significativo  $p < 0.52$ , se concluye que no es significativo.

**GRÁFICO N° 09 : INGRESOS A EMERGENCIA POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**



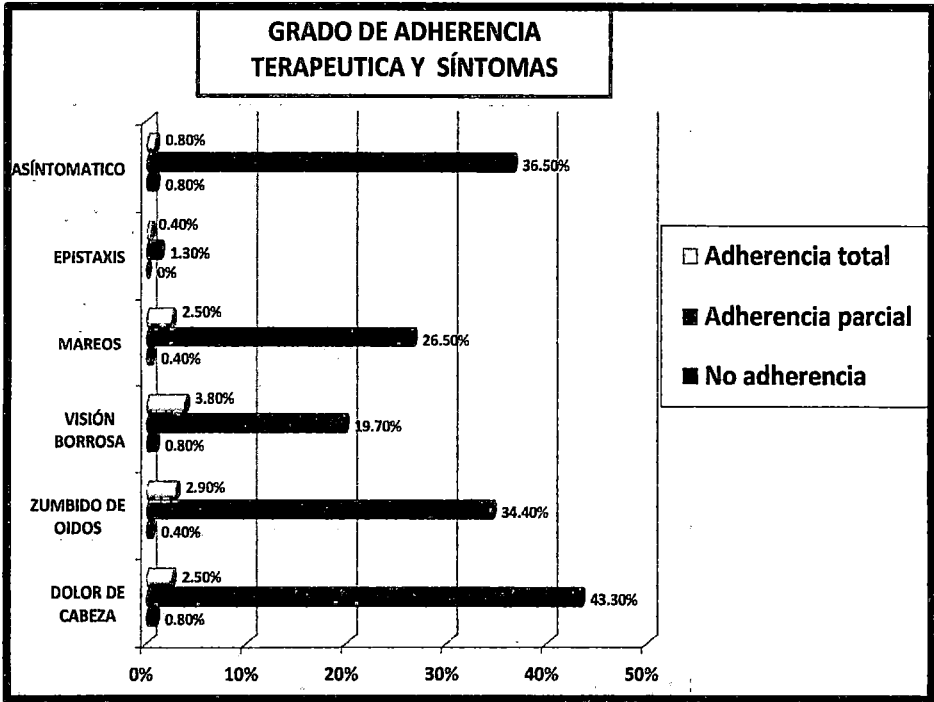
**CUADRO N° 10: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CLÍNICA (DOLOR DE CABEZA- ZUMBIDO DE OIDOS- VISION BORROSA -DESVANECIMIENTO- MAREOS) EN EL ÚLTIMO MEDIO AÑO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE - 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	# PACIENTES CON SINTOMAS											
	DOLOR DE CABEZA		ZUMBIDO DE OIDOS		VISIÓN BORROSA		MAREOS		EPISTAXIS		ASÍNTOMÁTICO	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
No adherencia	2	0.8	1	0.4	2	0.8	1	0.4	0	0	2	0.8
Adherencia parcial	103	43.3	82	34.4	47	19.7	63	26.5	3	1.3	87	36.5
Adherencia total	6	2.5	7	2.9	9	3.8	6	2.5	1	0.4	2	0.8
Total	111	46.6	90	37.7	58	24.3	70	29.4	4	1.7	91	38.1

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

p < 0.05, existe asociación entre la mayor frecuencia de síntomas con los grados de adherencia..

**GRÁFICO 10: GRADO DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA Y SÍNTOMAS.**

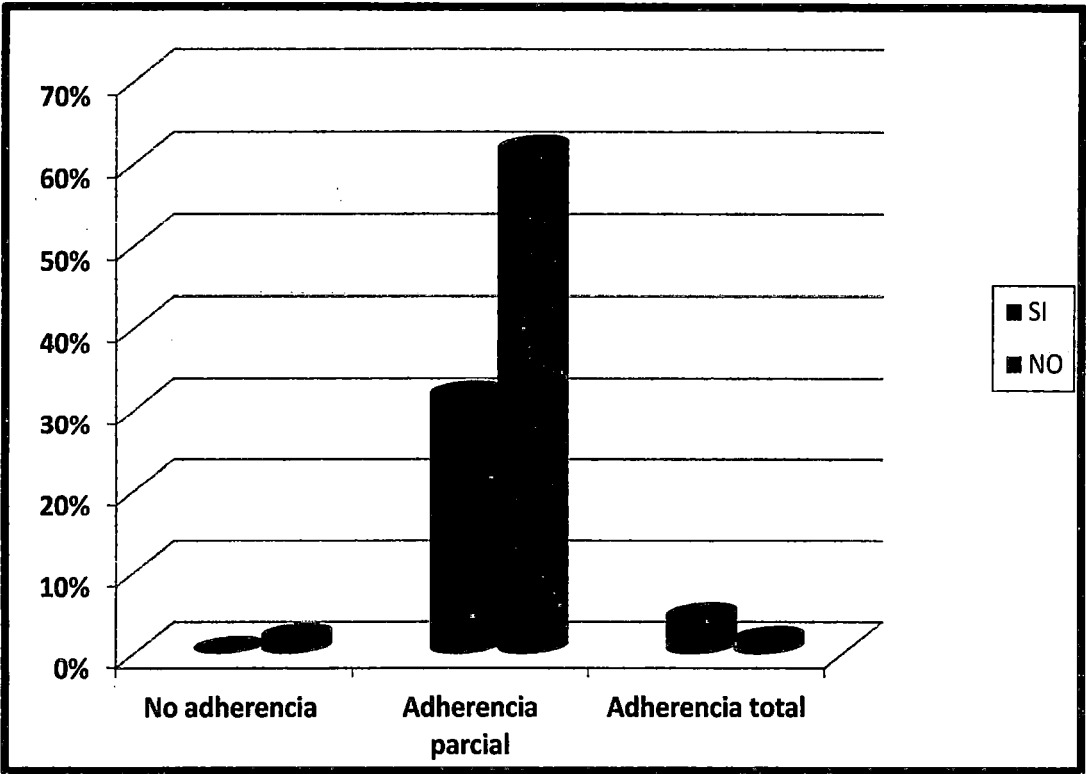


**CUADRO N° 11: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y HÁBITOS HIGIENICO DIETETICOS (DIETA BAJA EN SAL – CONSUMO DE GRASA NO ANIMAL – ACTIVIDAD FÍSICA) DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO” - LAMBAYEQUE - 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	DIETA SIN SAL O BAJA EN SAL				Total
	SÍ		NO		
	N	%	N	%	
No adherencia	0	0	4	1.6	4
Adherencia parcial	75	31.5	146	61.4	221
Adherencia total	10	4.2	3	1.3	13
Total	85	35.7	153	64.3	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

