

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS EN LA
MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE
TACNA 2019”**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

Bachiller Osmar Francisco Ojeda Zegarra

Asesor: Dr. Juan Alberto Girón Dappino

Tacna – Perú

2019

Dedicatoria

A mi familia, a mi bisabuela Rosaemilia siempre estás en mis pensamientos.

A mi abuela Rosario “ Charito” por todo su cariño incondicional por ser el pilar de mi vida con sus consejos y su apoyo.

A mi señora madre Griselda, por ser padre y madre a la vez y nunca desfallecer, por todo su amor y su apoyo el cual estaré siempre eternamente agradecido.

A mis hermanos Crhistian y Jhorddy y mis tíos Rosa, Livinia, Neto, y mis primos por estar siempre conmigo.

A mi amada esposa Leidhy por ser el motor que me impulsa a ser mejor cada día.

A mis queridos suegros Daniel y Eliana y a Rhomel, gracias por todo el cariño que me brindaron.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiar cada uno de mis pasos.

A toda mi familia por su apoyo.

A mis Maestros por todas sus enseñanzas y consejos a lo largo de todos estos años.

A mis amigos por estar siempre hay, en las buenas y en las malas.

Y especialmente a mi asesor Dr. Juan Alberto Girón Dappino. Que con desinterés me guio para la realización de este trabajo siempre le estaré muy agradecido.

INDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	11
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivos Específicos	14
1.4. JUSTIFICACIÓN	15
1.5. DEFINICIÓN DE TERMINOS	16
1.5.1. Presión Sanguínea:	16
1.5.2. Hipertensión Arterial:	16
1.5.3. Adherencia Terapéutica:	16
1.5.4. Enfermedad:	16
1.5.5. Hipertenso:	16
1.5.6. Conocimiento:	16
CAPÍTULO II	17
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2 MARCO TEORICO	25
2.2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	25
2.2.2 CONOCIMIENTO	35

2.2.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	37
CAPÍTULO III	40
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	40
3.1 HIPOTESIS	40
3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	40
CAPÍTULO IV.....	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
4.1 DISEÑO	42
4.2 AMBITO DE ESTUDIO.....	42
4.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	43
4.3.1 Cuestionario sobre Conocimiento sobre la Hipertensión Arterial (CSH). 43	
4.3.2 Test de Morisky Green Levine (MMAS-4).....	45
4.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO	46
4.4.1. Población.....	46
4.4.2. Criterios de Inclusión:	47
4.4.3. Criterios de Exclusión:	47
4.4.4. Muestra.....	47
CAPÍTULO V.....	49
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	49
5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
5.2 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	50
RESULTADOS	51
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES	69

RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS	78

RESUMEN

Objetivo: Relacionar el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos tratados en la Microred de Salud Norte de la ciudad de Tacna 2019.

Metodología: Estudio descriptivo, no experimental, transversal, retrospectivo, analítico, donde se evaluó a 291 pacientes atendidos en los establecimientos de salud que conforman la Microred de salud Norte de la ciudad de Tacna, mediante la recolección de datos de sus historias clínicas y posterior entrevista domiciliaria usando los instrumentos: Cuestionario sobre el conocimiento de la Hipertensión arterial (CSH) y el Test de Morisky Green Levine (MASS-4).

Resultados: De los 291 pacientes encuestados, el 60.8% son de sexo femenino, 41.9% tiene entre 61 y 65 años, el 56.7% tiene estudios secundarios; el 35.7% es comerciante, el 58.8% es casado y el 47.4% tiene entre 6 a 10 años de tiempo de enfermedad. Según el Test de Morisky Green Levine, el 59.8% de la población no es adherente al tratamiento antihipertensivo. Según el cuestionario sobre el conocimiento de la hipertensión, éste fue regular en el 64.6%; mientras que tan solo el 14.8% tiene buen conocimiento de su enfermedad. Sólo se encontró asociación significativa entre las variables de instrucción (valor $p < 0.00$) y ocupación (valor $p = 0.002$) con el nivel de conocimiento de la hipertensión.

Conclusiones: En este grupo poblacional no se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento farmacológico valor ($p = 0.476$).

Palabras clave: Hipertensión arterial, Nivel de conocimiento, Adherencia

ABSTRACT

Objective: To relate the level of knowledge of high blood pressure and adherence to treatment in hypertensive patients treated in the Northern Health Micronetwork of the city of Tacna 2019.

Methodology: Descriptive, non-experimental, cross-sectional, retrospective, analytical study, where 291 patients were evaluated in the health facilities that make up the Northern Health Micronetwork of the city of Tacna, by collecting data from their clinical records and subsequent home interview using the instruments: Questionnaire on Knowledge of High Blood Hypertension (CSH) and the Morisky Green Levine Test (MASS-4).

Results: Of the 291 patients surveyed: 60.8% are female, 41.9% are between 61 and 65 years old, 56.7% have secondary education, 35.7% are a trader, 58.8% are married, and 47.4% have 6 to 10 years of illness. Also according to the Morisky Green Levine Test, 59.8% of the population is not adherent to treatment antihypertensive. According to the questionnaire on the knowledge of hypertension of patients subject to this study was regular with 64.6%, . Only significant association was found between the instruction variables p-value (<0.00) and the occupation value p-(0.002) with the level of knowledge of hypertension.

Conclusions: No significant association between knowledge level and adherence to drug treatment was found in this population group, p-value= (0.476).

Keywords: High Blood Pressure, Knowledge Level, Adherence

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión arterial es un problema de salud pública ya que constituye el principal factor de riesgo para la aparición de patologías cardiovasculares, como el infarto agudo de miocardio, los accidentes vasculares encefálicos, insuficiencia renal crónica, etc. (1).

La frecuencia de la Hipertensión Arterial va en aumento con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece (2), esto se corroboró con los diferentes estudios que se han realizado a nivel mundial, confirmándose en el caso del Perú su alta prevalencia, con los estudios TORNASOL llevados a cabo en el 2004 y en el 2011, En cuanto a su etiología es desconocida en el 95 % de los casos, identificándose como esencial o primaria, el restante 5 % es debido a causas secundarias.(3)(4).

En sus inicios va a tener como característica ser silente, ya que no tiene muchas manifestaciones clínicas las cuales se van a evidenciar ya cuando la enfermedad ha avanzado lo suficiente mostrando lesiones en los órganos más susceptibles a los cambios de presión tales como el cerebro, corazón riñones, ojos, etc. (5)

Según una nota de prensa del INEI 2018 señaló que la prevalencia a nivel nacional de la HTA en el 2017 fue del 18.6% en la población mayor de 15 años y que de este porcentaje “La provincia de Lima (22,4%), la Provincia Constitucional del Callao (20,6%) y Tacna (20,3%)” son las que mayor población con HTA presentan en el país (6).

Su elevada prevalencia en nuestro país y en el mundo es reflejo de los hábitos y estilos de vida poco saludables que en numerosos estudios que han sido realizados se ha demostrado su asociación con, el sedentarismo, la ingesta desproporcionada de sal, la ingesta de

alimentos ricos en carbohidratos y grasas saturadas, tabaco, el consumo de alcohol, así también están involucrados los factores socioeconómicos como edad y sexo. (7)(8)

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que son atendidos en la Microred de Salud Norte de la ciudad de Tacna.

La información resultante podrá ayudar a que realicen las acciones que consideren necesarias (cambios en los estilos de vida, disminución de la ingesta de sal, ejercicio, adherencia al tratamiento farmacológico etc.) para prevenir las complicaciones asociadas a la HTA y mejorar su calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los mayores problemas de la salud pública a nivel mundial y nacional , ya que de por sí sola corresponde a una enfermedad y también representa uno de los factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades de tipo cardiovascular, siendo la hipertensión arterial el más importante de los cuatro principales factores de riesgo metabólico (Hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia) que aumentan el riesgo de desarrollar una Enfermedad no Trasmisible de tipo cardiovascular (8). Además la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la hipertensión arterial causa las principales complicaciones cardiovasculares: “accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, demencia, insuficiencia renal y ceguera”. (9)

Según la OMS, existen al menos mil millones de pacientes que padecen de hipertensión arterial en el planeta, en la publicación “Información General sobre la HIPERTENSIÓN en el Mundo” (2) realizada por el día mundial de salud del año 2013, comunicó que al menos 9.4 millones de los fallecimientos a nivel mundial se debieron a complicaciones de la Hipertensión Arterial (HTA) , a su vez la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que en el año 2016 hubo al menos 1.6 millones de decesos causados por enfermedades cardiovasculares relacionadas con la HTA en Latinoamérica y el Caribe (7).

En el “Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2014” (8), la Dra. Margaret Chan directora general de la OMS, hace referencia al acuerdo alcanzado por los países que pertenecen a dicha organización, El “Plan De Acción Mundial Para La Prevención y el Control De Las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020”(9), en el marco de dicho plan, en el informe, se plantearon nueve metas de alcance mundial siendo aceptadas por la Asamblea Mundial de la Salud citando textualmente la “Meta mundial 6: Reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país, para el 2025”(9),

En la actualidad, la OMS informó en una nota descriptiva publicada en abril del 2017, donde se menciona que las Enfermedades no Transmisibles (ENT), causaron el deceso de 40 millones de personas a nivel mundial, el equivalente al 70% de las muertes producidas anualmente en el planeta, siendo en el siguiente orden: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, las responsables de aproximadamente 32 millones de decesos que corresponden al 80% de las muertes causadas por Enfermedades No Trasmisibles, a su vez las enfermedades cardiovasculares fueron las causantes de aproximadamente 17,7 millones de muertes que corresponden al 44.25% de los decesos causados por Enfermedades No Trasmisibles, y al 25.29 % de las muertes del total mundial, lo que refleja una alta tasa de morbimortalidad por esta causa (10).

A nivel nacional los estudios TORNASOL I (2004)(3) y TORNASOL II (2010)(4) de tipo descriptivos y transversales que fueron realizados en 26 ciudades del Perú, donde se halló un incremento en la prevalencia de la HTA en pacientes de ambos sexos en todo el territorio nacional; extrapolando los datos se halló que 2 de cada 6

peruanos padecían de esta condición llegando, en el momento que se realizó el estudio TORNASOL II, a ser casi 5 millones de peruanos los afectados.(4)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reportó a través de su publicación, Perú: enfermedades transmisibles y no transmisibles del año 2017(11), donde menciona que entre las regiones con mayor prevalencia de hipertensión arterial, la región Tacna con el 20.3% se convierte en la tercera a nivel nacional, después de Lima y del Callao, con el más alto índice de prevalencia. También reporta que el 63.9% de los pacientes con diagnóstico clínico de HTA, recibió o adquirió medicación para tratar la hipertensión, siendo un porcentaje considerable de los pacientes con esta afección que reciben terapia lo que nos lleva a plantearnos si siguen una correcta adherencia al tratamiento; es por estos datos estadísticos que vemos la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación para poder así llegar a determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos tratados en la Microred de salud Norte de la ciudad de Tacna 2019?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

- Relacionar el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos tratados en la Microred de salud Norte de la ciudad de Tacna 2019.

