

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO PARA BAJA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS  
MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA

PRESENTADO POR  
VICTOR SIMEON HUERTO VALDIVIA

ASESOR

HENRY NELSON MORMONTOY CALVO

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**“FACTORES DE RIESGO PARA BAJA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN  
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE 2023”**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RESIDENTADO MEDICO

PARA OPTAR

**EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

PRESENTADO POR

**VICTOR SIMEON HUERTO VALDIVIA**

ASESOR

**DR. HENRY MORMONTOY CALVO**

**LIMA, PERÚ**

**2024**

# ÍNDICE

	Págs.
Portada.....	i
Índice.....	ii
Resumen .....	iv
Abstract.....	v
Reporte de similitud.....	vi
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1. Descripción de la situación problemática	7
1.2. Formulación del problema	8
1.3. Objetivos	8
1.4. Justificación .....	9
1.5. Limitaciones. ....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	10
2.1. Antecedentes .....	10
2.2. Bases teóricas.....	15
2.3. Definición de términos básicos.....	18
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	19
3.1. Formulación.....	19
3.2. Variables y su definición operacional .....	19
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	22
4.1. Diseño metodológico.....	22
4.2. Diseño muestral .....	22
4.3. Técnicas y recolección de datos .....	23
4.4. Procesamiento y análisis de datos .....	23
4.5. Aspectos éticos .....	24
CRONOGRAMA .....	25
PRESUPUESTO .....	26
FUENTES DE INFORMACIÓN .....	27
ANEXOS .....	34
1. Matriz de consistencia.....	34

2. Instrumentos de recolección de datos .....	35
3. Consentimiento informado.....	38
4. Revocatoria del consentimiento.....	40

## Resumen

**Introducción:** La hipertensión arterial es una afección común y prevalente entre los adultos mayores. Si no se controla adecuadamente, puede comprometer el funcionamiento de diversos sistemas y órganos. Por esta razón, la adherencia al tratamiento es crucial para el manejo efectivo de esta enfermedad, motivo por el cual se plantea esta investigación.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo para baja adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Hipólito Unanue.

**Metodología:** Estudio de tipo observacional, analítico, transversal y prospectivo. La población la conformará 148 adultos mayores con hipertensión arterial, de los cuales 108 adultos formarán parte del tamaño muestral. El muestreo será probabilístico aleatorio simple y la recolección de datos será mediante un cuestionario estructurado que evaluará factores sociodemográficos, clínicos, familiares y la baja adherencia terapéutica será evaluada con la escala Escala de Morisky-Green (MMAS-8). Para el análisis de datos se usará el programa SPSS 25v. Se empleará la prueba Chi cuadrado y se calculará la razón de prevalencia simple (RPs) y ajustada (RPa), con un nivel de significancia del 5%.

*Palabras clave:* Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Anciano, Hipertensión; Factores de riesgo (DeCS).

## Abstract

**Introduction:** High blood pressure is a common and prevalent condition among older adults. If not adequately controlled, it can compromise the functioning of various systems and organs. For this reason, adherence to treatment is crucial for the effective management of this disease, which is why this research is proposed.

**Objective:** To determine the risk factors for low therapeutic adherence in older adults with high blood pressure treated at the Hipólito Unanue Hospital.

**Methodology:** Observational, analytical, cross-sectional and prospective study. The population will be made up of 148 older adults with high blood pressure, of which 108 adults will be part of the sample size. Sampling will be simple random probabilistic and data collection will be done through a structured questionnaire that will evaluate sociodemographic, clinical, and family factors, and low therapeutic adherence will be evaluated with the Morisky-Green Scale (MMAS-8). For data analysis, the SPSS 25v program will be used. The Chi square test will be used and the simple prevalence ratio (PRs) and adjusted prevalence ratio (PRa) will be calculated, with a significance level of 5%.

*Keywords:* Treatment compliance and adherence; Elderly, Hypertension; Risk factors (MeSH).

## Reporte de similitud

Reporte de similitud

### NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES DE RIESGO PARA BAJA  
ADH ERENCIA TERAPÉUTICA EN  
ADULTOS M AYORES CON  
HIPERTENSIÓN ARTERIALATE

### AUTOR

VICTOR SIMEON HUERTO VALDIVIA

### RECUENTO DE PALABRAS

6940 Words

### RECUENTO DE CARACTERES

40208 Characters

### RECUENTO DE PÁGINAS

35 Pages

### TAMAÑO DEL ARCHIVO

286.3KB

### FECHA DE ENTREGA

Sep 11, 2024 10:23 AM GMT-5

### FECHA DEL INFORME

Sep 11, 2024 10:24 AM GMT-5

#### ● 20% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

#### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- bibliográfico Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material
- Material citado

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la situación problemática**

La hipertensión arterial (HTA) es una patología recurrente en la población afectando al 26.4% de las personas, lo que supone un problema sanitario y económico a nivel mundial (1). La HTA es más prevalente en ancianos, que representan más del 50% de los casos.

La HTA no controlada puede dañar las funciones vasculares, lo incrementando la incidencia de patologías cardiovasculares, y además puede causar discapacidad o mortalidad (2). En este contexto, la adherencia terapéutica (AT) es relevante para el manejo de HTA. Una investigación concluyó que la terapia con medicamentos antihipertensivos puede reducir la presión arterial (PA) y la mortalidad (3). Sin embargo entre 40.2% a 56.3% de la población con HTA no presenta AT (4).

El desuso regular de medicamentos antihipertensivos puede causar hipertensión de rebote, lo que incrementa la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular y deceso. En consecuencia, identificar casos con riesgo de baja AT antihipertensiva, como los adultos mayores, es fundamental(5).