**GRAFICO N° 11: GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y DIETA SIN O BAJA EN SAL**

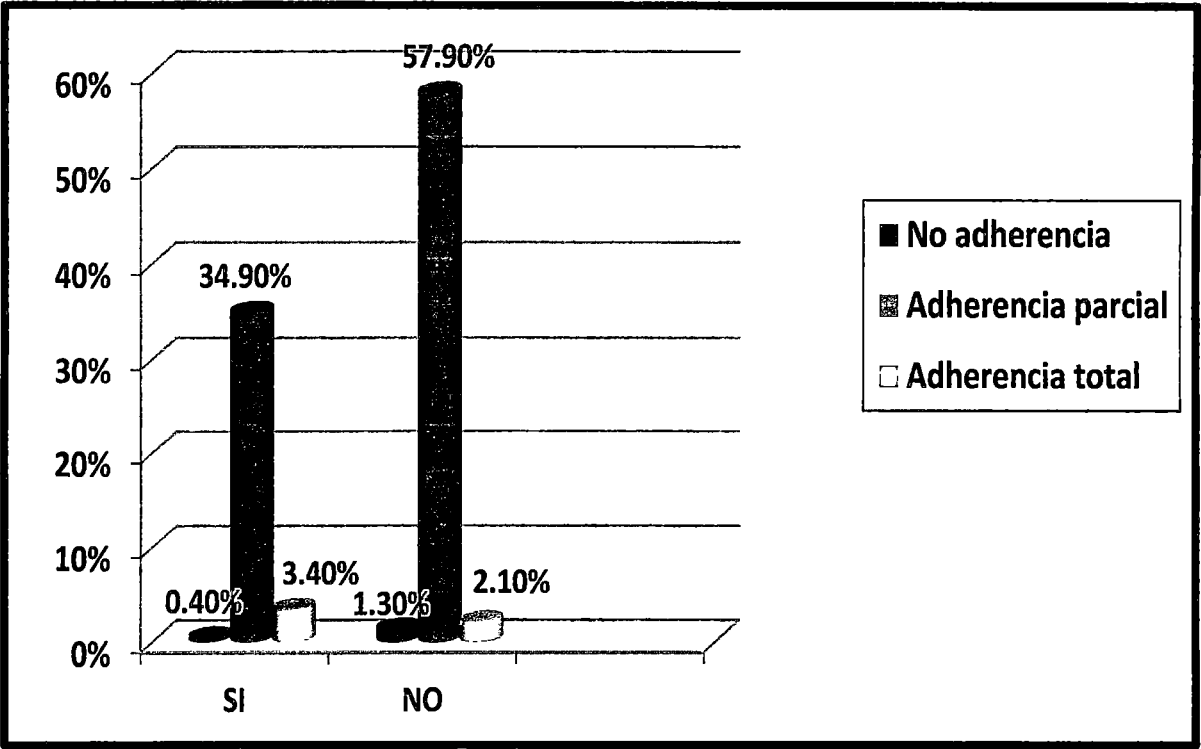


**CUADRO N° 12: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y HÁBITOS HIGIENICO DIETETICOS (DIETA BAJA EN SAL – CONSUMO DE GRASA NO ANIMAL – ACTIVIDAD FÍSICA) DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE – 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	DIETA SIN O BAJA EN FRITURAS (≥ 3 veces/sem)				Total
	SÍ		NO		
	N	%	N	%	
No adherencia	1	0.4	3	1.3	4
Adherencia parcial	83	34.9	138	57.9	221
Adherencia total	8	3.4	5	2.1	13
Total	92	38.7	141	61.3	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

**GRAFICO N° 12 : GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA Y DIETA BAJA EN FRITURAS.**

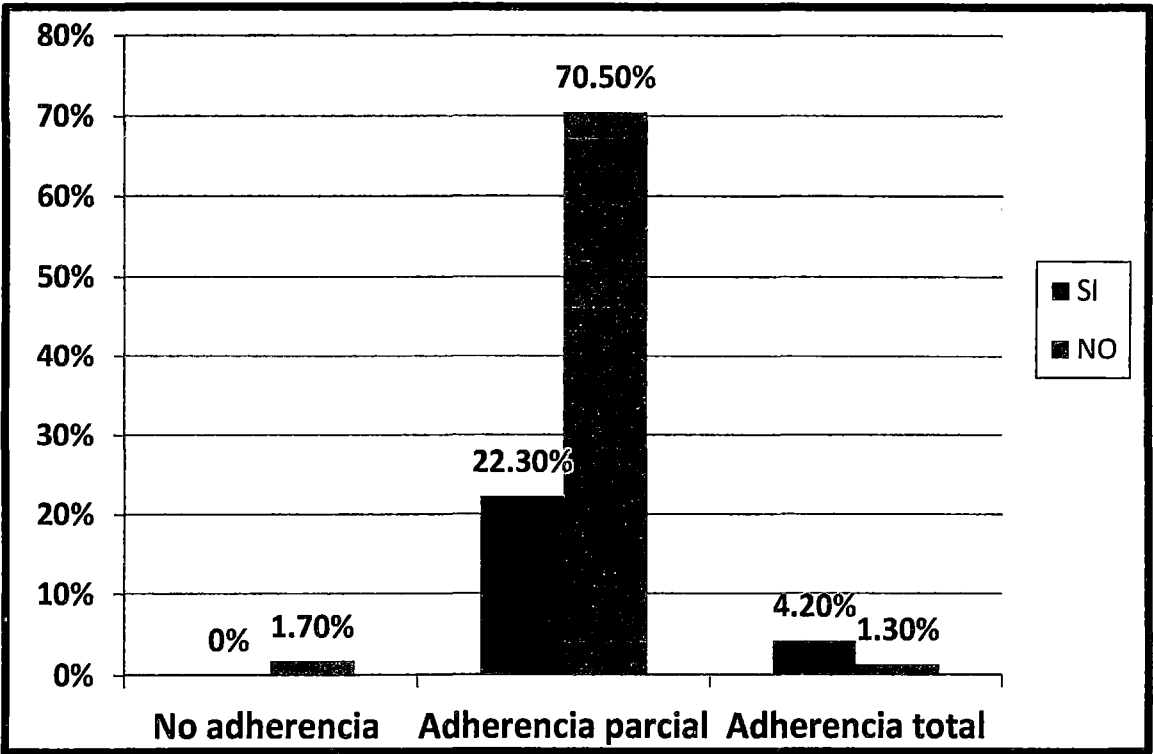


**CUADRO N° 13: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y HÁBITOS HIGIENICO DIETETICOS (DIETA BAJA EN SAL – CONSUMO DE GRASA NO ANIMAL – ACTIVIDAD FÍSICA) DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO” - LAMBAYEQUE - 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	ACTIVIDAD FISICA ( ≥ 30 min, ≥ 3 veces/sem)				Total
	SI		NO		
	N	%	N	%	
No adherencia	0	0	4	1.7	4
Adherencia parcial	53	22.3	168	70.5	221
Adherencia total	10	4.2	3	1.3	13
Total	63	26.5	175	73.5	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

