



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VIRRECTORADO DE INVESTIGACION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO
Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO 2018”**

PRESENTADO POR:

YADIRA XIOMARA LAQUI QUISPE

ASESORA

MAGISTER JULIA CORNEJO BARAYBAR

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA

MOQUEGUA – PERU

2020

INDICE DE CONTENIDO

Página De Jurado.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice De Contenido.....	iv
Índice De Tablas.....	v
Índice De Gráficos.....	vi
Resumen	1
Abstract	2
Introducción.....	3
Capítulo I: El Problema de la investigación.....	6
1.1 Definición del Problema.....	6
1.2 Objetivos de la Investigación.....	6
1.3 Cuadro Operacionalización de Variables.....	7
1.4 Hipótesis de la Investigación.....	8
Capítulo II: El Marco Teórico.....	9
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	9
2.2 Bases Teóricas.....	11
2.3 Marco Conceptual.....	30
Capítulo III: Método.....	32
3.1 Tipo de Investigación.....	32
3.2 Diseño de Investigación.....	32
3.3 Población y Muestra.....	32
3.4 Técnicas e Instrumentos De Recolección De Datos.....	33
3.5 Técnicas De Procesamiento y Análisis de Datos.....	36
Capítulo IV: Presentación y Análisis de resultados.....	38
4.1 Presentación de Resultados.....	38
4.2 Contrastación de Hipótesis.....	49
4.3 Discusión de Resultados.....	51
Referencias Bibliográficas.....	57
Anexos.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.....	PÁG. 39
TABLA 2.....	PÁG. 41
TABLA 3.....	PÁG. 43
TABLA 4.....	PÁG. 45
TABLA 5.....	PÁG. 47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	PÁG. 40
GRÁFICO 2.....	PÁG. 42
GRÁFICO 3.....	PÁG. 44
GRÁFICO 4.....	PÁG. 46
GRÁFICO 5.....	PÁG. 48

RESUMEN

A nivel mundial la enfermedad de la hipertensión arterial sigue siendo un problema de salud pública, que va ir afectando negativamente e incrementando los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades relacionadas al corazón, y las enfermedades renales, y por ende conllevará a una mayor incidencia en la mortalidad general. El objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo II-1.

Es un estudio correlacional, prospectivo de tipo transversal, para la ejecución se utilizó dos instrumentos. Un instrumento sobre los factores relacionados cuya confiabilidad de Alfa de Combrach fue un 0,85. Y otro instrumento que mide la adherencia al tratamiento cuya confiabilidad de alfa de Combrach fue de 0,61.

La población de estudio estuvo conformada por 100 pacientes con el diagnóstico de hipertensión, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Según los resultados dentro de los factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo el 92% de pacientes no son adherentes, y el 8% de pacientes son adherentes. En cuanto a los factores relacionados al tratamiento están asociados significativamente a la adherencia al tratamiento, en donde el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento el 93.6% no es adherente y solo el 6.4% es adherente (0.018). Las dimensiones que no se adhieren son los factores socioeconómicos, factores relacionados al sistema de salud, y los factores relacionados al paciente.

PALABRAS CLAVES: Factores, adherencia al tratamiento antihipertensivo, paciente adulto y adulto mayor con diagnóstico hipertensivo.

ABSTRACT

Worldwide, Arterial Hypertension disease continues to be a Public Health problem, which will adversely affect and increase strokes, heart-related diseases, and kidney diseases, and therefore will lead to a higher incidence in mortality. general. The objective of this study was to determine the factors associated with the adherence of antihypertensive treatment in the adult and elderly patient of the Ilo II-1 Hospital.

It is a cross-sectional, prospective, cross-sectional study. Two instruments were used for the execution.

An instrument on related factors whose reliability of Combrach Alpha was 0.85. And another instrument that measures adherence to treatment whose reliability of Combrach alpha was 0.61. The study population consisted of 100 patients with the diagnosis of hypertension, taking into account the inclusion and exclusion criteria.