Muchos factores pueden afectar la AT en casos con HTA, entre ellos la ancianidad, instrucción educativa baja, efectos secundarios por fármacos, alteración de memoria entre otros. Sobre ello, Uchmanowicz et al. (6), identificaron que la edad, sexo y instrucción educativa se asociaron a la AT en casos de HTA. Un estudio en Taiwán (7), reveló que la creencia en la salud, la duración de la enfermedad, la autoeficacia y el apoyo social interactuaban para contribuir a varias vías de baja adherencia a la medicación. Mientras que una investigación en Brasil determinó como factores para AT ser adulto mayor y ser mujer (8).

En el Perú, la HTA se considera un problema sanitario por ser principal generador de mortalidad, principalmente en adultos mayores. A pesar de los avances terapéuticos para la HTA, existe baja AT entre esta población (9). Un estudio determinó que 11% de los participantes del estudio mantenía adherencia a su tratamiento hipertensivo, así también 18.7% cumplieron con el tratamiento higiénico dietético (10). La baja AT antihipertensiva esta asociada con un mal control de la PA en adultos mayores, así como mayor ingreso a emergencias y hospitalización, eventos cardiovasculares y mortalidad (9). Canales (11), describió como principales factores asociados a AT a la educación básica, afiliados a EsSalud y a las FF.AA, además quienes tenían un control sobre su PA ( $p < 0,05$ ).

En el Hospital Hipólito Unanue (HHU), la HTA en ancianos contribuye a la morbimortalidad cardiovascular. Para controlar la HTA, la AT es relevante. Una baja adherencia incrementa la probabilidad de decesos, por lo tanto, mejorar la AT es una prioridad. En este contexto, conocer los factores para baja AT es de interés, pese a ello, la evidencia sobre el tema es insuficiente. Bajo esta problemática se plantea el desarrollo del estudio.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo para baja adherencia terapéutica en adultos mayores con HTA atendidos en el HHU 2023?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar los factores de riesgo para baja adherencia terapéutica en adultos mayores con HTA atendidos en el HHU 2023.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar los factores sociodemográficos de riesgo para baja AT.

Determinar los factores clínicos de riesgo para baja AT

Establecer los factores familiares de riesgo para baja AT

#### **1.4. Justificación**

##### **1.4.1 Importancia**

El análisis de AT en personas mayores es particularmente importante, debido a que son propensos a múltiples comorbilidades y presentan un mayor riesgo de polifarmacia y, por tanto, pueden tener una menor adherencia a un régimen de medicamentos. Identificar los factores y comprender cómo afectan la adherencia en los ancianos puede permitir optimizar la atención a los pacientes con HTA, además de contribuir a identificar casos de riesgo con baja adherencia a la medicación. Así también, identificar estos factores puede respaldar el desarrollo de intervenciones personalizadas para promover la AT y mejorar el control de la PA entre los ancianos.

##### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

La viabilidad se basa en las autorizaciones de las entidades universitarias y hospitalarias, mientras que la factibilidad depende de la disponibilidad de recursos, destacando que el estudio será autofinanciado.

#### **1.5. Limitaciones**

Principalmente es que los ancianos acepten participar, pues ante su posible negación, podría haber alteraciones en la cantidad muestral.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Wan et al. en 2022, evaluaron los determinantes que contribuyen a la mala AT de los medicamentos para ancianos hipertensos. Fue un estudio transversal que incluyó 388 participantes. fueron Los factores para AT: grado de escolaridad ( $\chi^2 = 8,073$ ,  $p = 0,045$ ), convivencia ( $\chi^2 = 11,364$ ,  $p = 0,010$ ), complicaciones de la hipertensión ( $\chi^2 = 10,968$ ,  $p = 0,001$ ), PA al ingreso ( $\chi^2 = 8,876$ ,  $p = 0,003$ ) y caídas ( $\chi^2 = 6,703$ ,  $p = .010$ ). Además, mediante el análisis de regresión logística binaria multivariable los predictores estadísticamente significativos fueron las personas que vivían con cónyuges e hijos ( $OR=3,004$ ,  $p=0,017$ ) y las que tenían PA alta al ingreso ( $OR=,910$ ,  $p=0,003$ ) tenían un mayor riesgo de mala adherencia a la medicación, mientras que aquellos sin complicaciones de hipertensión ( $OR=0,591$ ,  $p=0,026$ ) y sin caídas ( $OR=0,530$ ,  $p=0,046$ ) tenían un riesgo menor (12).

Minaya en 2022, determinó los factores para tratamiento hipertensivo, aplicó un estudio correlacional donde analizó 120 ancianos. Encontró que el 61.7% casos eran no adherentes, así mismo encontró que las variables socioeconómicas, de proveedor sanitario, relativos al tratamiento y al paciente no tienen relación con la AT. Identificaron la relación existente entre la AT y factores (13).

Solís et al., en 2022, identificaron los factores para la AT en hipertensos, analizando 150 casos. Encontraron que las personas entre 50 a 59 años ( $OR=3,18$ ) y entre 60 a 69 años ( $OR=3,70$ ) fueron las únicas variables que influían en la no adherencia al tratamiento, por lo que manifestaron que mientras mayor será el paciente menor será la AT (14).

Zapattini et al. en 2021, evaluaron la AT en hipertensos. Fue un estudio observacional con 80 participantes. Como principales resultados se encontró que 56,25% presentó alta AT, se encontró nivel de AT similar en varones y mujeres (54,17% y 57,14%, respectivamente), la ocupación

predominante fue en 51,25% los quehaceres domésticos. Además, se encontró mayor AT en 65% casos con < 5 años de evolución y en 68,75% casos con una dosis diaria de medicación (15).