**GRAFICO N° 13: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y ACTIVIDAD FÍSICA.**

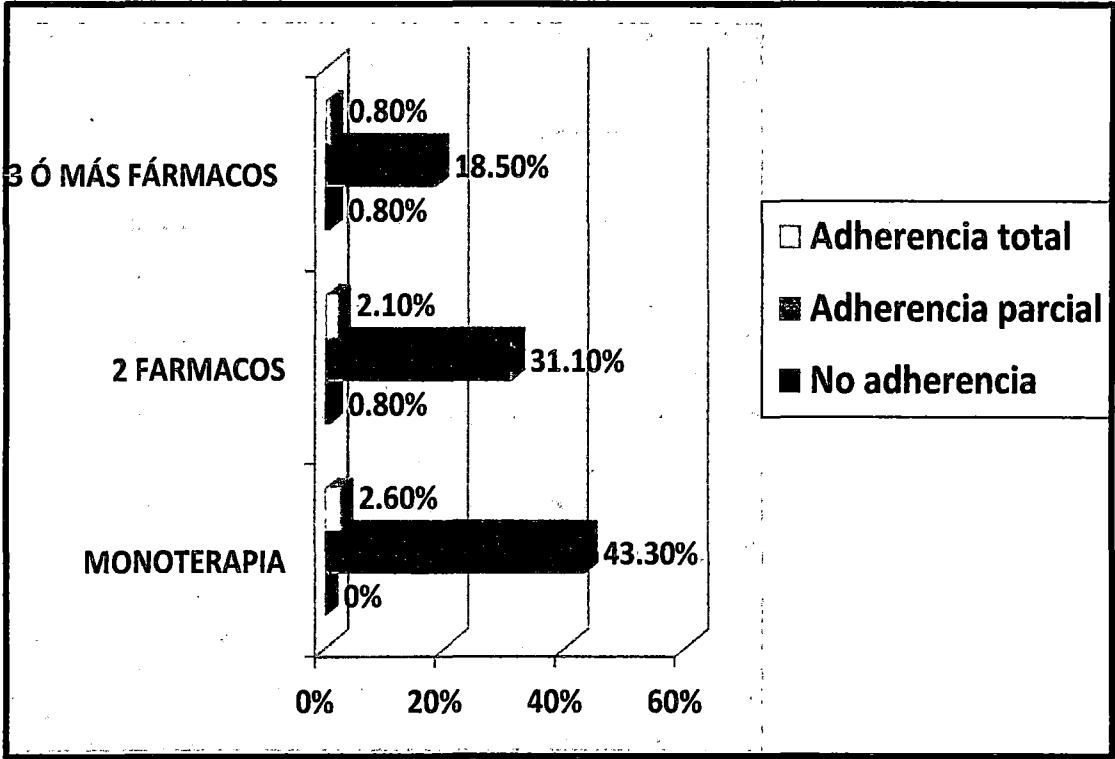


**CUADRO N° 14: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON MONOTERAPIA Y POLITERAPIA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE – 2015.**

Grado de adherencia terapéutica	TERAPIA						Total
	MONOTERAPIA		2 FARMACOS		3 Ó MÁS FÁRMACOS		
	N	%	N	%	n	%	
No adherencia	0	0	2	0.8	2	0.8	4
Adherencia parcial	103	43.3	74	31.1	44	18.5	221
Adherencia total	6	2.6	5	2.1	2	0.8	13
Total	109	45.9	81	34	48	20.1	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

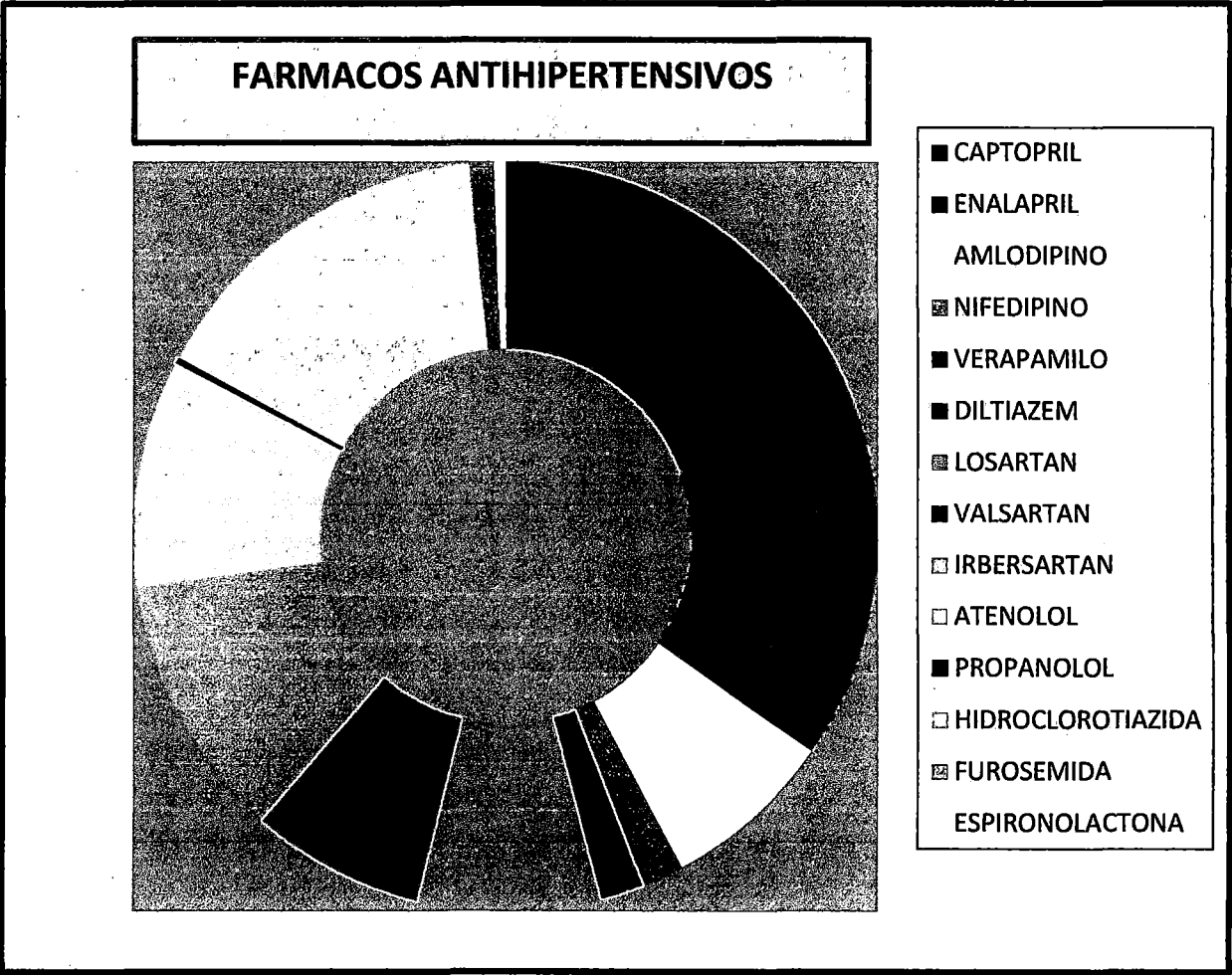
**GRAFICO N° 14: GRADO DE ADHERENCIA Y TERAPIA FARMACOLÓGICA.**



