



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERÚ
SEGÚN LA ENCUESTA ENDES EN EL AÑO 2022

FACTORS RELATED TO THERAPEUTIC ADHERENCE IN
PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN PERU
ACCORDING TO THE ENDES SURVEY IN THE YEAR 2022

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR

DEARLY TAPIA CUBAS

ASESOR

LESLIE MARCIAL SOTO ARQUIÑIGO

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. Hector Jesus Sosa Valle

Vocal: Dr. Natali Leiva Reyes

Secretario: Dr. Guillermo Javier Salazar Yarleque

Fecha de sustentación: 26 de diciembre de 2024

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESOR

Dr. Leslie Marcial Soto Arquíñigo

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0002-8396-4416

DEDICATORIA

A mis padres , hermanas y todas las personas que he conocido en la carrera

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y Hermanas

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado por el autor principal.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar conflictos de interés

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERÚ
SEGÚN LA ENCUESTA ENDES EN EL AÑO 2022

FACTORS RELATED TO THERAPEUTIC ADHERENCE IN
PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN PERU
ACCORDING TO THE ENDES SURVEY IN THE YEAR 2022

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR
DEARLY TAPIA CUBAS

ASESOR
LESLIE MARCIAL SOTO ARQUÍÑIGO

LIMA - PERÚ
2024

17% Standard Similarity Filters

Sources Show overlapping sources

1	Internet	repositorio.upao.edu.pe	2%
		9 text blocks	88 matched words
2	Internet	hdl.handle.net	1%
		8 text blocks	64 matched words
3	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
		6 text blocks	50 matched words
4	Internet	revistas.udes.edu.co	<1%
		5 text blocks	47 matched words

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	8
III. MATERIALES Y MÉTODOS	9
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES	23
VII. RECOMENDACIONES	24
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
IX. TABLAS	31
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: La adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial es un desafío global, con tasas de cumplimiento que varían ampliamente y están influenciadas por diversos factores, como comorbilidades, hábitos nocivos, y características sociodemográficas. **Objetivo:** Evaluar los factores asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2022. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal, de bases secundarias. **Resultados:** La adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos peruanos es del 60,3%, con una mayor adherencia observada a mayor edad ($p < 0,001$), mujeres ($p = 0,012$), aquellos en un mejor estrato económico ($p < 0,001$), y con seguro de salud ($p = 0,009$). Los pacientes sin diabetes mostraron menor adherencia en comparación con los que tenían diabetes ($p < 0,001$). Aunque no se halló una relación significativa entre el consumo de tabaco y la adherencia ($p = 0,077$), la abstinencia de alcohol sí se asoció con una mayor adherencia ($p = 0,024$). **Conclusiones:** Se encontraron características sociodemográficas, de acceso a la salud, comorbilidades y hábitos nocivos asociados a la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

Palabras clave: cumplimiento y adherencia al tratamiento, hipertensión, cooperación del paciente (DeCS).

ABSTRACT

Introduction: Adherence to pharmacological treatment of arterial hypertension is a global challenge, with compliance rates that vary widely and are influenced by various factors, such as comorbidities, harmful habits, and sociodemographic characteristics.

Objective: To evaluate the factors associated with adherence to pharmacological treatment of hypertension in Peruvian patients, using data from the 2022 National Demographic and Health Survey. **Materials and methods:** Observational, retrospective, cross-sectional, secondary baseline study.

Results: Older age (RPa = 0.994, $p < 0.001$), having health insurance (RPa = 1.082, $p < 0.001$), purchasing blood pressure medication (RPa = 1.169, $p < 0.001$), having a diagnosis of diabetes (RPa = 1.190, $p < 0.001$), and residing in urban areas (RPa = 1.073, $p < 0.001$) were significantly associated with greater adherence to HT treatment. In addition, smoking in the last 30 days (RPa = 0.899, $p < 0.001$) and consumption of alcoholic beverages (RPa = 0.938, $p < 0.001$) are associated with lower adherence. **Conclusions:** Sociodemographic characteristics, health access, comorbidities and harmful habits were found to be associated with therapeutic adherence in hypertensive patients.

Keywords: compliance and adherence to treatment, hypertension, patient cooperation (MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que se considera hipertensión arterial (HTA) al aumento de la presión sistólica, con valores iguales o por encima de los 140mmHg, y valores de presión diastólica igual o por encima de 90mmHg (1). Además, refiere que la presión arterial es una característica compleja en la que influyen diversos factores a lo largo de la vida, como la nutrición y el crecimiento durante las etapas fetal e infantil, la obesidad, ciertos componentes de la alimentación (en particular la ingesta de sodio), así como el consumo de alcohol, la actividad física, el tabaquismo, el plomo, el ruido, la contaminación atmosférica, el estrés psicosocial y el uso de medicamentos (1).

Según los informes recientes de la OMS, se estima que para el año 2023 habría aproximadamente 1 280 millones de personas diagnosticadas con HTA en todo el mundo, y se calcula que más del 75% de los hipertensos residen en países de ingresos medios y bajos (2). A nivel global, la HTA provoca casi 10,4 millones de muertes al año, lo que representa un aumento de más del 8,6% cuando la enfermedad no recibe tratamiento, afectando principalmente a los países de ingresos bajos o medianos (8,9). En este sentido, en América Latina se ha informado una prevalencia de HTA que oscila entre el 22% y el 35%, siendo Paraguay (35%), México (31%) y Colombia (23%) los países más afectados de la región (3). Por su parte, en el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 22,1% de las personas mayores de 15 años presentaban presión arterial alta en 2022, siendo los varones los más afectados

(24,7%). Esta condición tiene una mayor incidencia en las regiones costeras del país, especialmente en Lima, Callao, Loreto y Tumbes (4).

Se debe destacar que el tratamiento de la hipertensión es vital, ya que ayuda a retardar la progresión de daños en los órganos blancos (HMOD) y contrarresta el aumento gradual del riesgo cardiovascular (5). La adopción de un estilo de vida equilibrado es la primera medida y la más importante, ya que puede retrasar o revertir la HTA y reducir la posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares (6). Sin embargo, en algunos casos, los cambios en el estilo de vida pueden no ser suficientes, y se pueden necesitar medicamentos para controlar la presión arterial de manera efectiva. La Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) aconseja iniciarlo en pacientes con HTA de grado uno (PA 140-159/90-99 mm Hg) en existencia de enfermedad renal, alto riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica o HMOD, grado dos (PA 160-179/100-109 mm Hg) y grado tres (PA \geq 180/110 mm Hg) (6,7).