According to the results within the factors related to adherence to antihypertensive treatment, 92% of patients are not adherent, and 8% of patients are adherent. As for the factors related to treatment, they are significantly associated with adherence to treatment (0.018). The dimensions that do not adhere are socioeconomic factors, factors related to the health system, and factors related to the patient.

KEY WORDS: Factors, adherence to antihypertensive treatment, adult and elderly patient with hypertensive diagnosis.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo las enfermedades cardiovasculares han incrementado por la falta de ayuda médica y apoyo, la cual predice que serán una de las causas más importantes de discapacidad y defunción para el año 2020. Según la Organización Mundial de Salud (OMS) propone que se pueda prevenir los factores de riesgo cardiovasculares de la hipertensión arterial (HTA) en la edad adulta, pero que va a depender también de las conductas aprendidas que se vivieron en la juventud por lo que se debe llevar a cabo mayores esfuerzos y medios en el cual la salud en esta época de la vida pueda prevenir y actuar frente otras enfermedades que puedan complicarse (1).

Seguir un tratamiento antihipertensivo correctamente ha sido un trabajo arduo por lo tanto la Organización mundial de la salud (OMS), lo ha catalogado como un problema serio de salud pública y dispone realizar intervenciones para eliminar o descartar todos los obstáculos de la adhesión terapéutica y de esa manera cambiar un elemento crucial que esté afectando indirectamente o directamente a la misma población y tener una perspectiva multidisciplinar (2).

Las enfermedades cardiovasculares tienen como factor principal la hipertensión no controlada. Afectando a más de mil personas en el mundo cada año, provocando accidentes cerebrovasculares (ACV) e infartos de miocardio (3). El incumplimiento de la adherencia al tratamiento en enfermedades no trasmisibles es un problema universal que afecta la salud del paciente, con un resultado negativo en cuanto al gasto sanitario (4).

Los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial solicitan de un cuidado holístico - humanístico abarcando desde antes que se enferme el individuo hasta el mismo manejo del proceso de salud – enfermedad, es decir teniendo un plan para llegar a un tratamiento temprano y también oportuno; de esa manera se evitará que aparezca complicaciones extremas en salud, siendo necesario un seguimiento consecutivo y persistente en el tratamiento, en los mecanismos que interfieran en la adhesión terapéutica (5).

La palabra no adhesión significa un deterioro continuo de la misma enfermedad, así mismo en disminución de la calidad de vida, el incremento excesivo de la morbimortalidad debido a las consecuencias de un mal tratamiento (2). Los países subdesarrollados son deficientes a la hora de la adhesión terapéutica por las mismas inequidades existentes como la escasez de recursos sanitarios y la dificultad en el acceso de la atención de salud (6).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2018) en el Perú, la prevalencia de la hipertensión arterial, estuvo en aumento en los últimos cuatro años, sobre todo en personas del sexo masculino; considerando reportes de los propios pacientes. En el año 2017 se determinó que hubo un 18.6 % de la población que sufría de hipertensión, cifra que se elevó hasta el 20.1% durante el año 2018 (7). Mientras sea mayor la presión arterial, hay más riesgo sufrir problemas cardiovasculares; por el contrario si existen diferentes propuestas sobre adhesión terapéutica que conlleven a disminuir la presión arterial, se evitará complicaciones sobre los riesgos cardiovasculares (8). Entre diversos factores que intervienen a la adherencia de la misma enfermedad, se obtienen los siguientes: apoyo al programa de control, recursos direccionados a la asistencia al programa, práctica de la actividad física, disposición a la adquisición de medicamentos, diversos accesos para una búsqueda directa al organismo de salud, acceso de acciones destinadas a la promoción y prevención de la comunidad (9).

Es de suma importancia que la población con diagnóstico de hipertensión tenga conocimiento sobre la relevancia de esta patología como factor de riesgo, así como el control de las cifras, los factores que se asocian ya que la mayoría de ellos no se detectan ni reconocen a tiempo, sobre todo en sus primeros inicios y la aportación de los beneficios del tratamiento para una mejoría en cuanto a la calidad de vida. Por lo cual, es base primordial la realización de proyectos sobre educación sanitaria en todos los niveles de atención (10).