**CUADRO N° 15: RELACIÓN DE GRUPOS FARMACOLÓGICOS Y FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS INDICADOS  
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR ,  
POLICLÍNICO ESSALUD "AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO"- LAMBAYEQUE - 2015.**

<b>GRUPO FARMACOLÓGICO</b>	<b>FÁRMACO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Total de n por grupo farmacológico</b>	<b>Total de % por grupo farmacológico</b>
<b>IECA</b>	<b>CAPTOPRIL</b>	72	19.20	130	34.6
	<b>ENALAPRIL</b>	58	15.46		
<b>CALCIO ANTAGONISTA</b>	<b>AMLODIPINO</b>	28	7.47	42	11.17
	<b>NIFEDIPINO</b>	7	1.87		
	<b>VERAPAMILO</b>	5	1.3		
	<b>DILTIAZEM</b>	2	0.53		
<b>ARA-II</b>	<b>LOSARTAN</b>	30	8	101	26.94
	<b>VALSARTAN</b>	28	7.47		
	<b>IRBERSARTAN</b>	43	11.47		
<b>B-BLOQUEANTES</b>	<b>ATENOLOL</b>	37	9.87	38	10.13
	<b>PROPANOLOL</b>	1	0.26		
<b>DIURÉTICOS</b>	<b>HIDROCLOROTIAZIDA</b>	58	15.47	64	17.07
	<b>FUROSEMIDA</b>	4	1.07		
	<b>ESPIRONOLACTONA</b>	2	0.53		

GRAFICO Nº 15: FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS.



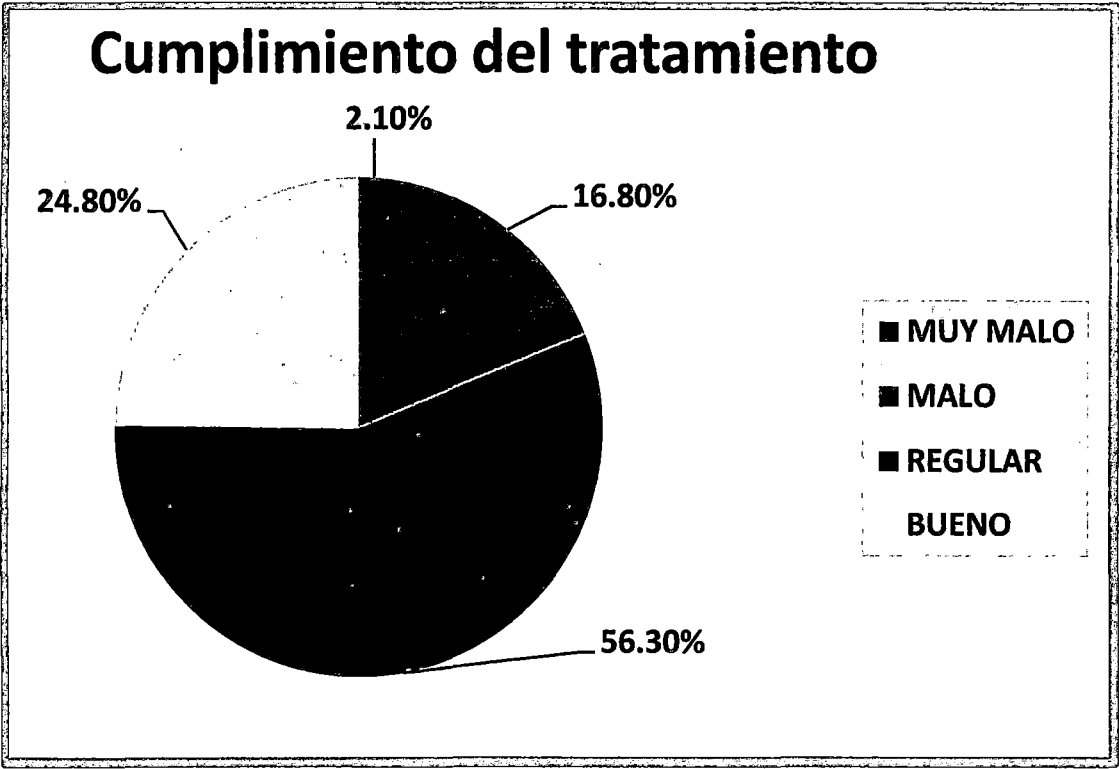


**CUADRO N° 16: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR CATEGORÍAS DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE - 2015.**

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN								Total
	MUY MALO		MALO		REGULAR		BUENO		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Cumplimiento del tratamiento	5	2.1	40	16.8	134	56.3	59	24.8	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

**GRÁFICO N° 16: CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO.**

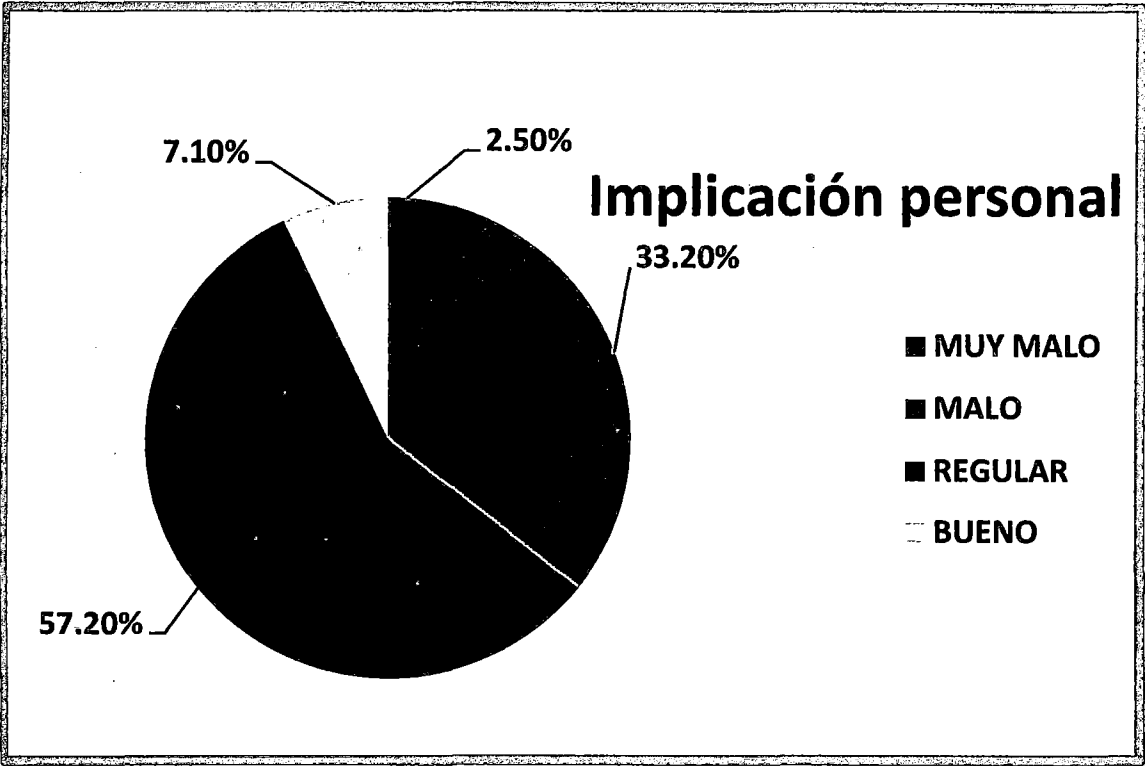


**CUADRO N° 17: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR CATEGORÍAS DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO ESSALUD "AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO" - LAMBAYEQUE - 2015.**