La OMS define a la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona a la hora de tomar la medicación, seguir una dieta y realizar cambios en su estilo de vida se corresponde con las recomendaciones del profesional sanitario (8). Aunque hay mucha investigación sobre el tema, pocos investigadores han intentado definir exactamente qué significa la adherencia terapéutica, y algunos han usado los términos adherencia y cumplimiento de manera intercambiable, pero se debe considerar que el término adherencia implica una participación más activa y colaborativa por parte del paciente, trabajando junto con el clínico en la planificación e implementación del régimen de tratamiento (9).

Medir la adherencia al tratamiento supone un reto para los profesionales de la salud, las medidas subjetivas de esta variable dependen de las evaluaciones realizadas por los profesionales sanitarios o los propios pacientes, como los autoinformes y las evaluaciones médicas; sin embargo, una limitación importante de estas pruebas es que los pacientes tienden a informar de menos sobre su falta de adherencia para evitar la desaprobación de los profesionales sanitarios (10). Por otro lado, aunque las pruebas biológicas son precisas, son costosas, mientras que los recuentos de pastillas son simples, pero pueden no reflejar con precisión la adherencia del paciente; por lo que, los cuestionarios son una opción más económica y común para evaluar esta variable, a pesar de las limitaciones que estos suponen, además, los cuestionarios ofrecen información valiosa sobre las razones de la no adherencia al tratamiento (11).

La adherencia al tratamiento es esencial para manejar eficazmente la HTA y prevenir sus complicaciones (12,13); ya que los estudios han demostrado que una fuerte adherencia a los medicamentos para la hipertensión está asociada con una mejor regulación, y disminuye la mortalidad (12,14–16). No obstante, a pesar de su importancia, el compromiso con la medicación sigue siendo una preocupación mundial, ya que la OMS informa que sólo el 21% de los pacientes hipertensos reciben una terapia adecuada y lo mantienen bajo control, existiendo una variabilidad que oscila de un 50 a 70% (2).

En Latinoamérica, Brasil, Cuba y Paraguay reportaron que el cumplimiento de la medicación antihipertensiva fue del 29%; 44% y 50%, respectivamente (17–19). Mientras que en Perú un año antes de la pandemia se informó una cifra de 62,4% según

la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES), dichos datos resultaron contradictorios a lo que reportó un hospital público de Trujillo, que halló una tasa de 15,7% (20,21). Por lo que resulta importante evaluar los factores que influyen en el cumplimiento de la medicación antihipertensiva.

A nivel internacional, Algabbani y Algabbani (13) en el 2020, analizaron los factores asociados al apego al tratamiento en pacientes con hipertensión en Arabia Saudita, y encontraron que la tasa de cumplimiento del tratamiento fue del 42,2%. Además, evidenciaron que la existencia de comorbilidades concurrentes estaba estrechamente vinculada con la adherencia ($p < 0,004$), y en contraste, la edad, el género, nivel educativo, ingreso mensual y acceso a los medicamentos no demostraron asociación. De igual manera, Girdhar et al. (22) en el 2022, en la India evaluaron cerca de 200 pacientes hipertensos e identificaron que la adherencia al tratamiento farmacológico fue del 68,3%, y si bien los hábitos nocivos, es decir, ser fumadores y consumidores de alcohol se asociaron con un menor cumplimiento del tratamiento farmacológico ($p < 0,01$), la edad y el sexo no mostraron asociación.

Por otro lado, Pereira et al. (23) en el 2021, en Brasil, llevaron a cabo un estudio prospectivo y transversal, con una muestra de 200 individuos, y evidenciaron que el cumplimiento del tratamiento fue del 70%, y el sexo femenino ($p=0,02$), una edad comprendida entre 46 y 60 años, haber completado la educación secundaria, tener un ingreso mínimo mensual y tener acceso a los medicamentos ($p=0,00$) estuvieron asociados con una mayor probabilidad de adhesión al tratamiento. Lo que coincide con un metaanálisis realizado por Montealegre et al. (24) en el 2022, en el cual señalaron

que una edad superior a 45 años estaba asociada con un mayor cumplimiento, mientras que un ingreso económico bajo, una edad inferior a 35 años, la dificultad para acceder a la atención de salud, un diagnóstico menor de cinco años de HTA se relacionó con una adherencia inadecuada. En contraste, Malih et al. (25) en el 2023, en Irak, encuestaron a 176 pacientes hipertensos, evidenciando que el 70,5% presentaba una mala adherencia, y el sexo masculino, tener un ingreso económico alto, poseer educación universitaria y la edad entre 30 a 59 años exhibieron un mejor apego al tratamiento ($p < 0,05$).

A nivel nacional, Mendoza (20) en el 2020, vinculó los rasgos sociodemográficas con la conformidad al plan de tratamiento en personas con HTA basándose en la ENDES 2018, y encontró que más de la mitad de hipertensos (55,5% y 66%) eran mayores de 60 años y mujeres, respectivamente, el 39.3% habían completado la educación primaria y tenían seguro de salud. Más de la mitad (62,4%) seguían el tratamiento prescrito, siendo estas últimos factores que influían en la adherencia al tratamiento. También Canales (26) en el 2020, estudió los elementos que influyeron al cumplimiento de la terapéutica en hipertensos a partir de la ENDES de ese mismo año, y encontró que contar con educación primaria, ser asegurado en Fuerzas Armadas y EsSalud (FFAA) se asociaba a una mayor probabilidad de adhesión terapéutica ($p < 0,05$).

Chuquispuma (27) en el 2021, investigó los elementos relacionados con la adhesión de pacientes hipertensos en dos nosocomios de Ica, administrando el instrumento de Morisky a 267 participantes, y los resultados revelaron una adhesión del 15,7%; sin embargo, no se halló relación entre el sexo y la edad con la adherencia. Esto contrasta

con el estudio de Salazar (28), realizado el 2023 a nivel local en un hospital de Lima, utilizando también el test de Morisky, que reportó que la adherencia al tratamiento farmacológico era del 30,3%, y que el género, nivel educativo, lugar de residencia, la edad y las comorbilidades estaban relacionados con esta variable. Otro estudio realizado a nivel local por Palacios (29) en el 2023, determinó los elementos que influían en el apego a la terapia en 196 individuos con HTA, utilizando la prueba de Morisky. Se exhibió una adherencia del 58%, pero solo la coexistencia de otras enfermedades ($p < 0,001$) se asoció con la adherencia; mientras que la edad, el sexo y el fumar no mostraron asociación.