1.3.2. Objetivos Especificos

1.- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial usando el Instrumento CSH (Cuestionario sobre la Hipertensión) en la Microred de salud Norte de la ciudad de Tacna 2019.

2.- Definir el nivel de Conocimiento sobre la Hipertensión Arterial usando el Instrumento CSH (Cuestionario sobre la Hipertensión) en los pacientes con hipertensión arterial según sus características sociodemográficas y tiempo de enfermedad.

3.- Conocer la adherencia al tratamiento farmacológico usando el instrumento test de Morisky-Green-Levine en los pacientes con hipertensión arterial según sus características sociodemográficas y tiempo de enfermedad.

4.- Relacionar el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la prueba estadística test de Chi cuadrado de Pearson.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La finalidad de este trabajo de investigación es encontrar si existe una relación relevante entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que la hipertensión arterial es causa de una alta morbimortalidad en los pacientes que la padecen y además de su alta prevalencia en el país, y especialmente en la ciudad de Tacna ya que es la tercera ciudad con mayor prevalencia según reporte del INEI en el año 2017 (11); por lo que es de importancia conocer, mediante el desarrollo de esta investigación, si la terapia que se indicó en la consulta médica a los pacientes que la padecen está siendo correctamente administrada, y si el nivel de conocimiento sobre esta patología influye o no en lograr este objetivo entre los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la Microred de salud Norte de la ciudad de Tacna.

Esperando además que los datos que se encuentren en este trabajo de investigación sirvan para mejorar los lineamientos de atención y proponer futuras investigaciones que sirvan para mejorar la calidad de vida de nuestra población.

1.5. DEFINICIÓN DE TERMINOS

1.5.1. Presión Sanguínea: presión de la sangre en las arterias u otros vasos sanguíneos. (12)

1.5.2. Hipertensión Arterial: Presión Sanguínea Arterial sistémica persistentemente elevada. en base a múltiples lecturas (determinación de la presión sanguínea), habitualmente se considera hipertensión cuando la presión sistólica es mucho mayor a 140 mm hg o cuando la presión diastólica (presión sanguínea) es de 90 mm hg o más (12)

1.5.3. Adherencia Terapéutica: Grado de acatamiento o adopción de las prescripciones médicas por parte del paciente.(12)

1.5.4. Enfermedad: Un proceso patológico definido, con un conjunto de características de señales y síntomas. Puede afectar el cuerpo todo o alguna de sus partes y su etiología, patología e pronóstico pueden ser conocidos o desconocidos. (13)

1.5.5. Hipertenso: Persona con presión arterial, mayor o igual a 140 mmHg de sistólica y mayor o igual a 90 mmHg de diastólica. (13)

1.5.6. Conocimiento: Acción o efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural. (14)

CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Álvarez E. Nivel De Conocimientos De Los Adultos Mayores Sobre Prevención De Hipertensión Arterial En Un Centro De Salud Lima 2014. (Perú). (15)

En su tesis de grado en la que se evaluó el nivel de conocimientos sobre prevención de hipertensión arterial a una población de 30 pacientes mayores de 60 años que acuden a dicho centro, siendo todos pacientes sin el diagnóstico de Hipertensión arterial se encontró los siguientes resultados: 66.6% (20) son del sexo femenino y el 33.4% (10) corresponden al sexo masculino, asimismo respecto a conocer el valor de su presión arterial el 72% (21) tiene conocimiento frente a un 28% (9) que no tiene conoce el valor de su presión arterial, se evaluó su nivel de conocimientos sobre prevención de hipertensión arterial, el 80% (24) tienen un nivel de conocimiento medio, un 13.30% (4) un conocimiento alto y un 6.6% (2) un conocimiento bajo, su nivel de conocimiento sobre el tipo de alimentación para la prevención de la hipertensión arterial: 53.3% (16) tienen un nivel de conocimiento alto, un 40% (12) un nivel de conocimiento medio y un 6.6% (2) un conocimiento bajo y finalmente sobre el nivel de conocimiento sobre la actividad física en la prevención de hipertensión el 83.3% (25) tiene un nivel de conocimiento medio, el 13.3% (4) un conocimiento bajo y solamente el 3.3% (1) un conocimiento alto.

Segura L, Agusti R, Mori E, Et Al. La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. 2011 (Perú) (4)

Es un estudio descriptivo realizado por un equipo de 71 investigadores y organizado por la Sociedad Peruana de Cardiología, el estudio TORNASOL II fue efectuado entre Marzo 2010 y Enero 2011, este último se realizó en 26 ciudades del territorio Peruano distribuidas de la siguiente manera: 10 ciudades de la Costa, 12 ciudades de la Sierra (06 de las cuales por encima de los 3,000 M.S.N.M.) y 04 ciudades de la Selva, TORNASOL II (T.II). Fue efectuado en los mismos lugares donde se hizo el estudio TORNASOL I (T.I) (2004). Los criterios del estudio que fueron evaluados incluían a la población adulta mayor de 18 años de ambos sexos de cada ciudad seleccionada con un mínimo de 500 participantes por cada una de ellas, el promedio de edad de la población evaluada fue de 43.4 (varones 44.8 y mujeres 42.1 años) siendo evaluados más de 14000 personas por estudio, la metodología del estudio fue la misma empleada que en el estudio TORNASOL I, el uso de manómetros calibrados, encuestas que fueron las mismas usadas en el estudio TORNASOL I y cinta métrica para la medición de la circunferencia abdominal, encontrándose que la prevalencia de la Hipertensión Arterial (HTA) aumento del 23.7% (TORNASOL I) al 27.3% (TORNASOL II) , se halló además que en las ciudades de la costa hay mayor prevalencia de hipertensos, seguida por las de la selva y finalmente las de la sierra, asimismo al comparar ambos estudios se encontró una disminución de población normotensa 43.9 % (TORNASOL I) a 35.8% (TORNASOL II). Finalmente, después de comparar ambos estudios que tuvieron un intervalo de realización de tiempo de 6 años, se llegó a la conclusión de que cada 2 de 6 habitantes con mayoría de edad (18 años) padecen de esta condición.

Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. 2016. (Perú) (16)

En su estudio dan cuenta del actual crecimiento de la población geronte, en el que la HTA, es la principal causa por la cual este grupo poblacional, acude a recibir consulta ambulatoria tanto en establecimientos del MINSA como de ESSALUD , este crecimiento se debe al aumento de la expectativa de vida en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, dentro de los cuales se encuentra el Perú con una expectativa de vida al momento de nacer, para el quinquenio 2010-2015 de 72.5 años, según el Instituto nacional de estadística e informática (INEI) en el 2015 la esperanza de vida llegó al 74,6 años (72,0 años los hombres y 77,3 las mujeres), y proyecta que para el 2050 sea de 79 años (17). Asimismo el estudio al observar los datos del INEI da cuenta que en 1990 la población que sobrepasaba los 60 años correspondía al 6.1%, en el año 2000 llegó hasta el 7.1%, en el 2014 llegó al 9.4% y se estima que se llegue al 11.2% para el 2021, asimismo hace referencia a los estudios TORNASOL I y TORNASOL II citados anteriormente donde detalla que la prevalencia es de 46,3% en la población de entre 60 y 69 años; 53,2% en la población entre de 70 a 79 años y de 56,3% en la población mayor de 80 años.

Rueda J. Adherencia al Tratamiento Farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del hospital Santa Rosa, Piura en el periodo enero marzo 2018. (Perú)(18)

En su tesis de grado que fue un estudio de tipo observacional descriptivo, transversal, prospectivo. evaluando a un total de 120 pacientes usando el instrumento Test de Morinsky Green, El estudio

encontró los siguientes resultados: la frecuencia del género, 84 pacientes femeninas (70%), 36 pacientes masculinos (30%); la edad de los pacientes oscilaron entre: 18-34(3.3%) años 4 pacientes, entre los 35-65 años 57 pacientes (47.5%), mayores de 66 años 59 (49.1%) pacientes; lugar de origen: 97 de origen urbano (80.8%), 23 de origen rural (19.2%); tiempo de enfermedad: 6-36 meses: 28 pacientes (23.3%) mayor a 36 meses: 92 pacientes (76.7%); grado de instrucción: analfabeto 20 (16.7%) primaria incompleta: 31 (25.8%), primaria completa: 20 (16,7%), secundaria incompleta: 9 (7,5%), secundaria completa: 27 (22.5%), superior 13 (10.8%). Al evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo con el instrumento Morisky Grenn Levine, el 64.2% refirió que toma sus medicamentos todos los días, el 79.2% indicó que toma sus medicamentos a la hora indicada, el 28.3% de los pacientes dejó de tomar sus medicamentos cuando se sintió bien y el 71.7% refirió que continuo con la terapia así no manifestase ningún síntoma de su enfermedad, el 80.9% de los participantes respondieron que no dejarían de tomar la medicación aún si ésta le produjese efectos secundarios, así mismo se observó con los resultados obtenidos que, 64 pacientes (53.3%) son adherentes al tratamiento, mientras que 56 pacientes (46.7%) no son adherentes al tratamiento y para llegar a la conclusión de que un paciente es adherente al tratamiento, el participante debió de contestar el test de Morisky Green de la siguiente manera NO, SI, NO, NO.

Alfárez J. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del programa de Hipertensión Arterial de la red asistencial de Essalud –Tacna, 2017(Perú). (19)

En su tesis de grado, Alfárez realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, en una población de 180 pacientes del programa de hipertensión arterial de la red asistencial de Essalud,

utilizando como instrumentos de recolección de datos: el Test de Martín Bayarre Grau para determinar el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo, un cuestionario para medir el nivel de conocimiento, y dos escalas para medir la aceptación de la enfermedad y la satisfacción con los servicios de atención primaria. Encontrando los siguientes resultados sociodemográficos: el 62.8% son de sexo femenino, la edad media fue de 62.4 años \pm 10.1 años, asimismo el 52.2 % tenía educación superior, 67.8% era casado, el 92.2% vive con su familia y el 71.1% tenía menos de 5 años de diagnóstico, el 20% tiene buena adherencia al tratamiento mientras que el 73.3% tuvo una adherencia parcial y el 6.7% no era adherente con su tratamiento antihipertensivo, con respecto al nivel de conocimiento: el 70% tuvo un nivel satisfactorio y el 30% un nivel insatisfactorio, Alferez asimismo encontró asociación entre la adherencia al tratamiento y los factores: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, años de diagnóstico ($p < 0.05$), a su vez encontró asociación significativa entre la adherencia al tratamiento, la aceptación de la enfermedad, y la satisfacción con el servicio de atención primaria ($p=0.00$). (19)

Rodríguez J, Solís R, Rogic S, Román Y, Reyes M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima. 2015 (Perú). (20)

Rodríguez realizó un estudio transversal analítico con una población de 340 pacientes hipertensos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima encontrando que la media de la edad de los pacientes fue de 69.8 años \pm 10.2 años de los cuales el de los cuales 153 (50.7%) fueron mujeres. Los pacientes con bajo conocimiento sobre hipertensión arterial fueron 96 (31.8%). Los pacientes con adherencia parcial fueron 161 (53.3%) observó que el