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN								Total
	MUY MALO		MALO		REGULAR		BUENO		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Implicación personal	6	2.5	79	33.2	136	57.2	17	7.1	238

**Fuente:** Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

**GRAFICO N° 17: IMPLICACIÓN PERSONAL.**

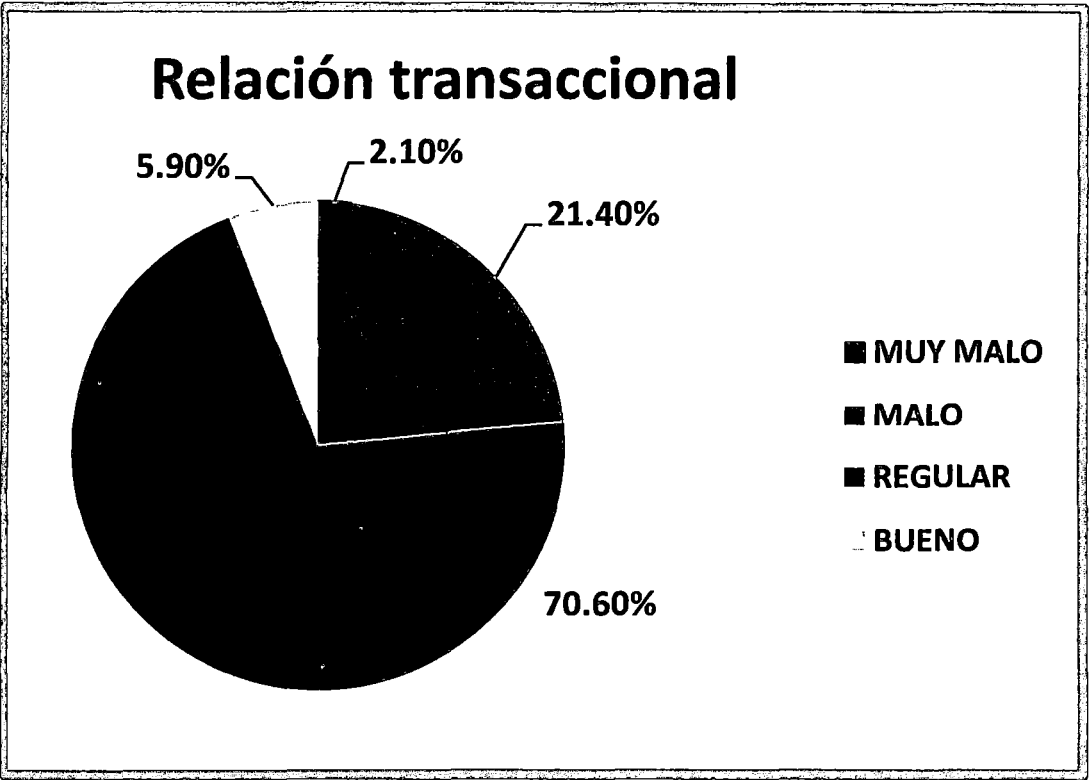


**CUADRO N° 18: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR CATEGORÍAS DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CARTERA DEL ADULTO/ADULTO MAYOR , POLICLÍNICO ESSALUD “AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO”- LAMBAYEQUE - 2015.**

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN								Total
	MUY MALO		MALO		REGULAR		BUENO		
	N	%	N	%	N	%	n	%	
Relación transaccional	5	2.1	51	21.4	168	70.6	14	5.9	238

Fuente: Resultado del Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

**GRÁFICO N° 18: RELACIÓN TRANSACCIONAL.**



## **DISCUSIÓN**

## **IV. DISCUSIÓN.**

La Organización Mundial de la Salud, en un informe presentado en el 2004, ha destacado que en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, es solo del 50%, y supone que esta situación debe ser peor en países en vías de desarrollo, debido a la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. En nuestro estudio los cuestionarios empleados agrupan las respuestas en base a afirmaciones básicas sencillas ( siempre / casi siempre / a veces / casi nunca / nunca ) para facilitar las respuestas y de esta forma detectar el grado de adherencia terapéutica antihipertensiva.

### **Grado de adherencia terapéutica.**

Tal como se presenta en el cuadro 01 la población más numerosa son los que corresponden al grado de adherencia parcial representando el 92.9% seguido por el grado de adherencia total con 5.5% y por último los no adheridos 1.7 %. Al respecto el estudio realizado por Tapia J. 2002 en Hospital de Chaiten , Chile encontró bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (44.1%), lo cual se describe por la no obtención de cifras de presión arterial controladas, correspondiendo al 66.2% de la muestra; En Argentina en el año 2005 el estudio ENSAT encontró, de los cuales el 48,15% fue adherente y el 51,85% no-adherente, La adherencia no superó el 50% luego de 6 meses de tratamiento; en Colombia Lyda Holguín realiza un estudio cuasi-experimental, diseño intra e intergrupo, pre-post intervención en una institución de salud de Calí , en el año 2006 , Se encontró un cambio en cuanto en la adherencia

pre y post intervención (PA pre intervención : bajo 0%, medio 43.2 % , alto 56.8 % ; post intervención bajo : 0% medio :13.4 % alto : 86.6%). En Perú Lima , en el año 2010 Rolando Carhuallanqui y col. realizaron estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal ,la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%; en Argentina Clínica Martín Güemes de la ciudad de Rosario Vanesa Di Caro G. en el año 2012 encontro que 9.71% presento un nivel de adherencia alto, el 29.17% un nivel medio y el 61.67% restante un bajo nivel de adherencia. En Colombia en el año 2012 María Cristina Casas Piedrahita encontró la adherencia promedio fue de 45% en los dos municipios ; el estudio de Maciej Tomaszewski y cols realizado en Inglaterra , publicado en abril 2014 en the journal open heart , British Cardiovascular Society ,encontró como resultados en general, el 25% de los pacientes eran total o parcialmente no adherentes al tratamiento antihipertensivo; el trabajo de Mayckel da Silva , A. , Oliveira, R. et al. realizado en Brasil en mayo del 2014 , encontró que el 42,6% no se adhieren y el 17,7% tienen poco conocimiento acerca de la enfermedad , el estudio de Teresa Ruiz hecho en México en el 2014 encontró que adherencia parcial es de 88% , no adherencia en 11% y adherencia total de 1% en conclusión los resultados semejan la mayoría de estos autores. Cuadro N° 01.