Sin embargo, siguen existiendo lagunas en la percepción de las variables que afectan a la adhesión a los medicamentos de la HTA en la población peruana. Por lo tanto, se formula la pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre los factores previamente reportados y la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2022?

Este estudio encuentra su justificación en el aporte significativo que realizará al conocimiento existente al emplear los datos más recientes de la ENDES del año 2022 (30), la cual es una fuente de datos confiable y representativa a nivel nacional que recopila información detallada sobre diversos aspectos de la salud de la población, incluido el tratamiento de la hipertensión arterial. Entonces, al utilizar los datos de esta encuesta, se podrá obtener una visión amplia y precisa de los factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en Perú, lo que permitirá realizar

análisis y conclusiones basadas en una muestra representativa de la población. Además, la ENDES es una base de datos de acceso abierto, lo que facilitará la replicabilidad de los estudios y la comparación con investigaciones anteriores.

Esta investigación amplia significativamente la comprensión de los factores que ejercen influencia en la adherencia a los medicamentos antihipertensivos, de modo que, propiciará el diseño de intervenciones más efectivas por parte del Ministerio de Salud para abordar este desafío a la salud colectiva, en efecto, permite facilitar el logro de la presión arterial objetivo, mejorar la gestión de las afecciones crónicas en el primer nivel de atención y aumentar el bienestar de los pacientes hipertensos (22). La factibilidad estuvo respaldada por la disponibilidad de los datos de la ENDES, los cuales son accesibles para todos los peruanos (30).

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar los factores asociados con la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2022.

Objetivos específicos

- Analizar la asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2022.
- Determinar la asociación entre el acceso la salud y la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2022.
- Analizar la asociación entre las comorbilidades y la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2022.
- Examinar la relación entre los hábitos nocivos y la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2022.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, retrospectivo y transversal, con un nivel de investigación relacional (31).

Población

La selección de participantes de la ENDES se caracteriza por ser de dos etapas, probabilística con equilibrio, estratificada e independiente a nivel departamental y entre áreas urbanas y rurales (32).

Para esta investigación, la población estuvo conformada por todas las personas diagnosticados con hipertensión arterial y que posteriormente respondieron la encuesta ENDES realizada en el 2022.

- **Criterios de inclusión**

Personas hipertensas mayores de 18 años que residan en Perú, que reciban tratamiento farmacológico para la HTA, y que estén registradas en la ENDES del año 2022.

- **Criterios de exclusión**

Personas cuyos registros en la ENDES 2022 presenten información incompleta para las variables relevantes del estudio, pacientes cuyo diagnóstico de HTA haya sido realizado hace menos de 1 año, personas con alteraciones mentales que afecten su memoria.

Definición operacional de variables

Variable dependiente:

Adherencia al tratamiento de la HTA.

Variabes independientes:

- Características sociodemográficas: edad, sexo, nivel educativo, lugar de residencia, índice de riqueza.
- Acceso a la salud: tener seguro de salud, acceso a medicamentos antihipertensivos.
- Comorbilidades: diagnóstico de diabetes.
- Hábitos nocivos: consumo de alcohol, consumo de tabaco.

Procedimientos y Técnicas

La ENDES aplica tres cuestionarios: el del hogar, el individual y el cuestionario de salud. El método de recolección de datos que emplea es la entrevista directa, la cual es aplicada por un personal adecuadamente capacitado (33).

El repositorio de datos de la ENDES se encuentra disponible en formato Excel, es decir, es de acceso abierto (30). Por lo que se llevara a cabo la técnica de revisión documental de estos datos (34). El procedimiento constará de los siguientes pasos:

- a. Selección de los datos:** Se utilizó filtros de búsqueda para seleccionar únicamente los registros de personas con el diagnóstico de HTA, que sean mayores de 18 años y residan en Perú.

- b. Limpieza de los datos:** Se revisó cada fila para identificar aquellos que cuenten con datos incompletos, que tengan un diagnóstico de HTA menor a 1 año, o que tengan alguna discapacidad que afecte su memoria. De encontrarse alguno, se eliminará su registro. Así mismo, se eliminaron las columnas que no tengan las variables de interés.
- c. Identificación de variables relevantes:** La adherencia farmacológica va a ser evaluada mediante la pregunta 106 del módulo CSALUD de la ENDES: ¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico? Se va a definir como adherencia al tratamiento si la respuesta es afirmativa, caso contrario se determinó que el paciente no tiene una buena adherencia al tratamiento. De igual manera, se utilizarán las preguntas de este módulo (CSALUD) para identificar la edad, sexo y nivel educativo del participante, así como el acceso a un seguro de salud, el acceso a medicamentos antihipertensivos, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, y el diagnóstico de diabetes. En adición, el índice de riqueza, y el área de residencia fueron identificados utilizando las preguntas del módulo del cuestionario del hogar y vivienda. El detalle del nombre de la variable, el módulo y los ítems a evaluar, se muestran en el ANEXO 1.
- d. Análisis estadístico:** La base de datos fue estructurada y ordenada en el programa SPSS versión 27. Se usó un análisis descriptivo para obtener una comprensión inicial de la distribución de los datos y las características de la población. Posteriormente se exploró la asociación entre las variables de interés mediante un análisis de regresión logística, mostrando los valores de las razones de prevalencia

crudas (RPc) y ajustadas (RPa), así como sus intervalos de confianza al 95 % (IC 95%). Se consideró que la asociación es significativa cuando el valor de p obtenido fue inferior a 0,05.