67.7% de pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tiene adherencia parcial al tratamiento mientras que solo el 46.6% de pacientes con alto conocimiento la tiene. De manera que existe asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre ambas variables. También se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y las variables años de hipertensión, información acerca de hipertensión y tiempo de consulta. De los pacientes que han recibido información acerca de hipertensión, el 47.4% presenta adherencia parcial al tratamiento. (20). Llegando como conclusión de que sí existe asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y grado de adherencia al tratamiento. Los resultados de esta investigación demuestran que existe un déficit en la educación sobre la enfermedad

Estrada D, Ho Wong T, Agudo J, Arias P, Capillas R, Gilbert E, Et. Al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. 2013 (España). (21)

Este estudio realizado en Cataluña, España 2013, tuvo por objeto modificar y validar un cuestionario (Anexo 1) que midió el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial (HTA), que previamente fue utilizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Barcelona, en el estudio "Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular" realizado en el 2002 (22), así como también en el 2011 en el estudio "Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada"(23). El cuestionario constó de 30 preguntas repartidas en 5 bloques considerando los siguientes ítems: Hipertensión, Factores de riesgo asociados a la Hipertensión, Riesgos de la Hipertensión, Dieta y Medicación. Los resultados que se obtuvieron en el 2011 donde se evaluaron a 54 pacientes reveló que

el “39% no sabe lo que es la hipertensión y el 70% dice que nadie se lo ha explicado y solo un 39% considera la HTA un proceso para toda la vida. El 65% considera la presión elevada a partir de 160/95. Por lo respecta a los factores asociados con la HTA, un 52% no es capaz de enumerar ninguno. Referente a la medicación solo un 61% dice que es para toda la vida y 28% dice que se puede abandonar cuando la presión se normalice” (23).

Entre las modificaciones realizadas a este instrumento en el 2013 que pasó a ser llamado cuestionario CSH (conocimientos sobre la hipertensión), se agregaron 4 bloques de preguntas para evaluar los siguientes ítems: Modificaciones de Estilos de Vida, Percepción de la Enfermedad, Nivel de Estudios, Situación Laboral Actual. Asimismo para su validación, fue utilizado en 4 centros de atención primaria (AP) y 4 centros especializados en HTA para lo cual fueron evaluados un total de 60 pacientes, 30 correspondían a los 4 centros de atención primaria y 30 a los centros especializados en HTA.

Pérez R, Rodríguez M. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela.2013 (Venezuela)(24)

Pérez evaluó los conocimientos sobre HTA en una muestra de 146 pacientes hipertensos, siendo los resultados que hallaron en su estudio, que la hipertensión predominó en los pacientes mayores 65 años de ambos sexos (32,19 %). Respecto a los conocimientos de los pacientes sobre las generalidades de la HTA, 81 pacientes (55.47%) tenían un buen concepto sobre la HTA, 64 pacientes (43,83%) un regular concepto y solo 1 paciente (0.68%) un mal o nulo concepto; también detalló que 75 pacientes (51,36 %) poseen conocimientos en la categoría de regular sobre la evolución crónica de la enfermedad, sobre los factores de riesgo que se asocian o predisponen la HTA un gran porcentaje de los pacientes evaluados tenían conocimiento

sobre ellos, la obesidad con 112 pacientes (76,71 %), el sedentarismo con 105 (71,91 %) y el tabaquismo con 88 (60,27 %). El 58,22 % cumplió con el tratamiento. La mayoría de los pacientes identificaron entre las medidas de control de la HTA, el control del peso con 76,71 %, la práctica de ejercicios físicos (71,91 %) la eliminación de hábitos tóxicos (60,27 %) y la eliminación de situaciones de estrés (51,37 %), 99 pacientes (67.80%) reconocieron que un factor predisponente son los antecedentes familiares de hipertensión.

Da Silva M, Oliveira A, Silva S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. Brasil (2012)(25)

Da Silva concluyó que a pesar de que el 82.3% de los pacientes evaluados tenían un conocimiento satisfactorio sobre la HTA, lo cual el autor afirma que es un elemento positivo ya que la población tiene mayor accesibilidad a la información, independientemente de la forma por la cual accede a ella y se podría relacionar que cuando “mayor es el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, mayor es el compromiso con el autocuidado y la adhesión al tratamiento”, esto no se cumple, ya que sólo el 57.4% de los pacientes que fueron evaluados en este estudio se adherían al tratamiento indicado; además sugiere una serie de factores que podrían influir en este resultado como la farmacoterapia compleja y la insatisfacción con el servicio de salud.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.2.1.1 Definición

Según diferentes autores no hay una definición clara sobre la hipertensión, Kaplan (26) menciona que a pesar de haber ya transcurrido más de un siglo desde que “Mahomed diferenció claramente la hipertensión de la enfermedad renal de Bright” hay aun mucha controversia sobre el límite que debería considerarse para dividir entre una presión normal a otra que este elevada entre muchos de los argumentos de los debates, el autor hace mención a Pickering (27) que califica de arbitraria una medición que considera un valor de “138/88 mm Hg como normal y una de 140/90 mm Hg elevada”, Pickering reconoció que “los médicos se sienten más seguros cuando manejan criterios precisos, aunque éstos sean básicamente arbitrarios”, pero, poder llevar un adecuado tratamiento médico y un correcto estudio se necesita de ciertos parámetros preestablecidos.

Harrison (28) hace mención que para poder definir a la hipertensión epidemiológicamente no existe un valor claro de la presión arterial, también refiere que en el estudio “Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)”, en el cual se evaluó a más de 350,000 varones, “se demostró una influencia continua y graduada de la presión sistólica y diastólica en la mortalidad por CDH que se extendió hasta presiones de hasta 120 mmHg”.

La OMS (2)(8)(9)(29), el Octavo Comité Nacional Conjunto (Eighth Joint National Committee JNC 8) (30) La cual mantiene los criterios del JNC 7, Braunwald (31), la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) en el 2013(32), la definen como un trastorno sistémico crónico consistente en la elevación de la presión arterial (PA) no fisiológica sistémica. Que se considera cuando en dos o más mediciones se encuentra una PA sistólica (PAS) en reposo ≥ 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) en reposo ≥ 90 mmHg, medido en un adulto mayor de 18 años, Harrison (28) define la hipertensión en niños y adolescentes, como la presión sistólica, la diastólica o ambas, que siempre estén por encima del percentil 95 correspondiente con la edad, el género y la talla así también se considera que las presiones que se encuentren entre los percentiles 90 y 95 se considera como Prehipertensión.

Sin embargo en la actualización de la guía sobre hipertensión arterial publicada por la American Heart Association (AHA) y la American College of Cardiology (ACC) que junto a otras 9 sociedades científicas de los Estados Unidos cambian los valores del umbral diagnóstico de la HTA reasignándole los valores de 140/90 mmHg a 130/80mmHg así como también varía la clasificación de los valores obtenidos reasignándoles una nueva nomenclatura y eliminando el termino previo de Prehitertension ; definiéndola actualmente como Tensión Arterial Normal: PAS <120 y PAD <80mmHg, como Tensión Arterial Elevada: PAS 120- 129 y PAD<80 mmHg, Hipertensión Estadio 1: PAS 130- 139 o PAD 80-

89 mmHg e Hipertensión Estadio 2: PAS \geq 140 o PAD \geq 90 mmHg.(1)

Mientras que en la última actualización de la guía sobre la HTA presentada en el 2018 por la European Society Of Cardiology (ESC) y la European Society Of Hypertension (ESH) persiste la definición de HTA considerando los valores PAS \geq 140 mmHg o PAD \geq 90 mmHg pero modificando la nomenclatura y de igual manera que la guía AHA/ACC 2017 elimina el término de Prehipertensión y también lo reemplaza con los términos Presión Arterial normal PAS <120 y PAD <80mmHg y normal elevada PAS 120- 129 y PAD<80 mmHg (33)

2.2.1.2 Etiología

2.2.1.2.1 Hipertensión Primaria o Esencial

La hipertensión primaria se define como la presión elevada sin causa orgánica evidente (idiopática) (34)

2.2.1.2.2 Hipertensión Secundaria

La hipertensión secundaria es la que tiene una causa identificable como por ejemplo:

- Farmacológica, como los anticonceptivos hormonales, carbenoxona, ACTH, corticoesteroides, etc.
- Embarazo
- Patología asociada, como enfermedades renales (estenosis de la arteria renal, glomerulonefritis, pielonefritis, quistes renales, tumores renales secretores de renina,

insuficiencia renal insuficiencia renal); enfermedades de la corteza suprarrenal (hiperaldosteronismo primario síndrome de Cushing), feocromocitoma.(35) En la Fig. 1. Hace referencia a la prevalencia de la hipertensión primaria con un 85-95% sobre la hipertensión secundaria 5-15%(36)

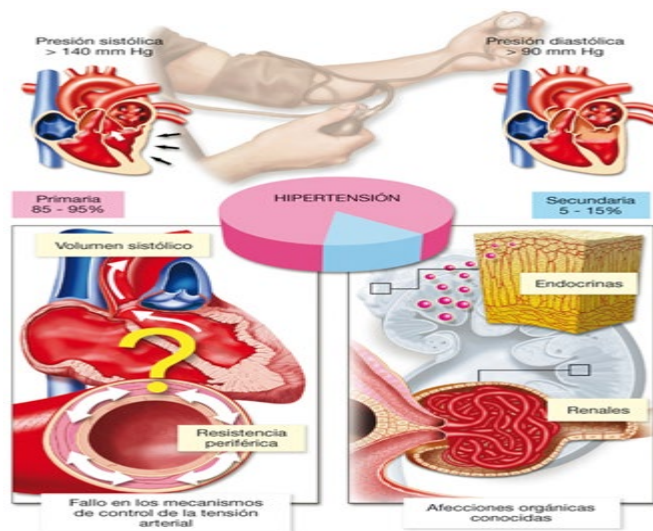


Figura 1. Diagrama prevalencia de hipertensión primaria e hipertensión secundaria Lepori L.

2.2.1.3 Epidemiología

Braunwald (31) refiere que es probable asociar “epidemiológicamente entre un factor de riesgo y una enfermedad” cuando se cumplen los siguientes requisitos

- A) La exposición al factor de riesgo propuesto precede el inicio de la enfermedad.
- B) Exista una fuerte asociación entre la exposición y la incidencia de la enfermedad
- C) La asociación es dependiente de la dosis.

D) La exposición es predictiva de manera constante de la enfermedad en distintos grupos de población.

E) La asociación es independiente de otros factores de riesgo

F) La asociación es biológica y patogénicamente posible, y se halla avalada por estudios clínicos y por experimentos en animales.

Según los autores la hipertensión cumple todos estos criterios por lo que es un importante factor de riesgo que es modificable, si se lleva un adecuado tratamiento y control, para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y renales.

2.2.1.4 Prevalencia

Como ya se detalló previamente la hipertensión arterial está en auge en el Perú, los estudios TORNASOL I y II, la encuesta ENDES 2016 realizada por el INEI, así como los diferentes estudios y reportes de la OMS, OPS, confirman este hecho así como los diferentes estudios NHANES realizados en Estados Unidos que se desarrollan desde la década de los sesenta, este estudio toma una muestra de 5000 personas 15 de las cuales son visitadas cada año en todo E.E.U.U repartidos en todos los condados que lo conforman (37). Demuestran la alta prevalencia de esta enfermedad.