A nivel regional y local no existe trabajos de investigación sobre las variables de estudio pero se visualiza en la práctica, que la mayoría de los pacientes no logran controlar la hipertensión, no asisten a sus controles regularmente, tienen un

tratamiento farmacológico muy irregular, asistiendo a sus controles solo cuando presentan síntomas o complicaciones, por lo descrito anteriormente se plantea la siguiente investigación titulada: FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo II-1 2018?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo II-1 2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo II-1 2018
- Conocer los factores relacionados al sistema de salud asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo II-1 2018
- Identificar los factores relacionados al tratamiento asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo II-1 2018
- Evaluar los factores relacionados al paciente asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo II-1 2018

1.3 CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

V.I	DIMENSION	INDICADOR	SUB-INDICADOR	UNID. MEDIDA	ESCALA
Factores asociados a la adherencia	Factores socio-económicos	Disponibilidad económica para cubrir necesidades básicas.	Ventaja para la adherencia al tratamiento 10-12 puntos	Ventaja para la adherencia al tratamiento. 38-48puntos Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. 29-37puntos No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. 0-28 puntos	Ordinal
		Disponibilidad económica para el traslado.			
		Dificultad para el cambio de dieta.	Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. 8-9 puntos		
		Disponibilidad económica para los medicamentos.	No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. 0-7 puntos		
		Apoyo familiar o de otras personas.			
		Capacidad para la lectura			
	Factores relacionados al sistema de salud	Recibe respuestas a inquietudes y dificultades.	Ventaja para la adherencia al tratamiento 13-16 puntos		
		El médico sabe que cumple el tratamiento.			
		Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos.			
		Recibe información sobre la organización de la toma de medicamentos.	Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. 10-12 puntos		
		El personal de salud lo entiende.	No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. 0-9 puntos		
		Recibe información en forma clara y sencilla.			
		Recibe información sobre los resultados del tratamiento en su salud.			
		El médico comparte la esperanza en la mejoría.			
	Factores relacionados al tratamiento	Dificultades para continuar el tratamiento.	Ventaja para la adherencia al tratamiento 10-12 puntos		
		Cumple las citas programadas.	Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. 8-9 puntos		
		Dificultades para entender el tratamiento.			
		Suspende el tratamiento.	No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. 0-7 puntos		
		Presenta Dificultades para cumplir el tratamiento.			
		Existen hábitos difíciles de cambiar.			
	Factores relacionados al pcte	Certeza de que el tratamiento es beneficioso.	Ventaja para la adherencia al tratamiento 7-8 puntos		
		Interés por conocer sobre su salud.	Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. 6 puntos		
		Percepción de la importancia de seguir el tratamiento.	No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. 0-5 puntos		
		Responsabilidad en la salud.			

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
Adherencia al tratamiento	Adherente	Paciente que acepta y cumple las indicaciones del tratamiento médico.	4 puntos	Ordinal
	No adherente	Paciente que no acepta y no cumple las indicaciones del tratamiento médico.	0-3 Puntos	

1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLE	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	Edad del paciente	30-59 60 a mas	Ordinal
	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
	Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Nominal
	Ocupación	Dependiente Independiente No trabaja	Nominal
	Estado civil	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado	Nominal

Dada la presencia de algunos condicionantes como los factores socioeconómicos; factores relacionados al sistema de salud, factores relacionados al tratamiento y al paciente; probablemente exista una asociación entre estos factores y el grado de adherencia al tratamiento del paciente antihipertensivo.

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Rosero, G. (2018), realizó el trabajo de investigación titulado: Grados de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular asociados en pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas período de Enero a Febrero en Quito, concluye que existe una buena adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo (85%), pese a que dos terceras partes de los pacientes tienen hipertensión no controlada (11).

Rivero, O. et al (2018), en donde efectuó el trabajo de investigación: Hipertensión Arterial: Prevalencia y factores de riesgo en la población de un consultorio de Morón, se concluye que los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia fueron la ingestión de sal, el consumo de café y la adicción al tabaco (12).