- e. Limitaciones del estudio:** La información sobre la adherencia terapéutica se basó en autorreportes de los pacientes, por lo que es importante considerar los sesgos de memoria o deseabilidad social. Además, aunque la ENDES proporciona información detallada, algunas variables relevantes para la evaluación de la adherencia terapéutica no están incluidas en la encuesta; por ejemplo, la distancia a los centros de salud, la disponibilidad de transporte, el apoyo familiar, etc., lo que limita el alcance de los análisis. Posibilidad de sesgo de sobrediagnóstico debido a que solo contamos con una pregunta para diagnosticar si se adhiere o no al tratamiento, aunque no hay un consenso sobre qué encuesta evalúa adherencia y en este estudio nos basamos principalmente en la definición de la OMS y la pregunta hecha en la encuesta responde a esta definición (8). Una limitante más, también estaríamos hablando de un sesgo de causalidad debido a que es un estudio transversal no evaluamos causalidad solo evaluamos prevalencia ;aunque, también puede ver asociaciones que no sean causalidad.

Aspectos éticos del estudio

En la realización de la ENDES, los supervisores obtuvieron el consentimiento de los residentes de cada vivienda para participar en el estudio, responder al cuestionario, someterse a exámenes de laboratorio y medidas antropométricas. Además, la

confidencialidad de los participantes se garantizó mediante la asignación de un código numérico en la base de datos (35).

En el presente estudio sobre los factores relacionados con la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, se seleccionaron exclusivamente las variables pertinentes de la base de datos. Asimismo, se preservará la confidencialidad de cada participante mediante la continuidad del mismo código numérico asignado por la ENDES (36).

Plan de análisis

- a. Reestructuración de la base de datos:** Se seleccionaron únicamente las variables de interés del registro de datos de la ENDES 2022, en el programa estadístico SPSS versión 27 para el análisis posterior.
- b. Análisis descriptivo:** Para la variable numérica (edad) se calcularán estadísticos de tendencia central dependiendo de su distribución paramétrica. Para las variables categóricas (las demás variables) se determinaron sus frecuencias absolutas y porcentajes, intervalos de confianza y coeficientes de variación (31).
- c. Análisis bivariado y multivariado:** Se utilizó el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta debido a que permite analizar la asociación entre una variable dependiente binaria (en este caso, la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial) y un conjunto de variables independientes, proporcionando estimaciones de la magnitud de la asociación entre estas variables, controlando por otros factores de ajuste. Esto permitió identificar qué factores están más

fuertemente asociados con la adherencia al tratamiento y ajustar los análisis para posibles factores de confusión (37).

IV. RESULTADOS

Se analizó una muestra ponderada de 3 738 pacientes hipertensos, de los cuales el 43,9% tenían entre 60 y 79 años, y el 62,8% eran mujeres. En términos educativos, el 33,8% había completado la educación secundaria, mientras que el 32,2% solo había finalizado la educación primaria. Además, el 80,5% de los encuestados residía en zonas urbanas. En relación con el índice de riqueza, el 22,4% pertenecía al estrato más alto, el 20,8% al estrato alto, el 19,6% al estrato medio, el 18,8% al estrato bajo, y el 18,4% al estrato más bajo. Respecto a la cobertura de salud, el 88,9% de los individuos poseía seguro de salud, el 70,8% informó que compraba medicamentos para la hipertensión, y el 20,4% refirió haber sido diagnosticado con diabetes mellitus. En cuanto al consumo de sustancias nocivas, el 94,4% de los encuestados refirió no haber fumado en los últimos 30 días, y el 72,4% refirió no haber consumido alcohol en este periodo. Finalmente, se observó que la adherencia al tratamiento era notable, con un 60,3% de la población cumpliendo con las indicaciones médicas (Tabla 1).

Con relación al análisis sobre la adherencia al tratamiento en relación con diversas características sociales de los pacientes. Se observa que la adherencia al tratamiento varía significativamente según la edad ($p < 0,001$), con un mayor porcentaje de adherencia en el grupo de 60 a 79 años (50,1%) y en el grupo de 80 años o más (13,9%). En cuanto al sexo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la adherencia ($p = 0,255$), aunque las mujeres mostraron una mayor adherencia (64,2%) en comparación con los hombres (35,8%). Respecto al nivel educativo, se identificó una diferencia significativa ($p = 0,041$), donde los pacientes con educación secundaria

(33,1%) y primaria (29,7%) presentaron una mayor adherencia, mientras que aquellos con educación superior mostraron una adherencia algo menor (28,4%) (Tabla 2).

En cuanto a las características demográficas, los resultados indican una diferencia estadísticamente significativa en la adherencia según el área de residencia ($p < 0,001$). Los pacientes que residen en áreas urbanas presentan una mayor adherencia al tratamiento (84,7%) en comparación con aquellos que viven en zonas rurales (15,3%). Asimismo, el nivel de riqueza también se asocia significativamente con la adherencia al tratamiento ($p < 0,001$). Los pacientes en los estratos de riqueza más altos muestran una mayor adherencia, siendo el 27,5% en el grupo de "más ricos" y el 22,1% en el grupo "rico", mientras que los estratos "más pobres" y "pobre" tienen una adherencia menor, con el 14,1% y el 17,3% respectivamente (Tabla 3).

La relación entre el acceso a la salud, específicamente el seguro de salud y el acceso a medicamentos para la HTA y la adherencia al tratamiento se muestra en la Tabla 4. Se observa que tener seguro de salud está significativamente asociado con una mayor adherencia al tratamiento ($p = 0,001$), ya que el 91,6% de los pacientes con seguro de salud son adherentes, en comparación con el 8,4% de quienes no tienen seguro. En cuanto al acceso a medicamentos para la HTA, los resultados muestran una asociación altamente significativa ($p < 0,001$). Todos los pacientes que cuentan con acceso a medicamentos presentan adherencia al tratamiento (100%), mientras que aquellos que no tienen acceso a medicamentos muestran una baja adherencia.

Al evaluar la relación entre la adherencia al tratamiento y el diagnóstico de diabetes como comorbilidad, los resultados evidenciaron una diferencia estadísticamente

significativa en la adherencia al tratamiento entre los pacientes con y sin diabetes ($p < 0,001$). Un 27,7% de los pacientes con diabetes son adherentes al tratamiento, en comparación con solo un 9,3% de los pacientes sin diabetes. Por otro lado, el 72,3% de los pacientes que no presentan diabetes son adherentes, frente al 90,7% de los que sí la presentan y no son adherentes (Tabla 5).