Coronel y Coronel en 2021, determinaron el comportamiento de la adherencia en hipertensos durante la pandemia, realizó un estudio descriptivo, analizando 40 casos de hipertensión. Encontraron que el 25% y 13,9% de los casos tenían regular y mala adherencia respectivamente, a pesar que el 50% de los casos tenían conocimiento de su enfermedad, pero el 5,6% y el 8,3% siempre y a veces tenían problemas con las indicaciones realizadas en sus recetas, respectivamente y el 11,1% no cumplían con su tratamiento. Concluyeron que la adherencia esta presente en la mayoría de lo pacientes, pero la mala adherencia aun esta presente, por lo que se deben de realizar estrategias de mejora (16).

Mamaghani et al. en 2020, evaluaron las barreras iniciales para la AT entre hipertensos en áreas rurales desfavorecidas. Fue un estudio transversal que incluyó 238 participantes. Encontraron que el promedio de antihipertensivos utilizados fue de 1,58 y el 67,6% de los pacientes recibió sólo un antihipertensivo, la baja adherencia fue 18% de los pacientes, mientras que la regular adherencia en el 43,6% y la buena adherencia en el 38,2%. Se realizó correlación de la edad ( $p=0,009$ ), educación ( $p<0,001$ ), estado civil ( $p=0.920$ ). Además, hubo una relación entre la duración de la hipertensión y el grado de la AT ( $p <0,001$ ) (17).

Dávila et al., en 2020, establecieron los factores para falta de adherencia en hipertensos, aplicaron una metodología analítica y transversal, evaluando 318 casos. Hallaron que ser adulto mayor ( $OR=2,715$ ), tener poco conocimiento de la patología ( $OR=2,011$ ), el tabaquismo ( $OR=3,449$ ), la presencia de comorbilidades ( $OR=2,008$ ), y la dificultad para una cita ( $OR=3,092$ ) eran los factores para la no adherencia, por lo que concluyeron que existieron tanto factores sociodemográficos, como clínicos e institucionales que influyen en la adherencia (18).

Chávez en el 2019, estableció los factores para falta AT, por lo que aplicó una metodología prospectiva, analizando 140 casos. Halló que el 59,29% de los pacientes eran no adherentes, además las mujeres eran quienes principalmente eran no adherentes (44,29%), al igual que los pacientes entre 71 a 80 años (22,86%), quienes tienen primaria incompleta (26,43%), pero el único factor identificado fue prestadores de salud ( $p=0,05$ ) (19).

Alfárez en el 2019, identificó los factores para la adherencia en hipertensos, para ello el método aplicado fue correlacional, evaluando 180 casos. Halló que el 6.7% eran no adherentes, mientras que el 73.3% eran parcialmente adherentes, posteriormente halló que a mayor edad menor adherencia ( $p=0,000$ ), a mayor tiempo de enfermedad la adherencia disminuye ( $p=0,00$ ), la baja aceptación de la patología genera mala adherencia ( $p=0,00$ ) y la baja satisfacción con la atención genera mala adherencia ( $p=0,00$ ) eran los factores para mala AT (20).

Jingjing et al. en 2019, evaluaron el nivel de AT antihipertensivo e identificar cualquier factor de riesgo asociados. La investigación fue transversal donde incluyeron 488 sujetos. Los hallazgos claves indicaron que el 70,49% fueron diagnosticados con HTA estadio III, 43,03% con HTA en los últimos 5 a 10 años, 22,54% no tenían otras enfermedades crónicas y 17,62% pacientes tenían más de otras 2 enfermedades crónicas, 77,46% tomaban medicación antihipertensiva todos los días, 33,06% pacientes con antihipertensivos menos de 5 años y 46,31% sujetos con antihipertensivos por 10 años o más, 27,46% de la población respetaron su tratamiento contra la hipertensión, mientras que 72,54% pacientes no lo cumplieron. Además, los factores que inciden con AT y HTA : sexo ( $p=0,034$ ), vivienda ( $p=0,029$ ), tiempo con PA alta ( $p<0,001$ ) (21).

Getenet et al. en 2019, evaluaron los determinantes de la AT antihipertensiva. Fue de tipo casos y controles que incluyó 289 sujetos. Los hallazgos más importantes indicaron que la AT por la escala de

Morisky era del 67%. Además, el análisis multivariado mostró que la adherencia a la medicación fue mejor en la edad más joven (<45) (AOR=3,8), procedencia urbana (AOR=6,84), con buen nivel de educación (AOR=3,13), aquellos sin enfermedades concomitantes (AOR = 3,14) y aquellos que controlan su PA (AOR = 2,35) (22).

Gualotuña y Córdova en 2018, identificaron la frecuencia y los factores para la mala AT en hipertensos, para lo cual plantearon un estudio analítico, donde analizaron 325 casos. Encontraron que según el test SMAQ el 72,5% de los casos tenían mala adherencia, mientras que según MORISKY el 66,8% eran quienes lo tenían, la razón principal de la no AT era el descuido (72,92%), el factor para la mala adherencia según SMAQ fue el Apgar familiar ( $p=0,04$ ), y según MORISKY fue el apoyo social ( $p=0,03$ ). Concluyeron que 2 de 3 pacientes hipertensos son no adherentes a su tratamiento (23).

Asto en 2018, determinó los factores para baja AT en HTA en 369 casos. Halló que el 60,98% de los casos tenían baja AT, entre los factores encontró, ser mujer ( $p<0,000$ ), ser adulto mayor ( $p<0,000$ ), bajo nivel educativo ( $p<0,000$ ), no tener pareja ( $p<0,000$ ), mayor tiempo de tratamiento ( $p<0,000$ ) y terapia combinada ( $p<0,000$ ). Concluyó que existía alta frecuencia de mala adherencia, así como factores que influían su presencia (24).

Asgedom et al. en 2018, evaluaron la AT en HTA y los determinantes entre hipertensos adultos donde incluyeron 280 personas. Los hallazgos principales indicaron que el 61,8% de los participantes del estudio se encontraron adherentes, 53,2% de los participantes eran varones. Los factores de comorbilidad (ORa = 0,083,  $p<0,001$ ), consumo de alcohol (ORa = 0,011,  $p<0,001$ ), obtención de medicamentos libremente (ORa = 0,020,  $p<0,001$ ) y la combinación de medicamentos antihipertensivos (ORa = 0,32,  $p<0,005$ ) se asociaron inversamente con la AT antihipertensiva (25).