En el Perú los estudios TORNASOL I y II realizados en el 2004 y en el 2010 respectivamente que se realizaron en 26 ciudades del país Siendo las ciudades de la costa: Tumbes, Piura, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Callao,

Lima, Ica, Ilo y Tacna. De la sierra: Cajamarca, Ayacucho Abancay, Arequipa, Huánuco y Chachapoyas estas últimas por debajo de los 3000 msnm; Cerro de Pasco Puno, Huancavelica, Cusco, Huancayo y Huaraz estas 6 por encima de los 3000 msnm y de la selva Iquitos, Tarapoto, Pucallpa y Puerto Maldonado.

Así también en la Figura 2. En el estudio TORNASOL II muestra la prevalencia según la clasificación de la hipertensión de la JNC 7 (38), que evidencia un aumento en la prevalencia en los diferentes estadios de la hipertensión, así se observa un aumento del 23.7% al 27.3% que se mencionó anteriormente que resultado de la sumatoria de los porcentajes de los pacientes con Hipertension tipo I y II, a su vez se ve la disminución en la población peruana normotensa del 43.9% al 35.8%.

(6)

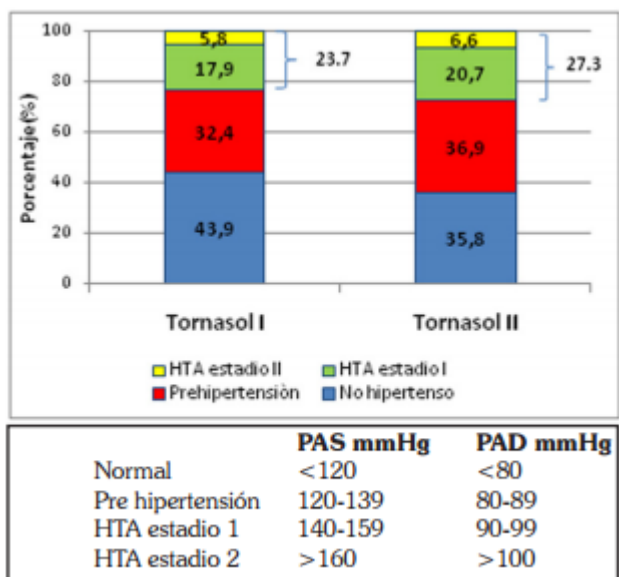


Figura 2.- cuadro comparativo de resultados estudio TORNASOL I y TORNASOL II
Fuente: Tornosol II

La prevalencia a nivel nacional, según un reporte del instituto nacional de estadística e informática,(6) indica que en pacientes mayores de 15 años de edad en el año 2017 fue del 18.6% siendo la provincia de Lima (22,4%), la Provincia Constitucional del Callao (20,6%) y siendo la prevalencia en la ciudad de Tacna (20,3%) estos datos fueron tomados utilizando la Norma técnica vigente que contempla aun los puntos de corte para la hipertensión basados en la JNC-7.

2.2.1.6 Factores de riesgo de hipertensión

2.2.1.6.1 Modificables

Son aquellos que dependen en gran parte del conocimiento y comportamiento asumido por cada persona como los pacientes con HTA son (39):

- Estrés – Desempeña un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial. El estrés puede provocar hipertensión a través de múltiples vías:

A). Aumentando el gasto cardíaco de origen simpático.

B). Disminuyendo la actividad vagal.

C). Aumentando los niveles de catecolaminas.

D). Potenciando el sistema renina angiotensina aldosterona.

E). Disminuyendo la sensibilidad del reflejo barorreceptor.

- **Obesidad** - se considera factor de riesgo independiente cuando hay sobrepeso mayor del 30%, en especial cuando se ha iniciado a los 25 años de edad y la obesidad es de predominio abdominal.
- **Consumo de alimentos altos en grasas, Na, K** El consumo de grasas saturadas dañan las paredes de las arterias produciendo así la aparición de placas ateroma que terminan obstruyendo las arterias: a su vez evitarse el consumo de café y cafeína que son estimulantes del sistema nervioso central, los que luego de su ingesta producen una acción estimulante sobre el corazón aumentando la frecuencia cardiaca y la tensión arterial en forma temporal
- **Tabaquismo** - Fumar cigarrillos por ser un poderoso factor que acelera la aterosclerosis por aumento de los niveles de colesterol sérico y ocasionan más daño vascular al sistema del cual ya están afectados por la hipertensión arterial.
- **La actividad física** - Las personas sedentarias tienen una mayor incidencia de enfermedad coronaria en comparación con quienes hacen ejercicio físico habitual moderado. Realizar ejercicios físicos como pasear correr moderadamente, nadar si fuera posible o ir de bicicleta durante 30-45 minutos como mínimo 3 veces por semana (39)

2.2.1.6.2 No modificables:

Son factores que son propios de cada paciente, y que estarán presentes siempre en los pacientes con HTA, incluso aumentando con el paso de los años sin que podamos hacer mucho al respecto o nada estos son:

- Edad.- La prevalencia de la hipertensión aumenta de forma significativa al avanzar la edad. Apenas el 11,1% de los hombres y el 6,8% de las mujeres de 20 a 34 años se ven afectados por la enfermedad, mientras que el 66,7% de los hombres y el 78,5% de las mujeres de 75 años o más padecen hipertensión (30), asimismo produce un incremento exponencial de más de 100 veces en hombres de 80 años al compararlos con hombres de 40 años. Además, en los ancianos con HTA que sufren un infarto, la mortalidad en los 6 meses siguientes es 40 veces mayor.

- Historia familiar de enfermedad.- si hay familiares cercanos, generan un riesgo 4 a 8 veces mayor en comparación con personas sin esos antecedentes en la familia factor genético.

- Características étnicas.- el riesgo absoluto varía entre diferentes poblaciones en forma independiente a los factores de riesgo mayores. Este riesgo de complicaciones en individuos de raza negra, es 2 veces mayor a los blancos con los mismos factores de riesgo.

(38)

2.2.1.7 Clasificación de la Hipertensión

La clasificación de la hipertensión a tenido numerosas variaciones a través del tiempo, a nivel nacional se adopta los criterios de la clasificación de la JNC 7(39), que se encuentra registrada en la guía clínica sobre la hipertensión arterial publicada en el año 2015(1).

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

Figura 3.- Clasificación de la presión arterial Fuente: JNC7

Con la última actualización cambio la nomenclatura de esta clasificación así como también los valores de punto de corte para la HTA observándose en la Fig. 4 los nuevos valores y como se mencionó anteriormente la supresión del termino Prehipertensión por Hipertensión estadio I en el rango de 130-139mmhg (PAS) o 80-89 mmHg (PAD)

Presión sistólica y diastólica (mmHg)	Guía JNC 7	Guía 2017 ACC/AHA
< 120 y < 80	Normal	Normal
120 - 129 y < 80	Prehipertensión	Elevada
130 - 139 o 80 - 89	Prehipertensión	Hipertensión Estadio 1
140-159 u 90-99	Hipertensión Estadio 1	Hipertensión Estadio 2
≥ 160 o ≥100	Hipertensión Estadio 2	Hipertensión Estadio 3

Fuente: ACC/AHA, 2017

Figura 4. Clasificación de la guía 2017 ACC/ AHA comparada con la guía JNC7

2.2.2 CONOCIMIENTO

2.2.2.1 Definición

Según Bunge M. el conocimiento viene a ser el conjunto de información que posee el hombre como producto de su experiencia, es decir de lo que ha sido capaz de inferir a partir de su experiencia cotidiana, entendiéndose como un modelo más o menos organizado de concebir el mundo y de dotarlo de ciertas características que resultan en primera instancia de la experiencia personal del sujeto que conoce. Es por ello que el conocimiento que una persona adquiere de la realidad difiere de acuerdo a la forma como entiende dicha realidad. (40).

2.2.2.2 Teorías Sobre Conocimiento

La Teoría del Conocimiento se puede entender de tres formas diferentes:

- La facultad de conocer, que la estudiará la Antropología.
- La actividad de conocer, que la estudiará la psicología.
- El resultado de conocer, el saber que es patrimonio de las diversas ciencias (y otros saberes)(41)

2.2.2.1 Tipos de conocimiento:

2.2.2.1.1 Conocimiento Empírico

Se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes. Es así que existen personas con gran dominio de un determinado aspecto sin haber recibido educación alguna. (41)

2.2.2.1.2 Conocimiento Científico

A diferencia del conocimiento empírico el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.(41)

2.2.2.1.3 Conocimiento Explícito

A diferencia del conocimiento tácito, de este sabemos que lo tenemos y para ejecutarlo somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlo en un lenguaje, debido a que sus características son: ser Estructurado y Esquemático. (41)

2.2.2.1.4 Conocimiento Tácito

Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido. (41)

2.2.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

2.2.3.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud OMS (42) define a la adherencia al tratamiento como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” Esta definición no solo se enfoca en la medicación sino que aborda la adherencia más allá de la terapéutica prescrita ya que existen numerosas actitudes que se van a vincular con la salud del paciente por este motivo se considera que la adherencia terapéutica es un proceso complejo. Asimismo la OMS llega a esta definición partiendo del criterio de que no solo el médico sino que cualquier profesional de la salud o prestador de salud, debidamente calificado y preparado, puede ayudar al paciente a adherirse

adecuadamente no solo a la medicación prescrita sino también a las medidas higiénico dietéticas con las cuales mejorar su calidad de vida(43).

La European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence (ESPACOMP) definió a la adherencia al tratamiento como “El proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito” siendo esta la definición que se adoptó en el consenso europeo en el 2015(44).

2.2.3.2 Tipos de adherencia

Ibarra Et. Al. Refiere que “La adherencia primaria y secundaria son dos aspectos distintos de la no adherencia al tratamiento. Se ha considerado como adherencia primaria la adherencia que ocurre cuando se le prescribe un nuevo tratamiento a un paciente y no llega ni tan siquiera a recoger la medicación en la farmacia. La adherencia secundaria sería la toma inadecuada de medicación una vez se recoge la medicación, que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada por el médico, bien no obteniendo una nueva prescripción” (44).

Así mismo también menciona que a través del seguimiento del paciente se puede observar

- Incumplimiento parcial. El paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.

- Incumplimiento esporádico. Si el individuo incumple de forma ocasional (más habitual en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos).
- Incumplimiento secuencial. El paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto «vacaciones terapéuticas»).
- Cumplimiento de bata blanca. Si el paciente solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud, junto con la anterior, se da en enfermedades crónicas como la hipertensión o la dislipemia.
- Incumplimiento completo. Si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos (44).