Cuando se examinó la relación entre la adherencia al tratamiento y dos hábitos nocivos: el consumo de tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación con el consumo de tabaco ($p = 0,266$) o el consumo de bebidas alcohólicas ($p = 0,222$). En cuanto al consumo de tabaco, el 5% de los pacientes que fuman son adherentes al tratamiento, frente al 6,6% de los no adherentes. Para el consumo de bebidas alcohólicas, el 26,2% de los bebedores son adherentes, en comparación con el 29,8% de los no adherentes (Tabla 6).

Los resultados del análisis multivariado indican que la adherencia al tratamiento aumenta con la edad, siendo más elevada en los grupos de mayor edad, con una RPa de 3,37 en el grupo de 80 años o más en comparación con el grupo de referencia de 18 a 24 años ($p < 0,001$). Las mujeres presentan una mayor adherencia que los hombres (RPa: 1,09; $p = 0,012$). En cuanto al nivel educativo, no se encontraron asociaciones significativas después del ajuste. Sin embargo, la residencia en áreas rurales mostró una disminución en la adherencia en el análisis crudo (RPc: 0,81), pero esta asociación no se mantuvo significativa tras el ajuste (RPa: 0,98; $p = 0,765$) (Tabla 7).

El índice de riqueza muestra una clara tendencia, donde los grupos más ricos tienen una mayor adherencia, con una RPa de 1,35 para el grupo "más rico" en comparación con el grupo "más pobre" ($p < 0,001$). Tener seguro de salud también se asocia con una mayor adherencia, con una RPa de 0,83 para quienes no tienen seguro ($p = 0,009$). La diabetes es otro factor asociado, donde los pacientes sin diagnóstico de diabetes tienen una menor adherencia (RPa de 0,78; $p < 0,001$). Finalmente, el consumo de tabaco no mostró una asociación significativa en el análisis ajustado ($p = 0,077$), mientras que la abstinencia del consumo de alcohol sí se asoció con una mayor adherencia (RPa de 1,10; $p = 0,024$) (Tabla 7).

V. DISCUSIÓN

El estudio reveló que la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos es del 60,3%, con una mayor adherencia observada en personas mayores, mujeres, residentes en áreas urbanas y mayor nivel de riqueza. Sin embargo, Algabbani et al. (13), no encontraron una relación significativa entre factores como la edad, género, nivel educativo e ingresos con la adherencia. Malih et al. (25) identificaron que un ingreso económico alto y una educación universitaria estaban asociados con una mejor adherencia. Por otro lado, Mendoza (20) y Salazar (28) reportaron asociaciones significativas entre la edad, el género, el nivel educativo y el lugar de residencia con la adherencia, en línea con los hallazgos actuales.

En cuanto al primer objetivo específico, los resultados de la presente investigación evidencian que existe una asociación significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento, lo cual difiere con los hallazgos de Algabbani y Algabbani (13) y Palacios (29), quienes concluyeron que el género no demostró una asociación significativa con la adherencia. Por otra parte, estudios como el de Pereira et al. (23) y Salazar (28) encontraron una relación significativa entre el sexo femenino y una mayor probabilidad de adherencia, mientras que Malih et al. (25) sugirió que el sexo masculino mostró un mejor apego al tratamiento.

En relación al nivel educativo, no se evidenció una asociación con la adherencia al tratamiento, lo cual es similar a lo encontrado por Algabbani y Algabbani (2023) quienes tampoco encontraron una asociación significativa entre el nivel educativo y la adherencia al tratamiento. Por otro lado, estudios como los de Pereira et al. (23) y

Salazar (28) destacaron que un mayor nivel educativo, como la educación secundaria o universitaria, se asocia con una mayor adherencia al tratamiento, además, Canales (26) encontró que incluso la educación primaria podría favorecer la adherencia, lo que muestra la variabilidad de los resultados dependiendo del contexto o la población estudiada.

Para el segundo objetivo específico, se encontró que existe una asociación entre el acceso a salud y la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes peruanos. Estos resultados guardan relación con los encontrados por Pereira (23), quien también encontró que el acceso a medicamentos estaba asociado con una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento. Montealegre (24) identificó que la dificultad para acceder a la atención de salud se relacionaba con una adherencia inadecuada, lo cual es coherente con los hallazgos del presente estudio. Esta relación refuerza la noción de que un acceso deficiente a los servicios de salud puede ser un obstáculo significativo para el manejo efectivo de la hipertensión arterial, sugiriendo que mejorar la accesibilidad podría ser una estrategia clave para aumentar la adherencia al tratamiento.

En cuanto al acceso de seguros de salud, los resultados son similares al estudio de Canales (26), quien encontró que estar asegurado en Fuerzas Armadas y EsSalud (FFAA) se asociaba con una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento ($p < 0,05$). Esta consistencia destaca la relevancia de contar con un seguro de salud como un factor protector para la adherencia al tratamiento, sugiriendo que la cobertura de

salud puede proporcionar la estabilidad y el acceso necesario para que los pacientes sigan sus tratamientos de manera más efectiva

El tercer objetivo específico buscó evaluar la asociación entre las comorbilidades y la adherencia al tratamiento farmacológico, evidenciándose que los pacientes sin diabetes son menos adherentes en comparación con los que sí tenían diabetes. Estos hallazgos concuerdan Algabbani y Algabbani (13), quienes encontraron una relación significativa entre la existencia de comorbilidades y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión en Arabia Saudita ($p < 0,004$). Además, el estudio de Salazar (28) también identificó la existencia de comorbilidades como un factor relacionado con la adherencia al tratamiento. Palacios (29) concluyó que la coexistencia de otras enfermedades era un factor significativo asociado con la adherencia.

Según el marco teórico, la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial se ve influenciada por varios factores, siendo las comorbilidades un factor clave. La Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) recomienda iniciar el tratamiento en pacientes con hipertensión y comorbilidades como la enfermedad renal o un alto riesgo de enfermedad cardiovascular, lo que subraya la importancia de considerar las comorbilidades en la gestión de la hipertensión (6,7). La mayor adherencia observada en pacientes con diabetes en el presente estudio podría explicarse por la mayor concienciación y monitoreo que estos pacientes reciben debido a la gravedad y las complicaciones asociadas con ambas condiciones, lo que los motiva a adherirse más estrictamente al tratamiento. Además, la existencia de una condición crónica adicional como la diabetes podría aumentar la percepción de vulnerabilidad en estos pacientes,

lo que, según teorías del comportamiento de la salud, puede conducir a una mayor adherencia al tratamiento (7).