Rueda J. (2018), realizó el trabajo de investigación titulado: Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa- Piura entre el período Enero- Marzo, se concluye que el 52.5% de los pacientes mantiene sus niveles de presión arterial controlado y el 53.3% de los pacientes es adherente al tratamiento farmacológico (13).

Barra S. (2018), realizó el trabajo de investigación titulado: Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la costa de Perú-Lima, se concluye que los pacientes con diabetes según estudios tienen baja adherencia al tratamiento (27,8%) (14).

Muñoz, C. et al. (2017), realizó el trabajo de investigación titulado: Factores que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico - Colombia, concluye que el 78,2% de pacientes encuestados que tienen riesgo de no generar comportamientos de adherencia, entre los principales factores se encontraron los factores económicos y la capacidad de realizar cambios positivos en sus hábitos. En cuanto a los factores favorables fueron: Factor paciente y factor equipo de salud, los cuales pueden ser útiles en el momento de tener un programa de hipertensión que contribuya y genere comportamientos óptimos en los pacientes, pudiendo enlazar al tratamiento (15).

Jaramillo S. (2017), realizó el estudio de investigación titulado: Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos - Ecuador, se resuelve que dentro de los factores que no permiten la adherencia, el factor relacionado con la terapia sería 49,06%, en los grados de riesgo los pacientes presentaron riesgo medio de desarrollar no adherencia en un 42,45%. Dentro de estos pacientes hay un porcentaje elevado de no adherencia al tratamiento, el factor relacionado con el tratamiento son las costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar (16).

Acosta, A. et al. (2017), realizó el estudio de investigación titulado: Factores socioeconómicos relacionados a la adherencia terapéutica de diabetes tipo 2 en pacientes entre 25-64 años en dos unidades de servicios de la subred norte E.S.E de Bogota D.(Bolivia), se concluye que del total de la población, el 57% no tiene adherencia farmacológica mientras que el 43% si la tiene, y el 94% tuvo adherencia no farmacológica, y el 6% no es adherente. Dentro de las variables estudiadas del factor socioeconómico ninguna tuvo una relación significativa con la adherencia terapéutica de la diabetes tipo 2 (17).

De Andres M. (2017), realizó el estudio de investigación titulado: Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias- Barcelona (España), se concluye que 216 pacientes, solo el 69.4% (150 pacientes)

demonstró adherencia al tratamiento con asistencia regular, determinaron que los factores del paciente son los responsables de no tener una adherencia al tratamiento (18).

Pabón V. (2016), realizó el estudio de investigación titulado: Factores que influyen en la adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares- Colombia, se concluye que un 38% del factor socioeconómico influye en la adherencia al tratamiento. El 56% está siempre afectado por el factor relacionado con el proveedor de salud, al 50% de factor de la enfermedad no le dificulta la realización de las actividades de la vida diaria incluyendo su desplazamiento a las citas. El 43% está en la categoría de no tener riesgo de no adherirse a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y solo un 14% estaría en riesgo de no adherirse (19).

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 DEFINICION DE PRESIÓN ARTERIAL

Se define a la presión arterial como la fuerza que proyecta la sangre hacia la pared de las arterias. Y esta fuerza va permitir que la sangre este circulando por los vasos sanguíneos, proporcionando oxígeno, micronutrientes, y entre otros beneficios a los diversos órganos para su respectiva función adecuada (20).

2.2.2 DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN

Significa cuando la presión arterial es más elevada de lo normal (mayor a 130/90mmhg), asimismo el organismo va a hacer un sobre esfuerzo en sus respectivas funciones. Un corto o medio plazo de la enfermedad va generando un deterioro consecutivo que va dañando todos los órganos blancos, los cuales son: El cerebro, el corazón, los riñones, los ojos y los vasos sanguíneos; daña sin presentar un síntoma en la persona, por ello se le cataloga como daño orgánico asintomático.