#### **Grado de adherencia terapéutica en relación a la edad:**

Se encontró que la población predominante son los mayores de mayores de 60 años con una adherencia parcial son 67.2%, al respecto el estudio descriptivo de corte transversal ,realizado por Agames A. en el año 2007 en Cuba Camagüey encontró que la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue deficiente en los pacientes de 50 a 59 años con 34,34%, seguido del grupo de

40 a 49 años con 31,73% , estos resultados son superiores a los obtenidos en el presente estudios cuyo valor de no adherencia es mucho menor al comparar con los grupos etareos correspondientes. Cuadro N° 02.

#### **Grado de adherencia y el sexo.**

Se encontró que sexo predominante fue el femenino con un grado de adherencia parcial de 55.5% .Al respecto el estudio realizado por Agames A. en el año 2007 en Cuba Camagüey encontró que la adherencia al tratamiento antihipertensivo en relación con el sexo, se observó, que la falta de adherencia predominó en el sexo masculino con 165 pacientes para un 71,73%, el sexo femenino resultó menos representativo con solo 65 pacientes para un 28,26 %. El estudio realizado por Ruiz T en el año 2014 encontró que el grado de adherencia es semejante en ambos sexos. Cuadro N° 03.

#### **Adherencia terapéutica y ocupación.**

Se encontró que ocupación que más predomina es jubilado con 46.6% adherencia parcial , seguido de empleado con 34.9% adherencia parcial y luego labor de hogar 11.4 % adherencia total. Al respecto Ruiz T realizo en el 2014 en México encontró que la ocupación predominante para el grado de adherencia parcial fueron los empleados con 68%. Cuadro N° 04.

#### **Adherencia terapéutica y el grado de instrucción.**

Los grados de instrucción primaria y secundaria fueron los que predominaron para el grado de adherencia parcial con 26.5 y 28.6 respectivamente. Al

respecto Ruiz T. realizó en el 2014 en México encontrando que los grados de instrucción que predominaron fueron primaria y secundaria y bachillerato con grado de adherencia parcial de 16 % y 42% respectivamente que al sumar dichos valores comparativamente son próximos. Cuadro N° 05.

#### **Adherencia terapéutica y procedencia.**

Se encontró que el 89.9 % proceden de zona urbana, siendo 83.2 % adherentes parciales ningún autor de los antecedentes a relacionado los grados de adherencia con procedencia. Cuadro N° 06.

#### **Adherencia terapéutica por estado civil.**

Se encontró una predominancia del estado civil casado con 54.2 de grado de adherencia parcial no es posible comparar debido a que los autores de los antecedentes no reportan este indicador. Cuadro 07.

#### **Grado de adherencia terapéutica por tiempo de diagnóstico de HTA ,**

Se encontró que los pacientes con menos de 5 años de diagnóstico predominan con 39.1 % de adherencia parcial. De igual manera los autores no reportan información sobre tiempo diagnóstico y adherencia terapéutica. Cuadro N° 08.



### **Grado de adherencia y los ingresos a emergencia por hipertensión arterial en el último mes.**

El no ingreso a emergencia predominó con 75.6 % en el grado de adherencia parcial , han presentado 1 ó 2 ingresos 13.5% y más de 2 ingresos el 6.7% en este último no se encuentra ningún paciente en el grado de adherencia total. De igual manera los autores no reportan información sobre ingresos a emergencia y adherencia terapéutica. Cuadro N° 09.

### **Grado de adherencia y sintomatología relacionada con hipertensión arterial en el último mes.**

Haciendo la aclaración de cada paciente puede tener más de un síntomas se encontró que 46.6% presentó dolor de cabeza, zumbido de oídos 37.7%, mareos 29.4%, visión borrosa 24.3%, epistaxis 1.7 %, y permaneciendo asintomáticos el 38.1% todos estos síntomas predominaron en el grado de adherencia parcial. De igual manera los autores no reportan información sobre tiempo diagnóstico y adherencia terapéutica. Cuadro N° 10.

### **Grado adherencia y hábitos higiénico-dietéticos,**

Consumen dieta sin sal o baja en sal 35.7 % , dieta baja en fritura o sin frituras 38.7 % y actividad física 26.5 % . Ruiz T. realizo en el 2014 en México encontró que de los pacientes encuestados 28% respondieron tener una dieta baja en sal, 29% pacientes no consumen frituras (consumen grasa no animal), y solo 23% realiza actividad física , resultados que se aproximan a los encontrados en el presente estudio. En consecuencia los pacientes no cumplen los hábitos

higiénicos dietéticos lo cual influye en la elevada frecuencia de síntomas.

Cuadro N° 11,12,13.

### **Farmacoterapia**

Los valores encontrados concuerdan en su mayoría con los reportados por otros autores tal como se detalla a continuación. Se encontró predominio de la monoterapia en 45.9%, seguida de terapia doble con 34%, y terapia triple a más 20.1% . El grupo de los ( IECAS) fueron los más utilizados 34.6%, seguido de los antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA II) 26.94% ,diuréticos 17.07% , calcio antagonistas 11.17 % ,y betabloqueantes 10.13%. El estudio ENSAT en Argentina en el 2005 encontró Respecto de los fármacos empleados, los inhibidores de la enzima de conversión (IECA) fueron los más utilizados (30,31%) seguidos por los betabloqueantes (BB; 22,34%), los antagonistas cálcicos (15,87%), los diuréticos (DIUR; 14,22%), los bloqueantes de los receptores de la angiotensina (BR All; 6,34%) y los alfabloqueantes (AB; 0,29%). Cuadro N° 14 ,15.

### **Categorización de la adherencia terapéutica.**

La importancia de valorar estas categorías fue con la finalidad de complementar los resultados de las valoraciones generales de adherencia para una evaluación individualizada y su relación con el personal de salud, cuyos resultados descritos son los siguientes:

El calificativo predominante fue regular 56.3% para cumplimiento de tratamiento (CT), 57.2% para implicación personal (IP) y 70.6% para transaccional (RT), los porcentajes de calificación muy malo fueron similares en las tres categorías promediando 2.2 % y en cuanto a calificación bueno la categoría (CT) en 24.8% y en las categorías (RT) y (IP) se encontraron porcentajes más bajos similares promediando 6.5%.