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 HIPOTESIS

Al ser un estudio de tipo descriptivo no requiere hipótesis.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Indicador	Categorización de variables	Escala de medición
Características sociodemográficas	Edad	Se determinada por intervalos de años (quinquenios)	Intervalo
	Sexo	0 = Femenino 1 = Masculino	Nominal
	Grado de instrucción	1. Analfabeto(a) 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Nominal
	Ocupación	1. Ama de casa 2. Comerciante independiente 3. Profesional 4. Jubilado (a) 5. Otro	Nominal
	Estado civil	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Conviviente 4. Viudo (a)	Nominal
Hipertensión arterial	Tiempo de enfermedad	1. 0 - 5 años 2. 6 - 10 años 3. Más de 10 años	Intervalo

Microred de Salud Norte	Establecimientos	1.C.s. Alto de la alianza 2.C.s. La Esperanza 3.Ps. J.V. Alvarado 4.Cs. Ciudad Nueva 5.Ps. Cono Norte 6.Ps. Intiorko 7.Ps. Ramon Copaja	Nominal
Nivel de Conocimiento sobre hipertensión arterial	Nivel de conocimiento	Según cuestionario CSH; respuestas correctas 1. Bajo (0-8) 2. Regular (9-15) 3. Bueno (16-22)	Nominal
Adherencia al tratamiento	Adherente al tratamiento farmacológico	Según cuestionario Morisky Green Levine 1.SI 2.No	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Tipo de investigación no experimental, transversal, retrospectiva

Nivel de investigación: Descriptivo

Diseño: Analítico

- No experimental: Porque el estudio se encarga de observar y analizar las variables propuestas sin modificar o controlarlas.
- Corte transversal: Porque la recolección de la información se considera en un tiempo o periodo determinado al momento de la entrevista.

4.2 AMBITO DE ESTUDIO

- El estudio se realizó en la población con diagnóstico de HTA tratados en la Microred de salud Norte de la ciudad de Tacna 2019 que cuenta con 7 establecimientos de salud y una población asignada de 70523 habitantes (45):

4.2.1.- Centro de Salud Alto de la Alianza: ubicado en el distrito Alto de la Alianza, dirección: Oscar Carbajal S/N, con una población asignada de 13911 personas.

4.2.2.- Centro De Salud La Esperanza: ubicado en el distrito Alto de la Alianza, dirección: Av. Circunvalación S/N, con una población asignada de 10992 personas.

- 4.2.3.- Puesto De Salud Intiorko: ubicado en el distrito de Ciudad Nueva, dirección: CPM Ampliación Ciudad Nueva, con una población asignada de 7233 personas.
- 4.2.4.- Centro De Salud Ciudad Nueva: ubicado en el distrito de Ciudad nueva, dirección: Daniel A. Carrión S/N, con una población asignada de 17340 personas.
- 4.2.5.- Puesto De Salud Juan Velasco Alvarado: ubicado en el distrito de Alto de la Alianza, dirección: Asentamiento Humano Juan V. Alvarado O-12, con una población asignada de 4683 personas.
- 4.2.6.- Puesto De Salud Cono Norte: ubicado en el distrito de Ciudad Nueva, dirección: Comité 30 MZ 143 LT 29, con una población asignada de 8182 personas.
- 4.2.7.- Puesto De Salud Ramon Copaja: ubicado en el distrito de Ciudad nueva, dirección: MZ-A LT19 J.V.Basadre Grohmann, con una población asignada de 8182 personas.

4.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

4.3.1 Cuestionario sobre Conocimiento sobre la Hipertensión Arterial (CSH).

Cuestionario que comprende 26 preguntas, que se agruparan en 7 bloques de preguntas las cuales integraran las siguientes variables Hipertensión, Factores de riesgo asociados a la Hipertensión, Riesgos de la Hipertensión, Dieta, Medicación, Estilos de Vida, Nivel de Estudios, Situación Laboral Actual.

En un estudio de validación realizado en España(21), se analizó la consistencia interna de los ítems del test CSH aplicando la prueba alfa de Cronbach, que mide el coeficiente de fiabilidad de un Test siendo la escala de medición entre 0 y 1, mientras más se acerque al número uno indicará mayor fiabilidad, y por el contrario si se acerca al número cero será menos fiable; obteniendo un coeficiente de (0,799), con lo cual los autores de dicho estudio concluyen que es un instrumento fiable y de una fácil aplicación para poder evaluar el nivel de conocimientos sobre la HTA; en el Perú son varios los estudios realizados que aplicaron el Test CSH por su grado de fiabilidad. (15)

Se divide en 2 partes:

1. Donde se recaba las características sociodemográficas de la población de estudio (sexo, grado de instrucción, estado civil, edad, ocupación).
2. Dividida en 7 bloques:

En el primer bloque, en la pregunta 1 se identifica adicionalmente el tiempo de enfermedad y en la pregunta 4 se identifica el personal que le hace el seguimiento de su enfermedad, mientras que las preguntas 25 y 26 evalúan la percepción del paciente frente a la enfermedad.

En las 22 preguntas restantes se evalúa el nivel de conocimiento del paciente considerando que presenta tres opciones de respuesta: Sí, No, No lo sé; siendo la primera la respuesta correcta y las dos siguientes las incorrectas. Para realizar la evaluación del nivel de conocimiento se toma en cuenta los siguientes resultados:

Bajo conocimiento (0-8) respuestas correctas
Regular conocimiento (9-15) respuestas correctas
Buen conocimiento (16-22) respuestas correctas

4.3.2 Test de Morisky Green Levine (MMAS-4).

El Test de Morisky Green Levine, (Anexo N°2) está constituido por cuatro preguntas de respuesta dicotómica, sí o no. Se usa para medir la adherencia al tratamiento se lo puede encontrar también como Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4).

Este instrumento fue validado para el estudio en una gran serie de patologías y de diferentes poblaciones de pacientes como: Hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, Diabetes, etc. siendo validada la versión en español por Val Jiménez y colaboradores, en una cohorte de pacientes hipertensos con un alfa de Cronbach de (0.61) y que le confiere una buena fiabilidad. Diversos estudios revisados lo ratifican como una buena herramienta (46).

Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica. Sí o no, sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. (47).

4.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.4.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes adultos mayores de 18 años adscritos a los centros de salud de la Microred Norte de la ciudad de Tacna según data, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, que presentan el diagnóstico clínico de Hipertensión arterial en el periodo Enero- Abril 2019. En dicho periodo, se encontraron a 1189 pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial que fueron atendidos una o más veces en los diferentes establecimientos asistenciales que conforman la Microred de Salud Norte de la ciudad de Tacna según el reporte de la Red de Salud Tacna, con un valor de presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, distribuidos en los establecimientos que lo conforman como muestra el cuadro a continuación:

Cuadro N°1: Distribución de los pacientes con Hipertensión arterial por establecimiento de salud perteneciente a la Microred de Salud Norte

MICRORED DE SALUD NORTE TACNA ESTABLECIMIENTOS	PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL	PORCENTAJE
C.S. ALTO DE LA ALIANZA	360	30.28%
CS. LA ESPERANZA	157	13.20%
PS. J.V. ALVARADO	47	3.95%
CS. CIUDAD NUEVA	365	30.70%
PS. CONO NORTE	87	7.32%
PS. INTIORKO	105	8.83%
PS. RAMON COPAJA	68	5.72%
Total	=1189	=100%

Fuente: Red de salud Tacna Enero - Abril 2019.

4.4.2. Criterios de Inclusión:

- Población de ambos sexos mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico médico de Hipertensión Arterial con presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente del estudio.

4.4.3. Criterios de Exclusión:

- Pacientes que se encuentren embarazadas al momento del estudio
- Población que tenga algún trastorno Mental.
- Pacientes analfabetos

4.4.4. Muestra

Para el presente estudio se calculó la muestra con la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{(N * E^2) + (Z^2 * p * q)}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra
N = Total de la población
 Z_{α} = Nivel de confianza o seguridad (95%)
p = Proporción esperada mínima con complicaciones
q = 1-p
E = Error de estimación

• N= 1189 • Z= 1.96 • p= 0.5 • q=0.5 • e= 5%(0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) * 1189}{(1189 * (0.05)^2) + ((1.96)^2 * (0.5) * (0.5))} \quad n = 290.34$$

Donde el tamaño de la muestra obtenido es de 290.34 pacientes, considerándose el total de la muestra en 291 pacientes, asignándose a cada establecimiento de salud, según el porcentaje correspondiente de los pacientes atendidos, el número de pacientes a encuestar.

Cuadro N°2: Distribución porcentual de la muestra por establecimiento de salud.

MICRORED DE SALUD NORTE TACNA ESTABLECIMIENTOS	PORCENTAJE	MUESTRA
C.S. ALTO DE LA ALIANZA	30.28%	88
CS. LA ESPERANZA	13.20%	38
PS. J.V. ALVARADO	3.95%	12
CS. CIUDAD NUEVA	30.70%	89
PS. CONO NORTE	7.32%	21
PS. INTIORKO	8.83%	26
PS. RAMON COPAJA	5.72%	17
Total	=100%	=291

Fuente: Elaboración Propia.

Se eligieron a los pacientes del estudio mediante selección aleatoria simple usando el programa Excel v2016.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó los permisos correspondientes a la jefatura de la Microred de Salud Norte de la ciudad de Tacna, obteniéndose la autorización requerida para recabar los datos de los pacientes seleccionados para la ejecución de este trabajo de investigación.

Previa obtención de las direcciones de la relación de pacientes del registro de las historias clínicas de los establecimientos de salud que conforman la Microred de salud Norte de la ciudad de Tacna, las cuales se manejaron de manera estrictamente confidencial.

- Se utilizó el cuestionario sobre hipertensión arterial realizándose una prueba piloto en una población de 10 personas para evaluar la comprensión y la pertinencia sobre dicho instrumento asimismo el promedio de llenado por auto aplicación fue de 7-12 minutos extendiéndose hasta 17 minutos en personas mayores de 65 años.
- Se realizó visitas domiciliarias, en el lapso de 10 semanas a cargo de un equipo de encuestadores calificados que previamente fueron capacitados sobre el estudio y al momento de realizar las encuestas, brindaron información a los pacientes seleccionados del porqué de su aplicación respondiendo a sus interrogantes.
- Tras acceder a participar del estudio se le solicito al participante que firme el consentimiento informado (Anexo N°3), tomando en cuenta las consideraciones éticas,

indicándole que sus datos serían tratados bajo absoluto anonimato y que no serían utilizados para otros fines fuera del estudio.

- Se creó una base de datos en formato físico y en formato digital de los datos obtenidos para su posterior procesamiento.

5.2 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa Microsoft Word 2016 como procesador de texto, los resultados obtenidos, después de separar las encuestas mal llenadas o incompletas y que no cumplieron con los criterios de inclusión de las que sean aptas para ser tabuladas. Se ingresaron datos al programa Microsoft Excel v.2016, donde después se realizó la filtración y depuración de datos incongruentes.

Asimismo se ingresaron los valores obtenidos de los cuestionarios: CSH (Cuestionario sobre conocimiento de la hipertensión arterial) y el Test Morisky –Green – Levine (Cuestionario sobre Adherencia al tratamiento) seleccionándolas por: edad, sexo, características sociodemográficas, establecimiento de salud que corresponda, etc.