En este estudio, aunque no se halló una relación significativa entre el consumo de tabaco y la adherencia, la abstinencia de alcohol sí se asoció con una mayor adherencia. La relación entre el consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento es compleja, ya que el alcohol puede influir en la adherencia de varias maneras, incluyendo el deterioro de la capacidad de juicio, la falta de compromiso con el régimen terapéutico, o incluso interacciones farmacológicas negativas que pueden desmotivar al paciente. Girdhar et al. (22), quienes también encontraron que el consumo de sustancias nocivas, como el alcohol, estaba asociado con una menor adherencia al tratamiento.

VI. CONCLUSIONES

- Se encontraron características sociodemográficas, de acceso a la salud, comorbilidades y hábitos nocivos asociados a la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.
- Los pacientes mayores, especialmente aquellos de 60 años o más, tienen una mayor probabilidad de adherirse al tratamiento. Sin embargo, el nivel educativo y el sexo no mostraron una asociación estadísticamente significativa en el modelo multivariado.
- El acceso a la salud, particularmente tener seguro de salud y acceso a medicamentos para la hipertensión, está fuertemente asociado con una mayor adherencia al tratamiento. Los pacientes que cuentan con seguro de salud y aquellos que tienen acceso regular a medicamentos antihipertensivos son significativamente más propensos a adherirse al tratamiento.
- Los pacientes que no tienen un diagnóstico de diabetes tienden a mostrar una menor adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo que sugiere que la carga de múltiples enfermedades puede influir en la adherencia.
- No se encontró una asociación significativa entre el consumo de tabaco y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la abstinencia de consumo de alcohol sí está relacionada con una mayor adherencia.

VII. RECOMENDACIONES

- Los pacientes de 60 años o más y aquellos con diabetes muestran una mayor adherencia al tratamiento; sin embargo, requieren un seguimiento constante para asegurar que mantengan esta adherencia. Por lo que, se sugiere al personal de salud implementar visitas regulares y recordatorios de medicación para apoyar a estos pacientes en el manejo de su condición.
- Aunque no se encontró una relación significativa entre el consumo de tabaco y la adherencia al tratamiento, se sugiere al personal de salud continuar promoviendo la abstinencia de hábitos nocivos como el tabaco y el alcohol, que pueden impactar negativamente la salud general del paciente hipertenso.
- La presencia de un seguro de salud está claramente asociada con una mayor adherencia al tratamiento, por lo que se recomienda a las instituciones de salud pública que trabajen en ampliar la cobertura de seguros de salud, especialmente en áreas rurales y entre grupos socioeconómicamente vulnerables, para mejorar el acceso y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.
- Dado que la adherencia al tratamiento es menor en los grupos de edad más jóvenes, futuros estudios podrían investigar las razones detrás de esta baja adherencia y desarrollar intervenciones específicas que aborden estas barreras.
- Estudios futuros podrían evaluar causalidad con algún factor en especial para ver que podría estar pasando y el por qué no están que se adhieren al tratamiento.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hipertension - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>
2. Ji N, Chlapecka S, Lewin V. World Health Organization. 2023 [citado 27 de febrero de 2024]. p. 1-2 La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
3. Recalde Mello L, Argüello Batista V, Báez Morínigo PE, Benítez Florentín CD, Cubelli Alvarenga MJ, Jara Cabrera NM, et al. Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. 2023;10(1):11-9.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2022. Lima; 2023 may.
5. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071.

6. Islam M, Chaudhuri I, Islam MdS, Kamrujjaman Md. A Review on Hypertension: Practice and Diagnosis. *Journal of Biology and Life Science*. 2023;14(2):18.
7. Heidari B, Avenatti E, Nasir K. Pharmacotherapy for Essential Hypertension: A Brief Review. *Methodist Debakey Cardiovasc J*. 2022;18(5):5-16.
8. Lira C. EUMT. BURDEN OF HYPERTENSION AS A CARDIOVASCULAR RISK FACTOR. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015;26(2):156-63.
9. Myers LB, Midence K. Concepts and Issues in Adherence. En: *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. CRC Press; 2020. p. 1-24.
10. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. *Biomed Res Int*. 2015;1-13.
11. Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin JC, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:569-78.
12. De Geest S, Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003;2(4):323-323.
13. Algabbani FM, Algabbani AM. Treatment adherence among patients with hypertension: findings from a cross-sectional study. *Clin Hypertens*. 2020;26(1):18.

14. Bramley TJ, Nightengale BS, Frech-Tamas F, Gerbino PP. Relationship of Blood Pressure Control to Adherence With Antihypertensive Monotherapy in 13 Managed Care Organizations. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2006;12(3):239-45.
15. Chobanian A V., Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42(6):1206-52.
16. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. d 2012;380(9859):2224-60.
17. Moura A, Godoy S, Cesarino C, Mendes I. Factors determining non-adherence to hypertension treatment. *Enfermería Global* . 2016;43(1):27-41.
18. De Murga García G, Sujo M, Estévez M. Adherencia farmacológica en pacientes hipertenso. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020;36(1):1-13.
19. Morales Ortega CB, Lugo Rodríguez G, Aguilar-Rabito A, Samaniego Silva L, Maidana de Larroza GM. Adherencia a la medicación mediante el uso del teléfono en pacientes hipertensos crónicos. *Revista Con-Ciencia*. 2022;10(1):28-43.

20. Mendoza Jayo FE. Características sociodemográficas de pacientes hipertensos asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico según ENDES 2018. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020.
21. De la Cruz Tanta J. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial y grado de adherencia al tratamiento en hipertensos. [Trujillo]: Universidad César Vallejo; 2023.
22. Girdhar S, Chaudhary A, Bansal NR, Kaur P, Grewal A. Epidemiological correlates of adherence to anti-hypertensive treatment in primary health care setting of Ludhiana, Punjab. *Int J Community Med Public Health*. 2022;9(8):3214.
23. Pereira da Cruz AF, Ferreira Aquino A, De Almeida Vieira EM, Ferreira Severino KSA. Factors associated with adherence to pharmacological treatment by hypertensive patients. *Research, Society and Development*. 2021;10(9):e25210917916.
24. Montealegre L, Amador E, Pulido T, Cabrera C, Rivera A, Rebolledo R. Main factors that determine adherence to pharmacological treatment in hypertensive patients. *J Hypertens*. 2022;40(Suppl 1):e308.
25. Malih Radhi M, Mahmood Niazy S, Naser Abed S. Individual-related factors associated treatment adherence among hypertensive patients. *J Public Health Afr*. 2023; 14(6): 2466.