Uchmanowicz et al. en 2018, identificaron las variables demográficas, socioeconómicas y clínicas que influyen en la AT en ancianos con hipertensión. La metodología fue transversal e incluyó 150 participantes. Encontraron como predictores independientes ( $p < 0,05$ ): edad ( $p < 0,01$ ); hombres, en promedio, incrementan el puntaje ( $p = 0,04$ ); una educación secundaria, superior o profesional disminuye el puntaje promedio en comparación con nivel educativo bajo ( $p = 0,02$ ); y el puntaje promedio disminuye en 1,91 puntos cuando se cuenta con apoyo familiar en lugar de vivir independiente o en un centro residencial ( $p = 0.02$ ) (6).

Vílchez en 2018, determinó aquellos factores para adherencia en hipertensos, por lo que el método aplicado fue analítico transversal, analizando 336 casos. Halló que el 61,9% de los casos eran no adherentes, entre los factores para la no adherencia fueron la ausencia de conocimiento de su patología ( $p < 0,05$ ). Estableció que hay factores que afectan la adherencia en la población que padece hipertensión (26).

García en 2018, determinó los factores para adherencia en hipertensión arterial, aplicaron una metodología trasversal, donde analizó 427 casos. Halló que el 21,55% de los casos eran no adherentes al tratamiento médico, además las variables que identificaron fueron ser mujer ( $p = 0,020$ ) y la presencia de patologías como neoplasias ( $p = 0,052$ ) y patología renal crónica ( $p = 0,029$ ). Concluyó que existieron factores para no AT pero que principalmente eran la presencia de comorbilidades (27).

Mekonnen et al. en 2017, evaluaron la AT en HTA y los determinantes que influyen en adultos hipertensos. Fue un estudio transversal que incluyó 409 participantes. Halló que la tasa global de adherencia adecuada fue del 67,2 %, los factores presentes como la actitud favorable hacia los antihipertensivos ( $ORa = 9,88$ ), la buena relación médico-paciente ( $ORa = 4,25$ ), la presencia de una ( $ORa = 4,36$ ) o ninguna ( $ORa = 3,38$ ) comorbilidad, extenso periodo de tratamiento ( $ORa = 1,89$ ), y un costo sanitario bajo ( $ORa = 2,06$ ) se relacionaron con una alta adherencia al tratamiento hipertensivo (28).

Polańska et al. en 2017, evaluaron la asociación entre factores socio-clínicas y AT hipotensor. Fue un estudio analítico que incluyó 602 participantes. Mostraron que la alta AT era >1,5 veces más probable en el grupo de alta aceptación que en el de aceptación baja a moderada (OR=1,58). Además, se identificaron correlaciones significativas entre la AT y sexo (hombres  $p = -0,101$ ;  $p = 0,012$ ), tener entre 45 y 66 años ( $p = 0,098$ ;  $p = 0,015$ , OR=0,27), nivel educativo superior ( $p = 0,132$ ;  $p = 0,001$ , OR=1,88), grado ESC de HT ( $p = -0,037$ ;  $p = 0,057$ ) (OR=0,50 y 0,53), recibir politerapia ( $p = 0,131$ ;  $p = 0,015$ , OR=0,27) y la aceptación de patología ( $p = 0,090$ ;  $p = 0,024$ , OR=1,43) (29).

Blicharska et al. en 2016, relacionaron la aceptación de la patología y la AT farmacológica y no farmacológica en hipertensos. Se trató de una investigación analítica con 102 sujetos. Los hallazgos principales reportaron que el nivel de AIS tuvo una influencia estadísticamente significativa, independiente y positiva en hábitos alimenticios saludables, conductas preventivas, actitud mental positiva, prácticas de salud. En el nivel de MMAS-8 estuvo influenciado por el género femenino ( $p = 0,001$ ), nivel educativo superior ( $p = 0,015$ ), empleo ( $p = 0,029$ ) y corta duración de la enfermedad ( $p = 0,022$ ). Además, mostraron que el ser mujer fue una variable dependiente de la AT ( $p = 0,001$ ), y la aceptación de la enfermedad fue un predictor independiente en dos dominios del HBI: actitud mental positiva dominio HBI ( $p < 0,001$ ) y hábitos alimenticios saludables ( $p = 0,001$ ) (30).

## **2.2. Bases teóricas**

### **Hipertensión arterial**

#### Definición

Se causa por el incremento sostenido temporal de la presión sanguínea en las arterias (31). Esta patología mundialmente es un problema sanitario, por las complicaciones generadas en el individuo afectando otros sistemas orgánicos (32).

Se estima que entre los 30 y 79 años los casos con HTA incrementaron de 650 a 1280 millones en las últimas décadas. En el 2019, el 82% de casos con HTA, vivían en países sub desarrollados (33).

Evaluación clínica:

- Incremento crónico de PA y nivel de elevación.
- Identificación de causas de HTA secundaria.
- Afectaciones viscerales y su severidad.
- Factores cardiovasculares.
- Situaciones clínicas y patológicas que influyan en pronóstico y terapéutica (35).

Su diagnóstico está basado en medir correctamente la PA, pero ello desvalorado o realizado incorrectamente. La medición correcta necesita seguir procedimientos y patrones (36). Por ello, cuando se sospecha hipertensión, el diagnóstico de debe confirmarse mediante mediciones repetidas de la presión en el consultorio, durante varias visitas, o mediante la medición fuera del consultorio usando monitorización de la PA (MAPA) en un día (37).