Posteriormente los datos obtenidos se procesaron utilizando el programa probabilístico y estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.21 en español, y se realizó el análisis de la información obtenida, utilizando pruebas paramétricas y no paramétricas: Chi cuadrado de Pearson sobre tabla de contingencia y tablas de frecuencia según las variables utilizadas.

RESULTADOS

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019.

		n	%
SEXO	Masculino	114	39.2%
	Femenino	177	60.8%
	Total=	=291	=100%
EDAD	35-40 años	1	0.3%
	46-50 años	12	4.1%
	51-55 años	10	3.4%
	56-60 años	25	8.6%
	61-65 años	122	41.9%
	66-70 años	67	23.1%
	71-75 años	44	15.1%
	+ 75 años	10	3.5%
	Total=	=291	=100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	46	15.8%
	Secundaria	165	56.7%
	Superior	80	27.5%
	Total=	=291	=100%
OCUPACIÓN	Su casa	86	29.6%
	comerciante	104	35.7%
	Profesional	35	12.0%
	Jubilado	55	18.9%
	Otros	11	3.8%
	Total=	=291	=100%
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	7	2.4%
	Casado(a)	171	58.8%
	Conviviente	56	19.2%
	Viudo(a)	57	19.6%
	Total=	=291	=100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla N°01 se puede observar que el sexo predominante fue el femenino con el 60.8% y el masculino con 39.2%. Respecto a la edad, el 41.9% se encontró en el rango de 60-65 años, siendo la media de edad de 64.76 años \pm 10 años, la edad mínima fue de 39 años y la máxima de 82 años, en el grado de instrucción: el 56.7% tuvieron estudios secundarios, mientras que el 27.5% refiere tener estudios superiores y el 15.8% solo llegó a la primaria. Según su ocupación: el 35.7% es comerciante, el 29.6% se dedica a su casa, el 18.9% es jubilado, el 12% es profesional. Asimismo según el estado civil, el 58.8% es casado(a), el 19.6% es viudo(a), el 19.2% es conviviente y el 2.4% es soltero.

TABLA N° 02

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019.

		n	%
TIEMPO DE ENFERMEDAD	0-5 años	92	31,6%
	6-10 años	138	47,4%
	+10 años	61	21,0%
	Total	=291	=100,0%

Fuente: cuestionario conocimientos sobre la Hipertensión Arterial.

En la tabla N° 2 se observa la frecuencia según tiempo de enfermedad de hipertensión arterial: el 47.4% se encontró en el rango de 6 a 10 años, mientras que el 31.6% tenía menos de 5 años de tiempo de enfermedad y el 21.0% tenía más de 10 años con el diagnóstico de hipertensión arterial.

TABLA N°03
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO CON ELTEST CSH (CONOCIMIENTO SOBRE
HIPERTENSION) DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019.

		n	%
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Bajo conocimiento	60	20,6%
	Regular Conocimiento	188	64,6%
	Buen Conocimiento	43	14,8%
	Total	=291	=100,0%

Fuente: cuestionario conocimientos sobre la Hipertensión Arterial.

En la tabla N°03 podemos observar los resultados obtenidos del test CSH donde muestra que el 64.6% de los pacientes tuvo un regular conocimiento de la enfermedad, mientras que el 20.6% tuvo un bajo conocimiento y tan solo el 14.8% tuvo un buen conocimiento.

TABLA N°04

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SEGÚN EL TEST MORISKY GREEN LEVINE DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019.

		n	%
NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Si	117	40,2%
	No	174	59,8%
	Total	=291	=100,0%

Fuente: Test Morisky Green Levine.

En la tabla N°04 se puede observar los datos obtenidos del Test Morisky Green Levine para la adherencia se encontró que el 59.8% de los pacientes no es adherente a su terapia farmacológica frente al 40.2% que si es adherente al tratamiento.

TABLA N°05

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN SEGÚN SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019.

		NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN						Total		Valor p
		Bajo conocimiento		Regular Conocimiento		Buen Conocimiento				
		n	%	n	%	N	%	n	%	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	Si	20	6,9%	79	27,1%	18	6,2%	117	40,2%	p=0.476
	No	40	13,7%	109	37,5%	25	8,6%	174	59,8%	
	Total	60	20,6%	188	64,6%	43	14,8%	291	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla N° 05 se puede apreciar la distribución de frecuencia de la adherencia al tratamiento según su nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos de la Microred de Salud Norte de la Ciudad de Tacna. De los 291 pacientes encuestados, 174 pacientes (59.8%) considera no estar adherido al tratamiento farmacológico, mientras que 117 pacientes (40.2%) lo estima así.

Asimismo se observa que 188 pacientes (64.6%) encuestados tienen regular conocimiento, de los cuales 109 (37.5%) no es adherente al tratamiento y 79 (27.1%) si lo son.

También podemos observar que 60 pacientes (20.6%) tienen bajo conocimiento; de este grupo, 40 (13.7%) no se considera adherido al tratamiento y sólo 20 (6.9%) si sostiene estar adherido.

Finalmente 43 pacientes (14.8%) tienen buen conocimiento y de ellos 25 (8.6%) no se considera adherido al tratamiento, mientras que solo 18 (6.2%) si perciben esta adherencia.

Correlacionando estadísticamente las variables: adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos de la Microred de salud norte de la ciudad de Tacna, se demuestra que no hay asociación entre éstas ya que el valor ($p= 0,476$).

TABLA N°6

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SEGUN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA 2019

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				Valor P
		Si		No		
		N	%	n	%	
SEXO	Masculino	53	46,5%	61	53,5%	p=0.79
	Femenino	64	36,2%	113	63,8%	
	Total=291	117	40,2%	174	59,8%	
EDAD	35-40 años	1	100,0%	0	0,0%	p=0.281
	41-45 años	0	0,0%	0	0,0%	
	46-50 años	5	41,7%	7	58,3%	
	51-55 años	4	40,0%	6	60,0%	
	56-60 años	8	32,0%	17	68,0%	
	61-65 años	44	36,1%	78	63,9%	
	66-70 años	32	47,8%	35	52,2%	
	71-75 años	16	36,4%	28	63,6%	
	+ 75 años	7	70,0%	3	30,0%	
Total=291	117	40,2%	174	59,8%		
INSTRUCCIÓN	Analfabeto	0	0,0%	0	0,0%	p=0.162
	Primaria	14	30,4%	32	69,6%	
	Secundaria	65	39,4%	100	60,6%	
	Superior	38	47,5%	42	52,5%	
	Total=291	117	40,2%	174	59,8%	
ESTADO CIVIL	Soltero	3	42,9%	4	57,1%	p=0.250
	Casado	70	40,9%	101	59,1%	
	Conviviente	27	48,2%	29	51,8%	
	Viudo	17	29,8%	40	70,2%	
	Total=291	117	40,2%	174	59,8%	
OCUPACIÓN	Su casa	33	38,4%	53	61,6%	p=0.359
	Comerciante	36	34,6%	68	65,4%	
	Profesional	17	48,6%	18	51,4%	
	Jubilado	27	49,1%	28	50,9%	
	Otros	4	36,4%	7	63,6%	
	Total=291	117	40,2%	174	59,8%	

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla N°6 se puede apreciar la adherencia al tratamiento según características sociodemográficas en los pacientes hipertensos de la Microred de Salud Norte de la ciudad de Tacna. Según el sexo, 174 pacientes no se encuentran adheridos al tratamiento de los cuales: 113 (63.8%) corresponden al sexo femenino, mientras que 61 (52.5%) son de sexo masculino; asimismo se aprecia que 117(40.2%) se encuentran adheridos al tratamiento de los cuales: 53 (46.5%) corresponden al sexo masculino y 64 pacientes (36.2%) al sexo femenino

Respecto a la edad, se observó que la mayoría de los pacientes se encontró en el rango del quinquenio de 61 a 65 años con 122 pacientes, de los cuales: 44 (36.1%) se encontraba adherido al tratamiento mientras que 78 (62.9%) no se consideraba adherido. En el quinquenio 35 a 40 años solo se encontró a un paciente que se encuentra adherido al tratamiento; no se encontró pacientes en el quinquenio 41 a 45 años.

Según el grado de instrucción: 46 pacientes cuentan con estudios primarios donde 14 (30.4%) se encuentran adheridos al tratamiento y 32 pacientes (69.6%) no lo está. 165 pacientes cuentan con estudios secundarios de los cuales: 65 (39.4%) se encuentra adherido mientras que 100 (60.6%) no se encuentra adherido al tratamiento y finalmente 80 pacientes cuentan con estudios superiores de los cuales: 38 (47.5%) se encuentran adheridos al tratamiento y 42 (52.5%) no lo está.

Según su estado civil, 7 pacientes son solteros de los cuales: 3 (42.9%) se encuentran adheridos al tratamiento y 4 (57.1%) no lo está. Asimismo 171 pacientes son casados de los cuales: 70 (40.9%) se encuentra adherido al tratamiento mientras que 101 (59.1%) no lo considera así. En el estado civil conviviente, se encuentran 56 pacientes, de los cuales, 27 (48.2%) se consideran adheridos mientras que 29 (51.8%) lo niega.

Y finalmente según su ocupación, 86 pacientes se dedican a su casa de los cuales: 33 (38.4%) se encuentra adherido al tratamiento mientras que 53

(61.6%) no lo está. 114 pacientes son comerciantes; de ellos: 36 (34.6%) se encuentran adheridos al tratamiento y 68 pacientes (65.4%) no. 35 pacientes son profesionales; de este grupo: 17 (48.6%) si están adheridos y 18 (51.4%) no se considera adherido. Los pacientes jubilados son 55, de los cuales: 27 (49.1%) se encuentra adherido mientras que 28 (50.9%) no lo está. Asimismo hay 11 pacientes que se dedican a otras actividades y de ellos: 4 (36.4%) se encuentra adherido mientras que 7 pacientes (63.6%) no estima esta adherencia.