26. Canales Muzante G. Factores asociados a adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial: estudio poblacional peruano (ENDES 2018). [Lima]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020.
27. Chuquipusma E. Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital San José de Chincha (HSJCH) y en el Hospital Rezola Cañete (HRC) durante el periodo agosto - octubre del año 2019. [Ica]: Universidad Privada San Juan Bautista ; 2021.
28. Salazar S. Factores relacionados a las adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue-2022. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista ; 2023.
29. Palacios M. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Buenos Aires de Villa en el año 2023. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2023.
30. Gobierno del Perú. Datos abiertos . 2022 [citado 23 de febrero de 2024]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 - [Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI]. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022-instituto-nacional-de-estadistica-e>
31. Cuadros Del Carpio JA. Metodología de la investigación y desarrollo de tesis. 1.^a ed. Cuadros Del Carpio JA, editor. Vol. 1. Lima: Researchgate; 2022. 82 p.

32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Manual de la Entrevistadora. Lima; 2022.
33. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Ficha Técnica ENDES 2022. Lima; 2022.
34. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis. 1.^a ed. Sucari W, Quilca J, Aza P, editores. Metodología de la investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2022. 164 p.
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Presidencia del Consejo de Ministros, Dirección Nacional de Censos y Encuestas. Perú-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022. Lima; 2023.
36. Belmonte Serrano MÁ. Requisitos éticos en los proyectos de investigación. Otra oveja negra. Seminarios de la Fundacion Espanola de Reumatologia. 2010;11(1):7-13.
37. Schober P, Vetter TR. Logistic Regression in Medical Research. Anesth Analg. 2021;132(2):365-6.

IX. TABLAS

Tabla 1. Características de la población de estudio

	N ponderado	%	95% de intervalo de confianza		Coeficiente de variación
			Inferior	Superior	
Edad					
18-24 años	64	1,7%	1,3%	2,3%	,148
25-35 años	198	5,3%	4,3%	6,5%	,107
36-49 años	668	17,9%	15,7%	20,3%	,066
50-59 años	764	20,5%	17,9%	23,2%	,066
60-79 años	1642	43,9%	40,9%	47,0%	,035
≥ 80 años	402	10,8%	8,9%	12,9%	,095
Sexo					
Hombre	1389	37,2%	34,2%	40,2%	0,041
Mujer	2349	62,8%	59,8%	65,8%	0,024
Nivel educativo					
Inicial o menos	296	7,9%	6,5%	9,6%	0,097
Primaria	1 205	32,2%	29,6%	35,0%	0,043
Secundaria	1 262	33,8%	30,7%	37,0%	0,047
Superior	975	26,1%	23,4%	29,0%	0,054
Área de residencia					
Urbana	3 010	80,5%	79,2%	81,8%	0,008
Rural	728	19,5%	18,2%	20,8%	0,034
Índice de riqueza					
Los más pobres	688	18,4%	16,9%	20,1%	0,044
Pobre	703	18,8%	16,8%	21,0%	0,057
Medio	734	19,6%	17,3%	22,2%	0,064
Rico	776	20,8%	18,3%	23,4%	0,062
Más rico	837	22,4%	19,8%	25,2%	0,061

	N ponderado	% ponderado	95% de intervalo de confianza		Coefficiente de variación
			Inferior	Superior	
Tiene seguro de salud					
Sí	3 324	88,9%	86,8%	90,7%	0,011
No	414	11,1%	9,3%	13,2%	0,090
Compraron medicamentos para controlar su presión					
Sí	2 646	70,8%	68,1%	73,4%	0,019
No	1 092	29,2%	26,6%	31,9%	0,046
Diagnóstico de diabetes					
Si	764	20,4%	17,9%	23,2%	0,065
No	2 975	79,6%	76,8%	82,1%	0,017
Consumo de tabaco en los últimos 30 días					
Si	210	5,6%	4,4%	7,2%	0,126
No	3 528	94,4%	92,8%	95,6%	0,008
Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días					
Si	1 032	27,6%	24,9%	30,5%	0,052
No	2 706	72,4%	69,5%	75,1%	0,020
Adherencia al tratamiento					
Sí	2 254	60,3%	57,3%	63,3%	,025
No	1 484	39,7%	36,7%	42,7%	,038

Tabla 2. Asociación entre las características sociales y la adherencia al tratamiento farmacológico de la HTA según ENDES 2022

Características sociales	Adherencia al tratamiento		Valor p*
	Sí	No	
	N (%)	N (%)	
Edad			
18-24 años	15 (0,7%)	49 (0,6%)	<0,001
25-35 años	53 (2,3%)	145 (9,8%)	
36-49 años	311 (13,8%)	358 (24,1%)	
50-59 años	434 (19,2%)	330 (22,3%)	
60-79 años	1 130 (50,1%)	511 (2,2%)	
≥ 80 años	313 (13,9%)	90 (6,0%)	
Sexo			
Hombre	807 (35,8%)	582 (39,2%)	0,255
Mujer	1 447 (64,2%)	901 (60,8%)	
Nivel educativo			
Inicial o menos	196 (8,7%)	100 (6,7%)	0,041
Primaria	670 (29,7%)	535 (36,1%)	
Secundaria	747 (33,1%)	515 (34,7%)	
Superior	641 (28,4%)	334 (22,5%)	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida.

Tabla 3. Estimación de la asociación entre las características demográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico de la HTA según ENDES 2022

Características demográficas	Adherencia al tratamiento		Valor p*
	Sí	No	
	N (%)	N (%)	
Área de residencia			
Urbana	1 909 (84,7%)	1 100 (74,2%)	<0,001
Rural	345 (15,3%)	383 (25,8%)	
Riqueza			
Los más pobres	317 (14,1%)	371 (25%)	<0,001
Pobre	389 (17,3%)	313 (21,1%)	
Medio	429 (19%)	305 (20,5%)	
Rico	498 (22,1%)	278 (18,7%)	
Más rico	620 (27,5%)	217 (14,6%)	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida.