La PA se clasifica en: una PA normal, PA sistólica (PAS) <120mmHg y PA diastólica (PAD) <80 mmHg. La pre-hipertensión, una PAS entre 120-139 mmHg y una PAD entre 80 y 89 mmHg. La hipertensión se diagnostica cuando la PAS  $\geq$  140 mmHg y la PAD es  $\geq$  90 mmHg. Dentro de la hipertensión, el Estadio 1 se caracteriza por una PAS entre 140 y 159 mmHg y una PAD entre 90 y 99 mmHg; el Estadio 2, una PAS  $\geq$  160 mmHg y una PAD  $\geq$  100 mmHg (38).

Tratamiento

El control de la HTA requiere de un abordaje multifactorial encaminado a mejorar los estilos de vida, y tratar comorbilidades para optimizar el tratamiento antihipertensivo (39). Los “inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA)”, “los antagonistas de los receptores de

angiotensina II (ARA-II)", "los antagonistas del calcio (AC)" y "los diuréticos (tiazidas o análogos)" son antihipertensivos de primera elección (40).

Los casos de HTA que inician farmacoterapia son: aquellos con riesgo cardiovascular que realizaron modificaciones en su estilo de vida en 3 y 6 meses; casos con PAS 160 mmHg o PAD  $\geq$ 100 mmHg (38). En lo que respecta a la terapéutica, son los siguientes: "Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día)", o "losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día)", o "hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día)", o "amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día)" (38).

### **Adherencia terapéutica**

Es la medida de seguimiento de una terapéutica prescrita, para obtención del resultado terapéutico óptimo (41).

A pesar de la disponibilidad de fármacos las tasas de control de la patología son bajas. Esto se debe según estudios, que reportan a 1 de cada tres hipertensos no mantienen su PA  $<$ 140/90 (42). Además, la falta de AT puede ser la explicación de la falta de eficacia del fármaco y se deduce como resistencia al tratamiento (43).

Los métodos para monitorear la adherencia suelen ser los métodos indirectos que se basan en la adherencia autoinformada y pueden ser fácilmente manipulados por el paciente. Y la terapia observada directamente con el control de fármacos terapéuticos son los métodos directos (44).

### **Baja adherencia terapéutica**

Su identificación puede ser realizada mediante la "Escala de Morisky-Green", evalúa el comportamiento de AT en ancianos hipertensos que se encuentran en tratamiento (45).

La deficiencia en la AT esta relacionada a afeccione crónicas, siendo más frecuente en países de altos ingresos (32). Asimismo, se estima que la AT es 47,5%, observándose más alta adherencia en personas mayores de 65 años y féminas (31,3 %) (46). Además, se compara que el 60 % de hipertensos tratados logran objetivos terapéuticos. Sin embargo, se han identificado factores que pueden explicar el menor porcentaje de control de PA (47).

### **Factores de riesgo de baja adherencia**

Son considerados como aspectos propios de un individuo, o del medio en el cual se encuentra, los cuales pueden asociarse a condiciones que alteran su salud (48).

Así lo demuestran diferentes investigaciones donde se reporta que los factores asociados con la AT antihipertensiva fueron género, residencia, duración de la PA alta (21). Asgedom et al. por su parte señala que los principales factores inversamente con la AT son la comorbilidad y consumo de alcohol (25).

También, un estudio determinó como factores inversos para la no AT a estudios universitarios pero factores para la AT como mayor edad, diagnóstico de hipercolesterolemia y antecedentes familiares de HTA (49).

### **2.3. Definición de términos básicos**

Factores de riesgo: Determinantes que elevan la probabilidad de contraer alguna enfermedad (50).

Adherencia terapéutica: cumplimiento de la toma de medicamentos, así como estilos de vida recomendadas por personal médico (51).

Adulto mayor: Personas con 60 años a más (52).

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Formulación**

H1: Existen factores de riesgo para baja AT en adultos mayores con HTA atendidos en el HHU 2023.

H0: No existen factores de riesgo para baja AT en adultos mayores con HTA atendidos en el HHU 2023.

### **3.2. Variables y su definición operacional**

Variable independiente

Factores sociodemográficos

Factores clínicos

Factores familiares

Variable dependiente

Baja adherencia terapéutica

## Operacionalización de las variables

Variable		Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y valor	Medio de verificación
Baja adherencia terapéutica		Pacientes con puntajes menores a 8 puntos	Cualitativa	Pacientes con <8 puntos en Escala de Morisky-Green (MMAS-8)	Nominal	Si No	Escala de Morisky-Green (MMAS-8)
Factores de riesgo	Sociodemográficas	Edad	Cuantitativa	Edad	Razón	Años	HC
		Nivel instrucción	Cualitativa	Grado de instrucción	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico	HC
		Sexo	Cualitativa	Sexo	Nominal	Femenino Masculino	HC
		Estado civil	Cualitativa	Estado civil	Nominal	Viudo Divorciado Separado Casado Conviviente Con pareja	HC
		Procedencia	Cualitativa	Procedencia	Nominal	Urbana Rural	HC
		Vive solo con esposo	Cualitativa	Convivencia	Nominal	Si No	HC
		Situación laboral	Cualitativa	Ocupación	Nominal	Empleado Desempleado	HC