Al correlacionar estadísticamente las variables sociodemográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, no se encontró asociación: valor ($p > 0.05$)

TABLA N°07

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD
DE TACNA 2019**

		NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD						Valor P
		BAJO CONOCIMIENTO		REGULAR CONOCIMIENTO		BUEN CONOCIMIENTO		
		n	%	n	%	n	%	
SEXO	Masculino	29	25,4%	64	56,1%	21	18,4%	p=0.053
	Femenino	31	17,5%	124	70,1%	22	12,4%	
	Total	60	20,6%	188	64,6%	43	14,8%	
EDAD	35-40 años	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	p=0.658
	41-45 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	46-50 años	3	25,0%	7	58,3%	2	16,7%	
	51-55 años	3	30,0%	7	70,0%	0	0,0%	
	56-60 años	3	12,0%	20	80,0%	2	8,0%	
	61-65 años	26	21,3%	78	63,9%	18	14,8%	
	66-70 años	13	19,4%	45	67,2%	9	13,4%	
	71-75 años	9	20,5%	25	56,8%	10	22,7%	
	+ 75 años	2	20,0%	6	60,0%	2	20,0%	
Total	60	20,6%	188	64,6%	43	14,8%		
INSTRUCCIÓN	Analfabeto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	p<0.00
	Primaria	10	21,7%	33	71,7%	3	6,5%	
	Secundaria	40	24,2%	109	66,1%	16	9,7%	
	Superior	10	12,5%	46	57,5%	24	30,0%	
	Total	60	20,6%	188	64,6%	43	14,8%	
ESTADO CIVIL	Soltero	1	14,3%	5	71,4%	1	14,3%	p=0.368
	Casado	38	22,2%	114	66,7%	19	11,1%	
	Conviviente	11	19,6%	36	64,3%	9	16,1%	
	Viudo	10	17,5%	33	57,9%	14	24,6%	
	Total	60	20,6%	188	64,6%	43	14,8%	
OCUPACIÓN	Su casa	23	26,7%	56	65,1%	7	8,1%	p=0.002
	Comerciante	22	21,2%	74	71,2%	8	7,7%	
	Profesional	7	20,0%	19	54,3%	9	25,7%	
	Jubilado	5	9,1%	34	61,8%	16	29,1%	
	Otros	3	27,3%	5	45,5%	3	27,3%	
	Total	60	20,6%	188	64,6%	43	14,8%	

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla N°07 se puede apreciar la distribución de frecuencia de las variables sociodemográficas según su nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos de la Microred de salud Norte de la ciudad de Tacna, donde se observa, que de las pacientes de sexo femenino, el 70.1% tiene regular conocimiento, mientras que entre los pacientes con sexo masculino, el 56.1% tiene este nivel de conocimiento.

Asimismo respecto a la edad se encontró que la mayor cantidad de pacientes se ubicaron dentro del quinquenio 61 a 65 años donde: el 14.8% tuvo buen conocimiento, el 63.9% tuvo regular conocimiento y el 21.3% tuvo bajo conocimiento, mientras que de los pacientes del quinquenio 66 a 70 años: 13.4% tuvo buen conocimiento, el 67.2% tuvo regular conocimiento y 19.4% tuvo bajo conocimiento.

Según el grado de instrucción, no se encontró pacientes analfabetos, encontrándose que de los pacientes con nivel primaria de estudios: el 6.5% tuvo buen conocimiento, el 71.7% regular conocimiento y el 21.7% bajo conocimiento. Entre los pacientes con estudios secundarios: el 9.7% tuvo buen conocimiento, el 66.1% regular conocimiento y el 24.2% tuvo bajo conocimiento, mientras que entre los pacientes que tienen estudios superiores: el 30% tuvo buen conocimiento, el 57.5% regular conocimiento y el 12.5 % tuvo bajo conocimiento.

Según el estado civil de los pacientes encuestados, entre los pacientes casados el 11.1% tuvo buen conocimiento, mientras que el 66.7% de los pacientes tuvo regular conocimiento y el 22.2% tuvo bajo conocimiento.

Respecto a la ocupación, entre los pacientes que se dedican al comercio, el 7.7% tuvo bajo conocimiento, el 71.2% tuvo regular conocimiento y el 21.2% tuvo bajo conocimiento

En esta muestra se encontró asociación estadística entre las variables de instrucción valor ($p = <0.00$) y ocupación valor ($p = 0.002$) con el nivel de conocimiento de la hipertensión.

TABLA N°08
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO SEGÚN SU TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD NORTE DE
LA CIUDAD DE TACNA 2019

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				Valor p
		Si		No		
		n	%	n	%	
TIEMPO DE ENFERMEDAD	0-5 años	36	39,1%	56	60,9%	p=0.412
	6-10 años	52	37,7%	86	62,3%	
	+10 años	29	47,5%	32	52,5%	
	Total=291	117	40,2%	174	59,8%	

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla N°08 se aprecia la distribución de frecuencia del tiempo de enfermedad según su adherencia al tratamiento. El 47.5% de los pacientes con más de 10 años de enfermedad si se consideran adheridos al tratamiento mientras que el 62.3% de los pacientes que tienen entre 6-10 años de enfermedad no lo estiman así.

En este estudio no se encontró relación estadísticamente significativa entre el tiempo de enfermedad y la adherencia al tratamiento con un valor ($p = 0.412$).

TABLA N°09

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSION SEGÚN SU TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA 2019

		NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN						VALOR P
		Bajo conocimiento		Regular Conocimiento		Buen Conocimiento		
		n	%	n	%	n	%	
TIEMPO DE ENFERMEDAD	0-5 años	20	21,7%	63	68,5%	9	9,8%	p=0.453
	6-10 años	30	21,7%	86	62,3%	22	15,9%	
	+10 años	10	16,4%	39	63,9%	12	19,7%	
	Total=291	60	20,6%	188	64,6%	43	14,8%	

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla N°09 se aprecia la distribución de frecuencia del tiempo de enfermedad según su nivel de conocimiento de la hipertensión, donde se observa que de los pacientes que tienen menos de 5 años de enfermedad, el 21.7% tiene bajo conocimiento, el 68.5% tiene regular conocimiento y el 9.8% tiene un buen conocimiento; de los pacientes que tienen entre 6 a 10 años de enfermedad, el 21.7% tiene bajo conocimiento el 62.3% tiene regular conocimiento y el 15.9% tiene buen conocimiento, y de los pacientes que tienen más de 10 años de enfermedad, el 16.4% tiene bajo conocimiento, el 63.9% tiene regular conocimiento y el 19.7% tiene un buen conocimiento

Aplicando la prueba estadística Chi cuadrado da un Valor $p= (0.453)$, lo que indica que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el tiempo de la enfermedad y el nivel de conocimiento.

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica prevalente en la población adulta siendo un factor de riesgo de morbimortalidad en los pacientes que la padecen. (8)

A fin de conocer el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico, y comprobar si había relación entre ellas, se determinó hacer un estudio en una de las nueve Microredes que conforman la Red de salud Tacna, la Microred de salud norte, que congrega una importante sector de la población con 70523 habitantes (45). La muestra que se tomó fue de 291 pacientes de los 1189 pacientes hipertensos que fueron atendidos en el periodo Enero – Abril 2019, a los que se evaluó con dos instrumentos: el Test sobre conocimientos sobre la hipertensión arterial (CSH) y el Test de Morisky Green Levine (MASS-4) sobre adherencia al tratamiento.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población estudiada, el sexo femenino tuvo un mayor predominio con el (60.8%), al igual que el estudio de Alférez (19) cuya población de estudio fueron pacientes que pertenecen al programa de hipertensión de Essalud Tacna y de Álvarez (15) que reportaron en sus respectivas investigaciones que el (62.8%) y (66.6%), respectivamente, eran de sexo femenino; por lo que se puede afirmar que el sexo tendría influencia en el desarrollo de la enfermedad. Asimismo el rango de edad que predominó en nuestro estudio correspondía a los pacientes que tenían entre 61 a 65 años con el (41.9%) de este grupo poblacional, siendo la media de edad de 64.76 ± 10 años, mientras que Alférez indicó que el (58.9%) son menores de 65 años, Rueda(18) halló una frecuencia del (47.5 %) de pacientes entre los 35 y 65 años, Salazar(16) señala el rápido crecimiento de la población geronte al

aumentar la esperanza de vida, e indica que la hipertensión arterial es la principal causa de consulta médica en este grupo etario tanto para instituciones del MINSA como de Essalud.

El (56.7%) de los pacientes solo tiene educación secundaria contrario al estudio de Alférez en la que el 52.2% tenía educación superior. Además en nuestro estudio el 35.7% indicó que es comerciante y el 29.6% se dedica a su casa, lo que nos lleva a suponer que tienen una vida sedentaria por lo propio de su ocupación, mientras que el 58.8% es casado.

El nivel de conocimiento de la hipertensión arterial es una variable dependiente del paciente y que se puede llegar a modificar, a la vez hay estudios a nivel nacional que lo asocian a la adherencia al tratamiento existiendo variedad en sus resultados. Existen instrumentos para poder medirlo; el que se utilizó en este estudio fue el cuestionario sobre la hipertensión (CSH), hallándose que el (64.6%) de los pacientes tuvo un regular conocimiento, mientras que el (20.6%) tuvo un bajo conocimiento y tan solo el (14.8%) tuvo un buen conocimiento. Si se compara con los resultados obtenidos con él de Alférez que obtuvo un 70% con un nivel de conocimiento satisfactorio, en el nuestro se encontró un menor nivel de educación y esto puede conllevar a un menor nivel de conocimiento.

Al asociar las variables sociodemográficas a la adherencia al tratamiento no se encontró asociación alguna ya que el valor p en todas las asociaciones realizadas supero al valor $p=(0.05)$, asimismo al asociar las variables sociodemográficas con el nivel de conocimiento se encontró que el nivel de instrucción $p=(<0.00)$ y la ocupación $p=(0.002)$ si tuvieron asociación estadística.

Al asociar las variables nivel de conocimiento de la hipertensión con la adherencia al tratamiento farmacológico en una tabla de contingencia (ver tabla N°05) y al aplicarle la prueba de Chi cuadrado de Pearson se obtuvo un valor $p = (0.476)$ lo que demuestra que no existiría una relación estadística significativa entre ambas variables, lo que explicaría que a pesar de existir un porcentaje considerable de pacientes con regular conocimiento (64.6% de los pacientes del estudio) existe igualmente un alto porcentaje de pacientes que no se adhieren al tratamiento (59.8% de los pacientes del estudio), lo que podría explicarse por la existencia de otros factores que influyan en la no adherencia al tratamiento como por ejemplo el nivel de conciencia de la enfermedad, la sensación de bienestar al ser una enfermedad silente que no manifiesta sintomatología, y el sistema de atención, lo que da pie a realizar nuevos estudios.

De la misma manera, Alférez al asociar ambas variables, encontró un valor no significativo: $p=(0.229)$ por lo que ambos estudios son coincidentes en este aspecto en la ciudad de Tacna; a diferencia del estudio de Rodríguez y Col. (20) realizado en la ciudad de Lima donde si encontró una asociación significativa ($p<0.05$), explicando que una de las razones para el bajo conocimiento sobre la hipertensión arterial sería que el 29.5% de los pacientes no recibió información sobre esta enfermedad por parte del personal médico.

Las limitaciones con las que se encontró este estudio fueron: primero, que al momento de aplicar las encuestas a los pacientes previamente seleccionados, en algunos casos no se logró ubicarlos en las direcciones consignadas en sus historias clínicas, en otros casos no accedieron a responder las preguntas del cuestionario; en todos estos casos se reemplazaron por otros pacientes pertenecientes al mismo centro de salud hasta completar el tamaño de la muestra requerido.

Además, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño en algunos Centros y/o Puestos de salud porque solo representa los pacientes con hipertensión arterial que fueron atendidos una o más veces dentro del periodo Enero- Abril del año 2019.

CONCLUSIONES

- 1.- Fueron evaluados 291 pacientes, de los cuales: el 60.8% son de sexo femenino, 41.9% tiene entre 61 y 65 años, el 56.7% tiene estudios secundarios, el 35.7% es comerciante, el 58.8% es casado y el 47.4% tiene entre 6 a 10 años de tiempo de enfermedad.
- 2.- El nivel de conocimiento según el test CSH (conocimiento sobre la hipertensión) de los pacientes objeto de este estudio fue regular con el 64.6%, mientras que solo el 14.8% tiene buen conocimiento.
- 3.- Según el test Morisky Green Levine el 59.8% de los pacientes con hipertensión no se encuentra adherido al tratamiento mientras que el 40.2% de los pacientes si se considera adherido.
- 4.- En este grupo poblacional, no se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento farmacológico valor $p=(0.476)$.