# **CONCLUSIONES**

## **V. CONCLUSIONES.**

1. Los grados de adherencia terapéutica fueron 92.9% parcial ,5.5 % total y 1.7 % no adherencia ; y el calificativo que predominó en las 3 categorías fue regular con 56.3% para cumplimiento de tratamiento (CT), 57.2% para implicación personal (IP) y 70.6% para transaccional (RT).
2. Solo existe asociación entre el grado de adherencia parcial con los niveles de instrucción en la comparación de todos los factores epidemiológicos.
3. No existe asociación entre la frecuencia de ingresos a emergencia con el grado de adherencia.
4. Existe asociación entre la mayor frecuencia de síntomas con los grados de adherencia.
5. Los síntomas más frecuentes fueron : dolor de cabeza 46.6% , zumbido de oídos 37.7%, mareos 29.4 % ,visión borrosa 24.3%, epistaxis 1.7%; sólo el 38% fueron asintomáticos.
6. El incumplimiento de los hábitos higiénico dietéticos y la monoterapia conducen un predominio de grado de adherencia parcial.

## **RECOMENDACIONES**

## **VI. RECOMENDACIONES.**

1. Que las autoridades y los responsables inmediatos implementen un sistema de control de la asistencia para un adecuado seguimiento de los pacientes con HTA integrantes de la cartera de adulto/adulto mayor.
2. Que el paciente cumpla con el tratamiento en horario y dosificación indicadas por el médico.
3. Que el médico explique en lenguaje adecuado como debe cumplir el tratamiento y además proponerle formas fáciles de recordar horarios y dosificación.
4. Servir como puntos de referencia para una posterior investigación orientadas a aumentar adherencia total al tratamiento de hipertensión arterial y de esa manera prevenir las complicaciones de la misma.
5. Estudiar sistemáticamente los factores relacionados con el prestador de asistencia sanitaria, falta de conocimiento, tiempo inadecuado, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño. Las estrategias educativas multifacéticas para mejorar el conocimiento, la auditoría con retroalimentación sobre el desempeño y los incentivos financieros son algunas de las intervenciones cuya efectividad debe probarse.

6. Además se recomienda hacer un estudio en otra población diferente a la del seguro social en las que probablemente los resultados cambiarían ya que hay muchas situaciones que juegan un papel importante en a favor de la población del seguro social como lo es disponibilidad de tratamientos ,consultas de seguimiento e interconsultas la procedencia , los estilos de vida , las ocupaciones , La interrupción o abandono de una terapia lo que significaría mayores gastos en cuanto a salud pública e incrementa el uso de recursos hospitalarios .



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA**

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.

1. Soto V, Zavaleta S. et al. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" EsSalud, Chiclayo 2000 . Vol 63, No 3 Vol. 63, Nº 3 – 2002 pp. 185 –190. Disponible en <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1498>.
2. Tapia JA. Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten [Tesis]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2006.
3. Ingaramo .R, Vita N, Mario et al. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) Revista de la Federación Argentina de Cardiología [Internet]. 2005 January -March : Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34: 104-111 Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
4. Holguín .L, Correa .D, Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial Colombia 2006. Scielo [cited 2013 Dic 3]. vol 5 (3): 535-547. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09>
5. Agámez Paternina AP, Hernández Riera R, Cevera Estrada L, Rodríguez García Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Revista Archivo Médico de Camagüey sep.-oct. 2008;12(5) [Consultado: 28 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc09508.htm>
6. Martín Alfonso L, Bayarre Veá HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [serie en

Internet]. Marzo 2008 [Consultado: 9 de enero de 2009];34(1):[aprox. 6 p.]. 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)

7. Varela MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial..Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) [Internet]. 2010 May15 ; vol7,nº14,2010 pp,127-140 . Available from:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673010>

8. Carhuallanqui, R; Diestra-Cabrera, G; et al. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Revista médica herediana. 2010 oct.-dic. [cited 2010 dic ].vol. 21(4):p.197-201. Available from:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n4/v21n4ao4.pdf>

9. Di Caro. Vanesa Tapia JA. Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten [Tesis].Universidad Abierta Interamericana ; 2012.

10. Casas M.C, Chavarro L. Adherencia a un programa estatal de control de la hipertensión arterial, en un servicio de primer nivel. Colombia. 2010-2011 [Tesis].Universidad Autónoma de Manizales; 2012.

11. Herrera E Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010.[cited 2014 oct ] disponible en

<http://www.bdigital.unal.edu.co/8593/#sthash.0fcUELPC.dpuf>

12. Herrera E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial , por .Open Journal Systems [Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 19]; vol.30, n.2, pp. 67-75. Disponible en : <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/393>
13. Burnier M, Wuerzner G, et al. Measuring, Analyzing, and Managing Drug Adherence in Resistant Hypertension - 2013 American Heart Association, Inc [Internet]. 2013 Jun [cited 2013 Jun 10]; Hypertension. 2013;62:218-225. Available from: <http://hyper.ahajournals.org/content/62/2/218.full.pdf+html>
14. Tomaszewski M, White C, et al. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis"de .Science Gov and Open Heart British Cardiovascular Society[Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Apr 2]; heartjnl-2013-305063v1. Available from: <http://heart.bmj.com/content/early/2014/02/20/heartjnl-2013-305063.full>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24694797>
15. Da Silva M, Almeida A , et al. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy . Scielo [Internet]. 2014 March [cited 2011 Apr 22]; vol.22 no.3 Ribeirão Preto May/June 2014 . Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000300491&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000300491&script=sci_arttext)
16. Khanam MA, Lindeboom W, Koehlmoos TLP, Alam DS, Niessen L, Milton AH. Hypertension: adherence to treatment in rural Bangladesh – findings from a population-based study. Global Health Action. 2014;7:10.3402/gha.v7.25028. doi:10.3402/gha.v7.25028. disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212079/>

17. Blumenthal J. A., Sherwood A, et al. Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,. Bariloche, Argentina. [Internet]. 2002 Jun. Vol.70(3),p.569. Available from:  
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2002-01415-009>.
18. Bendersky M, Cuneo C, et al. Epidemiología de la hipertensión arterial. Conclusiones del Simposio del Mercosur. En Congreso de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial 2005 mar[ cited 2005 Mar 6]. Available from: <http://www.fac.org.ar/revista/01v30n1/mercosur/mercosur.htm>
19. Sheldon G, Sheps MD. The sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure . National Institutes of Health - NIH.. cited 2003 Oct [2003 Oct 20], Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hbp>
20. Jay S. Cohen, MD (2001). Adverse drug effects, compliance and initial doses of antihypertensive drugs recommended by the Joint National Committee vs. the Physician's Desk Reference. *JAMA Archives of Internal Medicine* .2001 mar [ cited 2001 Mar 26] ,vol.161(6), p.880-885. Available from:  
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=647683>
21. Fung V, Huang J, Brand R, Newhouse JP, Hsu J. Hypertension treatment in a Medicare population: adherence and systolic blood pressure control. *Clin Ther*. 2007 may ; vol.29(5):p.972–984. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17697916>
22. Appel L., Champagne C., et al.. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: Main results of the Premier clinical trial. *JAMA*. 2003 Apr [cited 2003 Apr 23-30 ] . 289(16), 2083-2094. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12709466>