	Clínicas	Diabetes	Pacientes diabéticos que serán incluidos en el estudio	Cualitativa	Comorbilidad	Nominal	Si No	HC
		Catarata	Paciente con diagnóstico previo de catarata incluidos en el estudio	Cualitativa	Comorbilidad	Nominal	Si No	HC
		Sobrepeso	Paciente con índice de masa corporal $\geq 28$ a $< 32$	Cualitativa	Comorbilidad	Nominal	Si No	HC
		Tiempo de enfermedad > 5 años	Pacientes con más de 5 años de enfermedad que serán incluidos en el estudio	Cualitativa	Tiempo de la enfermedad	Nominal	Si No	HC
		Duración del tratamiento $\geq 3$ años	Pacientes con 3 años a más de tratamiento que serán incluidos en el estudio	Cualitativa	Duración desde el inicio del tratamiento	Nominal	Si No	HC
		Sin control continuo de la PA	Pacientes sin control de PA, que serán incluidos en el estudio	Cualitativa	Control de PA	Nominal	Si No	HC
		Politerapia	Paciente que consumo 2 o más medicamentos para el tratamiento hipertensivo	Cualitativa	Consumo de fármacos	Nominal	Si No	HC
	Familiares	Actitud negativa hacia los antihipertensivos	Familiares de los pacientes con actitud negativa al tratamiento.	Cualitativa	Actitud	Nominal	Si No	HC
		No contaron con apoyo familiar	Pacientes que no contaron con apoyo familiar al tratamiento	Cualitativa	Apoyo familiar	Nominal	Si No	HC

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño metodológico

Observacional, analítico, transversal, prospectivo.

### 4.2. Diseño muestral

Población

Según lo informado por la institución se atienden cerca de 37 adultos mayores con HTA:

148 adultos mayores con HTA atendidos en consultorio externo del HHU, entre junio a setiembre de 2023.

Muestra

Fórmula para población finita:

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

Donde:

$$N = 148$$

$$Z\alpha = 1.96$$

Proporción de pacientes con

baja adherencia terapéutica:  $p = 0.50$

$$q = 0.50$$

$$d = 0.05$$

muestra:

$$n = 108$$

108 pacientes con HTA atendidos en el HHU de junio a setiembre de 2023.

Tipo y técnica de muestreo

Muestreo probabilístico, esto se deberá a que cada paciente tiene igualdad de probabilidad de ser elegido para la muestra, y aleatorio simple, es decir, cada adulto mayor se escogería al azar. Tomando en

cuenta que primero se hará un listado de todos los pacientes, luego se ingresará al programa SPSS vs 25, que generará la aleatorización de cada paciente, finalmente obtenido el listado o números a seleccionar, se comenzará con las encuestas hasta completar muestra.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes con HTA

Pacientes a quienes se les evalúe la AT con la escala de MMAS-8

Pacientes que acepten participar.

Criterios de exclusión

Pacientes con deficiencia cognitiva severa.

Pacientes con enfermedades psiquiátricas que no les permita responder el cuestionario.

#### **4.3. Técnicas y recolección de datos**

Se usará la encuesta, por medio de un cuestionario. Estará compuesto por:

- I. Factores sociodemográficos
- II. Factores clínicos
- III. Factores familiares
- IV. Baja adherencia terapéutica: se definirá mediante la escala de MMAS-8, considerándose “baja” cuando se obtuvo puntajes menores a 8, tal como Valencia et al. (45). Son 7 ítems con respuesta dicotómica (Si/No) (53).

Validez: sensibilidad 0,81, especificidad 0,44 y Cronbach 0,61 (53).

Según Valencia et al(45) el valor del alfa de Cronbach fue de 0,646.

#### **4.4. Procesamiento y análisis de datos**

Se hará uso de SPSS versión 25

#### Análisis descriptivo

Las variables de medida cuantitativa serán descritas utilizando promedios y medidas de dispersión, en el caso de las cualitativas estas serán expuestas en frecuencias absolutas (n) y relativas (%).

#### Análisis inferencial

Prueba Chi-Cuadrado

Razón de prevalencia simple (RPs) y ajustada (RPa). Significancia del 5%.

#### Presentación de resultados

Representaciones gráficas estadísticas.

### **4.5. Aspectos éticos**

Revisión por el CI universitario y hospitalario

Solicitar a los ancianos que cumplan los criterios de inclusión la firma del consentimiento informado

Los cuestionarios serán anónimos.

## CRONOGRAMA

<b>PASOS 2023</b>	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
Informe del proyecto								
Consentimiento del plan								
Recopilación de datos								
Manejo y evaluación de datos								
Redacción de tesis								
Corrección de tesis								
Aprobación								
Publicación de artículo								

## PRESUPUESTO

<b>Concepto</b>	<b>Monto Aproximado</b>
Útiles de escritorio	S/. 450
Programa estadístico	S/. 200
Internet	S/. 100
Impresiones	S/. 120
Gastos extras	S/. 200
Transporte	S/. 250
<b>TOTAL</b>	<b>S/. 1320</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mills K, Bundy J, Kelly T, Reed J, Kearney P, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016;134(6):441-50.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. [2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)]. *G Ital Cardiol* 2006. 2018;19(11):3S-73S.
3. Van V, Harrison J, Welsh T, Conroy S, Gladman J. Withdrawal of antihypertensive medication: a systematic review. *J Hypertens*. 2017;35(9):1742-9.
4. Abegaz T, Shehab A, Gebreyohannes E, Bhagavathula A, Elnour A. Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(4):e5641.
5. Zaugg V, Korb-Savoldelli V, Durieux P, Sabatier B. Providing physicians with feedback on medication adherence for people with chronic diseases taking long-term medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1:CD012042.
6. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher E. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2018;13:2425-41.
7. Chu H, Huang H, Huang C, Chu C, Su C, Tsai I, et al. A predictive model for identifying low medication adherence among older adults with hypertension: A classification and regression tree model. *Geriatr Nur (Lond)*. 2021;42(6):1309-15.
8. Rosa R, Silva J, Ribeiro Í, Mussi R, Damasceno R, Santos I, et al. Factors associated to adherence to hypertensive medicinal treatment for african descent people resident in quilombola community: a cross-sectional study. *Rev Cuid [Internet]*. 2020 [citado 2 de septiembre de 2022];11(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2216-09732020000300322&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732020000300322&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

9. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(3):497-504.
10. Rivas G, Pino M, Osada J, Programas de hipertensión arterial: gran asistencia y baja adherencia. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23(6):578-9.
11. Canales G. Factores asociados a adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial: estudio poblacional peruano (ENDES 2018) [Internet] [Tesis]. Universidad Nacional Federico Villareal; 2020 [citado 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4299>
12. Wan J, Wu Y, Ma Y, Tao X, Wang A. Predictors of poor medication adherence of older people with hypertension. *Nurs Open*. 2022;9(2):1370-8.
13. Minaya J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Villa Atahualpa\_Nuevo Chimbote, 2022 [Internet] [Tesis de Grado]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2022 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/28655>
14. Solís A, Bergonzoli-Peláez G, Contreras-Rengifo A. Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. *Univ Salud*. 2022;24(1):95-101.
15. Zapattini D, Ortiz I, Zapattini D, Ortiz I. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del consultorio de Clínica Médica del Hospital de Clínicas. *An Fac Cienc Médicas Asunción*. 2021;54(2):89-96.
16. Coronel L, Coronel J. Factores relacionados a la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden a Boticas del pueblo Huancayo, Agosto-Setiembre 2021 [Internet] [Tesis de Grado]. Universidad Roosevelt; 2021 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/658>
17. Mamaghani E, Hasanpoor E, Maghsoodi E, Soleimani F. Barriers to Medication Adherence among Hypertensive Patients in Deprived Rural Areas. *Ethiop J Health Sci*. 2020;30(1):85-94.

18. Dávila D, García K, Durán J, Coello J. Factores de riesgo de la falta de adherencia a los antihipertensivos. Sinerg Educ [Internet]. 2021 [citado 23 de septiembre de 2022];E(1). Disponible en: <https://sinergiaseducativas.mx/index.php/revista/article/download/102/260>
19. Chávez G. Factores que influyen en la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes hipertensos, Hospital Chulucanas, 2018 [Internet] [Tesis de Grado]. Universidad San Pedro; 2020 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe//handle/USANPEDRO/14078>
20. 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 [Internet] [Tesis de Grado]. Universidad Privada de Tacna; 2019 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/683>
21. Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, Xue X, et al. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(27):e16116.
22. Getenet A, Tesfa M, Ferede A, Molla Y. Determinants of adherence to anti-hypertensive medications among adult hypertensive patients on follow-up in Hawassa Referral Hospital: A case-control study. *JRSM Cardiovasc Dis*. 2019;8:2048004019892758.
23. Gualotuña C, Córdova S. Identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2018 [Internet] [Tesis de Especialidad]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/15557>
24. Asto R. Factores sociodemográficos y terapéuticos asociados a la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos [Internet] [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de Trujillo; 2020 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15550>

25. Asgedom S, Atey T, Desse T. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):27.
26. Vílchez J. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD-Piura, Enero a Diciembre 2017 [Internet] [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de Piura; 2018 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1219>
27. García C. Factores que influyen en la adherencia a la terapia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial [Internet] [Tesis de Especialidad]. Universidad de Cartagena; 2018 [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11227/6650>
28. Mekonnen H, Gebrie M, Eyasu K, Gelagay A. Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2017;18(1):27.
29. Jankowska-Polańska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:363-71.
30. Blicharska K, Uchmanowicz I, Morisky D, Jankowska-Polańska B. The influence of illness acceptance on the adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with hypertension. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(7):559-68.
31. Ministerio de Salud de la República Argentina. Hipertensión arterial [Internet]. [Argentina.gob.ar](http://Argentina.gob.ar). 2017 [citado 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hipertension>
32. Ortega J, Ramón S, Astudillo E, Ávila S, Vásquez X, Solórzano G, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores [Internet]. Universidad de Cuenca Ecuador; 2021 [citado 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://zenodo.org/record/4484355>
33. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión sin tratar [Internet]. OMS. 2021 [citado 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>

34. Wagner P. Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(2):175-84.
35. European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI),. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-160.e78.
36. Tagle R. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Rev Médica Clínica Las Condes. 2018;29(1):12-20.
37. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. Blood Press. 2018;27(6):314-40.
38. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. [Internet]. 2015. Disponible en: [https://www.saludarequipa.gob.pe/salud\\_personas/archivos/GPC%202015/RM031-2015-MINSA%20Dx%20tratamiento%20y%20Control%20de%20la%20Enfermedad%20Hipertensiva.pdf](https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202015/RM031-2015-MINSA%20Dx%20tratamiento%20y%20Control%20de%20la%20Enfermedad%20Hipertensiva.pdf)
39. Segura J, Gorostidi M. Hipertensión arterial resistente [Internet]. Nefrología al día. 2021 [citado 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-resistente-408>
40. Consejería de Salud de la Región de Andalucía. Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías [Internet]. CADIME. 2020 [citado 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cadime.es/bta/bta/786-tratamiento-de-la-hipertensi%C3%B3n-arterial-nuevas-gu%C3%ADas.html>
41. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf>

42. Ministerio de Salud de Colombia. DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Colombia [Internet]. MINSALUD; 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>
43. Eskås P, Heimark S, Mariampillai J, Larstorp A, Fadl F, Høiegggen A. Medication adherence and monitoring of antihypertensive treatment. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2016;136(10):920-3.
44. Anders P, Heimark S, Eek J, Larstorp A, Fadl F, Høiegggen A. Adherence to medication and drug monitoring in apparent treatment-resistant hypertension. *Blood Press*. 2016;25(4):199-205.
45. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245-9.
46. Quintero L, Fernández D, Cruz L, Quintero L, Pérez M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*. 2021;11(3):279-86.
47. Burnier M. Drug adherence in hypertension. *Pharmacol Res*. 2017;125:142-9.
48. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Factores de riesgo - Descriptores en ciencias de la salud [Internet]. 2020 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28612&filter=ths\\_termall&q=factor%20de%20riesgo](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28612&filter=ths_termall&q=factor%20de%20riesgo)
49. Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J, Zubeldia L, Quiles J, et al. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertension arterial en la población de 16 a 90 años de la Comunitat Valenciana. *Revista Española de Salud Pública [Internet]*. 2016 [citado 2 de septiembre de 2022];90. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272016000100425&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100425&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
50. Willadsen T, Bebe A, Køster-Rasmussen R, Jarbøl D, Guassora A, Waldorff F, et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of