RECOMENDACIONES

- Difundir el presente trabajo de investigación y realizar nuevos estudios ampliatorios con una muestra poblacional mayor para determinar cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento.
- Brindar educación constante realizando charlas informativas para que el paciente entienda la importancia de la adherencia del tratamiento para un correcto manejo de su enfermedad.
- Fortalecer la conciencia de la enfermedad en la población vulnerable mayores de 60 años sobre los riesgos que conlleva no llevar una adecuada adherencia al tratamiento.
- Mejorar el seguimiento de los pacientes con hipertensión fortaleciendo la relación médico – paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. [Internet]. [Citado 27 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/bGuia_practica_clinica_para_diagnostico_tratamiento_control_de_enfermedad_hipertensiva.pdf
2. OMS| Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet]. WHO. [citado 02 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
3. Segura Luis, Agusti Regulo, Parodi José, e investigadores del estudio TORNASOL. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. Estudio TORNASOL. Rev Per Cardiol 2006;32(2):82-128.
4. Segura L, Agusti R Ruiz E. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú II. Rev Per cardiol. 2013;1:5-59.
5. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines | Hypertension [Internet]. [Citado 02 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.0000000000000065>
6. Nota de prensa INEI. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES [Internet]. [Citado 15 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa -no-089-2018-inei.pdf>

7. Cayon A. OPS OMS| 17 de Mayo 2016. Día Mundial de la Hipertensión Pan American Health Organization / World Health Organization. [Internet]. [Citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12023%3A17-may-2016-world-hypertension-day&catid=7261%3Aevents-1&Itemid=41080&lang=es
8. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. [Internet]. [Citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1.
9. OMS. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.[Internet]. [Citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1.
10. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. WHO. [Citado 2 de febrero de 2019].Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
11. INEI - Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2017 [Internet]. [Citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html
12. DeCS Server - List Terms [Internet]. [Citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/>
13. Dorland B. Diccionario Medico de bolsillo. 29ava ed. Madrid McGraw-Hill; 2014.

14. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 2 de febrero de 2019] Disponible en: <http://dle.rae.es/>
15. Álvarez E. nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud lima 2014. [Tesis De Grado]. Lima. Universidad Mayor de San Marcos. 2014.
16. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered vol.27 no.1 Lima ene. 2016.
17. Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas [Internet]. [citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/>
18. Rueda J. Adherencia al Tratamiento Farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018 [Tesis de Grado]. Piura. Universidad Nacional De Piura. 2018
19. Alférez J. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del programa de Hipertensión Arterial de la red asistencial de Essalud –Tacna, 2017. [Tesis De Grado]. Tacna. Universidad Privada de Tacna. 2019.
20. Rodríguez-Abt JC, Solís-Visscher RJ, Rogic-Valencia SJ, Román Y, Reyes-Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Revista de la Facultad de Medicina. 1 de enero de 2017;65(1):55-60.
21. Estrada Reventos D, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. Hipertens Riesgo Vasc. 2013.

22. Estrada D., Jiménez L., Pujol E., De la Sierra A. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular. *Hipertensión* 2005;22:54-8.
23. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, de la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Rev Esp Geriatria Gerontol.*:62-6.
24. Pupo P, David R, Rodríguez Lazo M. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. *Correo Científico Méd.* Septiembre de 2015;19(3):406-
25. Da Silva M, Oliveira A, Silva S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mayo-jun. 2014;22(3):491-8.
26. Kaplan N, Victor R. Kaplan Hipertensión clínica 10a edicion. Barcelona (España). Lippincott Williams & Wilkins. 2011.
27. Pickering G. Hypertension: Definitions, natural histories and consequences. *Am J Med* 1972;52:570-583.
28. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
29. OMS | Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [Internet]. WHO. [citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>

30. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 5 de febrero de 2014;311(5):507-20.
31. Black H, Elliott W. Hipertension Complemento de Braunwald. Tratado de Cardiología. 2a Edición. España. Elsevier. 2014.
32. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34(28):2159-219.
33. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Rev Esp Cardiol*. febrero de 2019;72(2):160.e1-160.e78.
34. OMS. Hipertensión Arterial. Informe de un comité de expertos. Ginebra. Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos 628. 1978.
35. Porth C. Fisiopatología Salud- Enfermedad: Un Enfoque Conceptual. 7a ed. México Editorial Médica Panamericana 2007.
36. Lepori L. Hipertension arterial. 2da edición. Buenos Aires. Letbar Asociados 2010.
37. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) - Data.gov [Internet]. [citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://catalog.data.gov/dataset/national-health-and-nutrition-examination-survey-nhanes>

38. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206–1252.
39. Brunner y Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. 8a ed. Vol. II. Editorial Mc Graw Hill Interamericana; México: 1997.
40. Hessen J. Leitfäden ser Philosophie, herausgegeben von Dozenten der Hochschulen von Bonn und Köln. Teoría Del Conocimiento Traducción De José Gaos. 2016
41. Los tipos de Conocimiento [Internet]. [citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://qmarqeva.wordpress.com/2008/07/08/los-tipos-de-conocimiento/>
42. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [citado 10 de mayo 2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.df>
43. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Badalona: Euromedice Vivactis; 2017.
44. European Society for Patient Adherence, Compliance, and Persistence ESPACOMP 2015 [Internet]. [citado 11 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.espacomp.eu/pdf/151027_Round_table_Program_final.pdf
45. Red Tacna [Internet]. [citado 2 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.redsaludtacna.gob.pe/microredes/cononorte#index>
46. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24:67–74.

47. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*. Septiembre de 2018;59(3):163-72.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Cuestionario CSH dirigido a Pacientes con Hipertensión Arterial

Instrucciones: A continuación se presenta preguntas, conteste marcando con una (x) la que crea conveniente su respuesta.

Edad _____

Sexo: M () F ()

Estado civil: soltero(a) () casado(a) () viudo(a) () divorciado(a) ()

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Técnico () Superior ()

Situación laboral: Ama de Casa () Comerciante () Profesional () Jubilado () Otro ()

1. Hipertensión				
1.1.	¿Cuántos años hace que Ud. es hipertenso/a?	0-5	6-10	Más de 10
1.2.	¿A partir de qué valor se considera una persona hipertensa?	140/90	160/95	130/85
1.3.	¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Sí	No	No lo sé
1.4.	Habitualmente, ¿quién le hace la visita de seguimiento de la hipertensión?	El personal *médico	El personal de enfermería	Ambos
1.5.	¿Le han explicado qué es la hipertensión?	Sí	No	No recuerdo
2. Riesgos de la hipertensión				
2.1.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos?	Sí	No	No lo sé
2.2.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al corazón?	Sí	No	No lo sé
2.3.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis?	Sí	No	No lo sé
2.4.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro?	Sí	No	No lo sé
2.5.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones?	Sí	No	No lo sé

3. Factores de riesgo asociado a la hipertensión				
3.1.	Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
3.2.	Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
3.3.	Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
3.4.	Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
4. Dieta				
4.1.	¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso?	Sí	No	No lo sé
4.2.	Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?	Sí	No	No lo sé
4.3.	¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Sí	No	No lo sé
5. Medicación				
5.1.	¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?	Sí	No	No lo sé
5.2.	¿Toma medicación para la hipertensión?	Sí	No	No lo sé
5.3.	¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial?	Sí	No	No lo sé
5.4.	¿Cree que Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?	Sí	No	No lo sé

6. Modificaciones de estilos de vida				
6.1.	¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial?	Sí	No	No lo sé
6.2.	¿Cree que caminar cada día ½ -1 h, puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
6.3.	¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?	Sí	No	No lo sé
7. Percepción de la enfermedad				
7.1.	¿Piensa que el apoyo de la familia/amigos puede ayudarle?	Sí	No	No lo sé
7.2.	¿Piensa que el médico/a, enfermera/o y farmacéutico/a pueden ayudarle?	Sí	No	No lo sé

ANEXO N°2

CUESTIONARIO DE MORISKY GREEN LEVINE PARA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.- ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?

- a. SI b. NO

2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

- a. SI b. NO

3.- Cuando se encuentra bien. ¿Deja de tomar la medicación?

- b. SI b. NO

4.- Si alguna vez le sienta mal. ¿Deja usted de tomarla?

- a. SI b. NO

ANEXO N° 3

Consentimiento Informado para Participante de Investigación

La presente investigación conducida por Osmar F. Ojeda Zegarra, de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna. La meta de este estudio titulado “Nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos tratados en la Microred de Salud Norte de la Ciudad de Tacna 2019” es recopilar información mediante la aplicación de un cuestionario y posteriormente por la medición de la presión arterial.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta, Esto tomará aproximadamente 7-10 minutos de su tiempo. Los datos obtenidos se mantendrán en forma anónima

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario los resultados de la medición de la presión arterial serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Riesgos asociados al estudio

- No existen riesgos asociados al estudio

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, He sido informado (a) de que la meta de este estudio es medir el **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS EN LA MICRORED DE SALUD NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA 2019”**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas, lo cual tomará aproximadamente 7-10 minutos.

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

Firma del Participante

Fecha

ANEXO N°04

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD
NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA 2019**

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				VALOR P
		Si		No		
		n	%	n	%	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Cs. Alto de la Alianza	30	34,1%	58	65,9%	p=0.712
	Cs. La Esperanza	17	44,7%	21	55,3%	
	Ps. J.V. Alvarado	5	41,7%	7	58,3%	
	Cs. Ciudad Nueva	37	41,6%	52	58,4%	
	Ps. Cono Norte	11	52,4%	10	47,6%	
	Ps. Intiorko	9	34,6%	17	65,4%	
	Ps. Ramón Copaja	8	47,1%	9	52,9%	
	Total=291	117	40,2%	174	59,8%	

Fuente: Elaboración Propia.

ANEXO N°05

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN SU NIVEL DE
CONOCIMIENTO POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA MICRORED DE SALUD
NORTE DE LA CIUDAD DE TACNA 2019**

		NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD						VALOR P
		Bajo conocimiento		Regular Conocimiento		Buen Conocimiento		
		n	%	n	%	n	%	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Cs. Alto de la Alianza	24	27,3%	53	60,2%	11	12,5%	P=0.186
	Cs. La Esperanza	6	15,8%	25	65,8%	7	18,4%	
	Ps. J.V. Alvarado	4	33,3%	7	58,3%	1	8,3%	
	Cs. Ciudad Nueva	14	15,7%	62	69,7%	13	14,6%	
	Ps. Cono Norte	6	28,6%	10	47,6%	5	23,8%	
	Ps. Intiorko	3	11,5%	20	76,9%	3	11,5%	
	Ps. Ramon Copaja	3	17,6%	11	64,7%	3	17,6%	
	Total=291	60	20,6%	188	64,6%	43	14,8%	

Fuente: Elaboración Propia.