23. Zeller, A., Schroeder, K. y Peters, T. J. (2008). An adherence self-report questionnaire facilitated the differentiation between nonadherence and nonresponse to antihypertensive treatment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007 Aug [cited 2007 Aug 24] vol.61, p.282-288. Available from: <http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356%2807%2900149-7/abstract>
24. Hashmi, S. K., Afridi, M. B., et al. Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. *PLoS ONE*. 2007 Mar [cited 2007 Mar 14] vol2(3), e280. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1805684/>
25. DiMatteo, M. R. Giordani, P. J., et al. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care*. 2002 Sep. vol.40(9), p.794-811. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12218770>
26. Schmidt, J., Cruz, F., Villaverde, C., et al. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Index de Enfermería*, 15(54). 2006 [cited 2006]. vol15, p.25-29. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000200005&script=sci_arttext)
27. Carballo, E., Cadarso-Suárez, C., et al. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*. 2003 apr [cited 2003 apr 8] , vol.13, p.587–599. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AQURE.0000021315.93360.8b#page-1>
28. Rodríguez M.A, Et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica España 2008. [Cited 2014 oct] .v 40(8) p 413-417. Disponible en : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708720766>

# **ANEXOS**

## ANEXO Nº 1

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín– Bayarre– Grau) , Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

#### A).DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Edad(años ): .....
2. Sexo(masculino/femenino) :.....
3. Grado de instrucción (analfabeto/prim/sec/tec/sup) :.....
4. Procedencia (urbano/rural):.....
5. Estado civil( soltero/conviviente/casado/viudo/divorciado) :.....
6. Ocupación :.....
7. Años de diagnosticada la enfermedad:.....
8. A presentado Ud. Elevación de la presión arterial que le hayan obligado a acudir a emergencia en el último mes.  
Si (cuantas veces)\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
9. A presentado uno o más de los siguientes Síntomas durante el último mes(cuantas veces en el último medio año):  
Cefalea.\_\_\_\_ Zumbido de oídos. \_\_\_\_ Visión borrosa.\_\_\_\_ Epistaxis \_\_\_\_ Mareos
10. Tratamiento higiénico-dietético:  
a. Dieta sin sal o baja de sal ( sí - no )                      b. No consumo de frituras ( sí - no )
- c. Realizar ejercicio físico ( sí - no )
11. Tratamiento farmacológico indicado:  
cuantos\_\_\_\_ Nombre:.....  
Nombre:.....  
Nombre:.....  
Nombre:.....



B.- Desarrollo del cuestionario.

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: Forma de selección

(4) Siempre (3) Casi Siempre (2) A veces (1) Casi Nunca(0) Nunca

Afirmaciones

1. Toma los medicamentos en el horario establecido.	4	3	2	1	0
2. Se toma todas las dosis indicadas.	4	3	2	1	0
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	4	3	2	1	0
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas	4	3	2	1	0
5. Realiza los ejercicios físicos indicados.	4	3	2	1	0
6.- Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria	4	3	2	1	0
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.	4	3	2	1	0
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.	4	3	2	1	0
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.	4	3	2	1	0
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.	4	3	2	1	0
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento	4	3	2	1	0
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico	4	3	2	1	0

## ANEXO Nº 02 : OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Dimension	Indicadores	Criterio de evaluación	Escala de medición
<b>Variable independiente:</b>  Grado de adherencia terapéutica.	Cuestionario MBG (Martín. A Bayarre V.Grau. ) La Habana en el 2008.	Cumplimiento de dieta Cumplimiento de Horario Cumplimiento de Dosis Asistencia a consulta Actividad física Cumplimiento de medicación Coordinación con el médico Estrategia de cumplimiento Aceptación del tratamiento	Siempre (4) Casi Siempre (3) A veces (2) Casi Nunca (1) Nunca (0)	Ordinal
<b>Variable dependiente:</b>  Estado clínico y eficacia de adherencia	Clínico	Síntomas durante el último mes : Cefalea. Zumbido de oídos. Visión borrosa. Desvanecimiento.	Si- No	Nominal

terapéutica.	Eficacia de la adherencia terapéutica	Resultado del Cuestionario MBG (Martín. A Bayarre V.Grau. ) La Habana en el 2008.	Adherencia total (38 - 48 puntos) Adherencia parcial (18 - 37 puntos) No adherencia (0 - 17 puntos)	Ordinal
<b>Variable interveniente</b>  Datos del paciente	Epidemiológico	Edad Sexo Grado de instrucción Procedencia Ocupación Estado civil Nivel socioeconomico Presión arterial Comorbilidades presentes(DM-ERC-ACV-ICC- EPOC) Ingresos a emergencia.	Años Masculino – Femenino Analfabeto primaria secundaria superior. Rural – urbano Independiente dependiente desempleado Soltero,conviviente,casado,viudo, divorciado Bajo –medio – alto PA <140/90 ,PA>140/90 SI – NO SI - NO	Nominal Nominal Ordinal Nominal Nominal Nominal Ordinal Razón Nominal Nominal

## **ANEXO N° 03**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adscritos Servicio de programa de hipertensión del Policlínico ESSALUD "Agustín Gavidia Salcedo" de Lambayeque Registrado ante el Comité Local de Investigación de la facultad de Medicina Humana de UNPRG . El propósito del estudio es; Determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial de una Unidad de Primer Nivel de Atención.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder los instrumentos de medición que me serán aplicados por una persona que se identifica como Estudiante de la facultad de Medicina de la UNPRG del equipo de investigación del mencionado proyecto.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Tengo como beneficio saber si este fenómeno está o pudiera estar afectando mi vida personal, familiar, laboral, etc.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento ( en caso que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Fecha.....

Firma del participante o apoderado:.....DNI N°.....

Firma del testigo:.....DNI N°.....

Firma del investigador principal .....DNI N°.....

## **ANEXO N° 4**

### **"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"**

**SOLICITO: PERMISO PARA APLICACIÓN DE PROYECTO DE  
TESIS**

**SEÑOR:**

**DIRECTOR DEL POLICLÍNICO ESSALUD— "AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO" DE  
LAMBAYEQUE**

**DR. JUAN ALPIO GUEVARA, RIVAS**

**Presente.-**

Yo, **Becerra Mondragòn Yosip Leonardo**, identificado/a con identificado con DNI  
Nº 45097067 Estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la UNPRG, ante Ud. con  
todo respeto me presento y expongo:

Que habiendo presentado proyecto de tesis **"Grado de adherencia terapéutica  
en pacientes hipertensos adscritos a la cartera de adulto/adulto mayor del  
Policlínico ESSALUD "Agustín Gavidia Salcedo" de Lambayeque – 2015 "**, a mi  
centro de estudios y habiendo sido aprobada solicito permiso para aplicación de proyecto  
en el establecimiento de salud que Ud. dirige.

#### **POR LO EXPUESTO:**

Solicito a usted, admitir mi petición por ser de justicia.

Lambayeque, 15 de enero del 2015