Tabla 4. Estimación de la asociación entre el acceso la salud y la adherencia al tratamiento farmacológico de la HTA según ENDES, 2022

Acceso a la salud	Adherencia al tratamiento		Valor p*
	Sí	No	
	N (%)	N (%)	
Acceso a seguro de salud			
Tiene seguro de salud	2 065 (91,6%)	1 259 (84,9%)	0,001
No tiene seguro de salud	190 (8,4%)	224 (15,1%)	
Acceso a medicamentos para la HTA			
Si cuenta con medicamentos	2 254 (100%)	392 (26,4%)	<0,001
No cuenta con medicamentos	0 (0%)	1 092 (73,6%)	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida.

Tabla 5. Estimación de la asociación entre las comorbilidades y la adherencia al tratamiento de la HTA según ENDES, 2022

Comorbilidades	Adherencia al tratamiento		Valor p*
	Sí	No	
	N (%)	N (%)	
Diagnóstico de diabetes			
Si	626 (27,7%)	138 (9,3%)	<0,001
No	1628 (72,3%)	1345 (90,7%)	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida.

Tabla 6. Estimación de la asociación entre los hábitos nocivos y la adherencia al tratamiento de HTA según ENDES, 2022

Hábitos nocivos	Adherencia al tratamiento		Valor p*
	Sí	No	
	N (%)	N (%)	
Consumo de tabaco en los últimos 30 días			
Si	113 (5%)	97 (6,6%)	0,266
No	2 441 (95%)	1 386 (93,4%)	
Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días			
Si	590 (26,2%)	442 (29,8%)	0,222
No	1664 (73,8%)	1042 (70,2%)	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida.

Tabla 7. Factores asociados a la adherencia a tratamiento de HTA según ENDES, 2022

Variab les	RPc	IC 95%	Valor p	RPa	IC 95%	Valor p
Edad						
18-24 años	Ref.			Ref.		
25-35 años	1,26	0,81-1,96	0,303	1,25	0,80-1,95	0,328
36-49 años	1,98	1,31-3,00	0,001	1,94	1,28-2,94	0,002
50-59 años	2,59	1,72-3,89	<0,001	2,46	1,63-3,72	<0,001
60-79 años	3,16	2,11-4,72	<0,001	2,90	1,93-4,37	<0,001
≥ 80 años	3,51	2,33-5,28	<0,001	3,37	2,22-5,10	<0,001
Sexo						
Hombre	Ref.			Ref.		
Mujer	1,09	1,02-1,18	0,017	1,09	1,02-1,18	0,012
Nivel educativo						
Inicial o menos	Ref.			Ref.		
Primaria	0,90	0,80-1,02	0,090	0,98	0,87-1,11	0,734
Secundaria	0,81	0,72-0,92	0,001	1,04	0,91-1,19	0,583
Superior	0,93	0,82-1,05	0,251	1,10	0,95-1,27	0,195
Área de residencia						
Urbana	Ref.			Ref.		
Rural	0,81	0,75-0,88	<0,001	0,98	0,87-1,10	0,765
Índice de riqueza						
Los más pobres	Ref.			Ref.		
Pobre	1,18	1,05-1,32	0,004	1,18	1,04-1,33	0,010
Medio	1,25	1,11-1,40	<0,001	1,17	1,01-1,36	0,040
Rico	1,38	1,23-1,54	<0,001	1,25	1,07-1,45	0,005
Más rico	1,60	1,45-1,78	<0,001	1,35	1,16-1,58	<0,001
Acceso a seguro de salud						
Tiene seguro de salud	Ref.			Ref.		
No tiene seguro de salud	0,78	0,67-0,90	0,001	0,83	0,72-0,96	0,009
Diagnóstico de diabetes						
Si	Ref.			Ref.		
No	0,68	0,62-0,72	<0,001	0,78	0,73-0,83	<0,001
Consumo de tabaco en los últimos 30 días						
Si	Ref.			Ref.		
No	1,44	1,19-1,75	<0,001	1,19	0,98-1,44	0,077
Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días						
Si	Ref.			Ref.		
No	1,44	1,19-1,75	<0,001	1,10	1,01-1,20	0,024

RPc: Razón de prevalencia cruda; IC 95: 95% intervalo de confianza; RPa: razón de prevalencia ajustada.

ANEXOS

ANEXO 1: DICCIONARIO DE VARIABLES DE LA BASE DE DATOS DE LA ENDES

Módulo	Sub-módulo	Cuestionario	Código de la variable	Variable	Pregunta	Respuesta
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS102	Hipertensión arterial	102. ¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado de hipertensión arterial? (35).	1.Sí 2.No
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS106	Adherencia al tratamiento	106. ¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico? (35).	1.Sí 2.No
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS104	Acceso a medicamentos antihipertensivos	104. ¿En los últimos 12 meses, es decir, desde del año pasado hasta de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presión arterial? (35).	1.Sí 2.No
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS109	Diabetes	109. ¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado diabetes o "azúcar alta" en la sangre? (35).	1.Sí 2.No

1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS202	Hábito de fumar	201. ¿ En los últimos 30 días ha fumado cigarrillos? (35).	1.Sí 2.No
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS210	Consumo de alcohol	210. ¿En los últimos 30 días ha consumido alguna bebida alcohólica? (35).	1.Sí 2.No
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS23	Edad	23. ¿Cuántos años cumplidos tiene? (35).	Años
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QSSEXO	Sexo	36.Sexo de la persona seleccionada (35).	1.Hombre 2.Mujer
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS25N	Nivel educativo	25N. ¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó? (35).	0.Inicial / preescolar 1.Primaria 2.Secundaria 3.Superior no universitario 4.Superior universitario 5.Postgrado
1640	CSALUD01	Cuestionario de Salud	QS26	Tener seguro de salud	26. ¿Tiene usted seguro de salud? (35).	1.Sí 2.No
1629	RECH0	Cuestionario del Hogar	HV025	Área de residencia	25.Identificación del área (35).	1.Urbano 2.Rural
1630	RECH23	Cuestionario del Hogar-Vivienda	HV270	Índice de riqueza	130. Índice de riqueza (35).	1. El más pobre 2. Pobre 3. Medio 4. Rico 5.Más rico

ANEXO 2. FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE DATOS