- multimorbidity - a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(2):112-21.
51. Anghel L, Farcas A, Oprean R. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Med Pharm Rep*. 2019;92(2):117-22.
  52. Defensoría del Pueblo. Adulto mayor [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.defensoria.gob.pe/grupos\\_de\\_proteccion/adultos-mayores/](https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/)
  53. Burbano A, Ayola C, Ramos E. Adherencia farmacológica en relación con funcionalidad familiar en el tratamiento ambulatorio de pacientes con esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. *Rev Cienc Bioméd*. 2019;8(2):40-50.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta general	Objetivo	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores de riesgo para baja AT en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el HHU 2023	¿Cuáles son los factores de riesgo para baja AT?	<p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo para baja AT.</p> <p>Objetivos específicos Identificar los factores sociodemográficos de riesgo para baja AT.</p> <p>Determinar los factores clínicos de riesgo para baja AT</p> <p>Establecer los factores familiares de riesgo para baja AT</p>	<p>H1: Existen factores de riesgo para baja AT.</p> <p>H0: No existen factores de riesgo para baja AT.</p>	Observacional, analítico y transversal	<p>Población Se conformará por todos los pacientes con HTA que se atienden en el HHU en el periodo junio a setiembre de 2023.</p> <p>Muestra 108 pacientes con HTA atendidos en el HHU de junio a setiembre de 2023.</p> <p>Análisis estadístico Chi-cuadrado y RP simple y ajustado.</p>	Cuestionario

## 2. Instrumentos de recolección de datos

“Factores de riesgo para baja adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Hipólito Unanue 2023”

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

---

### I. Factores sociodemográficos

Edad 60-69 años: Si ( ) No ( )  
\_\_\_\_ años

Nivel instrucción secundaria: Si ( ) No ( )  
Sin instrucción ( ) Primaria ( )  
Técnico ( ) Universitario ( )

Sexo femenino: Si ( ) No ( )

Estado civil sin pareja: Si ( ) No ( )  
Viudo ( ) Divorciado ( ) Separado ( )  
Casado ( ) Conviviente ( ) Con pareja ( )

Procedencia urbana: Si ( ) No ( )

Vive solo con esposo o pareja: Si ( ) No ( )

Situación laboral empleado: Si ( ) No ( )

### II. Factores clínicos

Diabetes: Si ( ) No ( )

Catarata: Si ( ) No ( )

Sobrepeso: Si ( ) No ( )

Tiempo de enfermedad > 5 años: Si ( ) No ( )  
\_\_\_\_\_ años

Duración del tratamiento > = 3 años: Si ( ) No ( )  
\_\_\_\_\_ años / meses

Sin control continuo de la PA: Si ( ) No ( )

Politerapia: Si ( ) No ( )  
Cantidad de fármacos que consume: \_\_\_\_\_

### III. Factores familiares

Actitud negativa hacia los antihipertensivos: Si ( ) No ( )

No cuenta con apoyo familiar: Si ( ) No ( )

### IV. Baja adherencia terapéutica: Escala de Morisky-Green (MMAS-8)

Nº	Preguntas	Opción de respuesta	
		Sí	No
1	¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	0	1
2	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	0	1
3	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	0	1
4	Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	0	1
5	¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	1	0
6	Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	0	1
7	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	0	1

8	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/Casi nunca	1
		Rara vez	0,75
		Algunas veces	0,5
		Habitualmente	0,25
		Siempre	0

Puntaje: \_\_\_\_\_

Baja adherencia:

Si ( )

No ( )

*Muchas gracias*

### 3. Consentimiento informado

#### **“Factores de riesgo para baja adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Hipólito Unanue 2023”**

**Propósito del Estudio:** Le invitamos a participar en una investigación para determinar los factores de riesgo de baja adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial en el HHU 2023. Este estudio proporcionará información valiosa para guiar futuras acciones en la gestión de la unidad.

**Procedimientos:** En caso decida formar parte de esta investigación, se le realizará un cuestionario destinado a evaluar su nivel de adherencia al tratamiento hipertensivo, e identificar factores asociados a una baja adherencia.

**Riesgos y Beneficios:** El estudio se llevará a cabo sin que se comprometa su salud en ningún momento. Además, los beneficios para usted serán significativos, identificar los factores de riesgo de baja adherencia ayudará a reconocer pacientes en alto riesgo y aplicar estrategias y tratamientos necesarios para su apoyo.

**Confidencialidad:** Su identidad permanecerá confidencial en todo momento de la investigación, dado que la información que usted proporcione será utilizada exclusivamente para fines del estudio. Si este estudio llegase a publicarse su confidencialidad será respetada. No se registrarán nombres ni apellidos, además, tiene la potestad de retirarse del estudio en cualquier momento.

## Consentimiento

Yo, \_\_\_\_\_ confirmo haber revisado y entendido la información previamente proporcionada, y que mis dudas han sido absueltas pertinentemente. Entiendo que los resultados pueden ser publicados o divulgados con propósitos científicos. Acepto participar del estudio.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

#### **4. Revocatoria del consentimiento**

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, identificado con DNI/CE N.º \_\_\_\_\_ retiro el consentimiento otorgado para el desarrollo del estudio “Factores de riesgo para baja adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Hipólito Unanue 2023” que desarrollará el Dr. Victor Simeon Huerto Valdivia de la Universidad de San Martín de Porres.