En el año 2017, se actualizaron las guías de hipertensión arterial de ACC/AHA (COLEGIO AMERICANO DE CARDIOLOGÍA Y ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN) donde la hipertensión arterial: Presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual 130 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, según estudios demostraron que a partir de estas cifras, los pacientes necesariamente deben adoptar medidas preventivas y farmacológicas para evitar más adelante complicaciones cardiovasculares (21).

2.2.3 PREVALENCIA DE LA HIPERTENSION

La situación actual sobre la hipertensión arterial en Perú en el año 2017, fue de 13.6 %, mientras que en 2018 se realizó la medición de la presión arterial en la población, la cual ascendió a 14.8% (7). Se ha determinado en un estudio de cuatro países de Sudamérica: Brasil, Colombia, Argentina y Chile que el 57% de la población adulta tiene hipertensión arterial no controlada y solo el 18.8 % tiene una hipertensión arterial normal (22).

La prevalencia de hipertensión en regiones, se llega a concluir que en el año 2018 los indicadores más elevados fueron en Lima (24%), Tumbes (23.8%), Ica (23.3%), Callao (23.1%), Loreto (22.9%), y Piura (22%) (23).

2.2.4 FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

No existe una realidad concreta sobre la etiología de la hipertensión arterial, sin embargo se ha podido identificar que la mayoría de personas modifican sus hábitos alimenticios: como el excesivo consumo de sal en la dieta, el incremento de distintas grasas generando colesterol malo (HDL) en el cuerpo, que provocará una aterosclerosis, situaciones patológicas - crónicas (la diabetes mellitus, trastorno hormonal y problema renal), poca actividad física diaria, antecedentes familiares, la vejez (aumento de riesgo de padecerla), la raza y/o color de piel, el sobrepeso - obesidad, consumo excesivo de tabaco o alcohol, algunos medicamentos anticonceptivos y problemas como (estrés, soledad); últimos estudios determinan que los problemas psicológicos o emocionales con llevan a esta enfermedad (24).

Existe un riesgo cardiovascular frente a la presión arterial, esto radica frecuentemente en la población de edad avanzada. Según algunos estudios epidemiológicos y prospectivos se ha podido corroborar que la presión arterial elevada con lleva a un riesgo cardiovascular, y que la única medida preventiva es el manejo de la toma de presión regularmente y con ello se evitará graves complicaciones e incluso la muerte (25).

2.2.5 SÍNTOMAS DE LA HIPERTENSIÓN

Los siguientes síntomas en algunas personas son: Un ligero mareo, una sensación de dolor de cabeza, palpitaciones, zumbido de oídos, entre otros; sin embargo estas molestias se presentan también por otras causas y no necesariamente se deben a la hipertensión (26), Asimismo la gran mayoría de veces la hipertensión arterial no presenta ninguna molestia, llamándolo así asintomático. Por tal circunstancia la hipertensión ha sido denominada “un silencioso asesino”. Muchas veces cuando se siente un síntoma, la enfermedad está en una fase avanzada y surgen las complicaciones que muchas veces son irremediables de curar, de tal manera tener que brindar al paciente una buena calidad de vida (27).

2.2.6 DIAGNÓSTICO

Ante la presencia de un caso sospechoso, durante la consulta médica se recomienda: Realizar mínimo dos tomas de presión arterial con un tiempo mínimo de reposo de 2 minutos, idealmente con el paciente sentado y correlacionado en los dos brazos. No se recomienda la toma de presión arterial de pie de rutina excepto si se sospecha hipotensión (una presión arterial menor de 90/60mmhg) o estenosis aórtica (cuando la sangre es incapaz de circular con normalidad desde el ventrículo izquierdo hasta la aorta, ya sea por la estrechez de la válvula). Si hay dudas del diagnóstico o una presión arterial en el límite superior se recomienda recurrir a métodos diferentes entre los que destacan:

MAPA: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial

AMPA: La medida de la presión arterial

Afinamiento de la presión arterial: Consiste en un método sencillo de monitorizar las cifras tensionales de un caso sospechoso, se deben realizar mínimo 5 tomas seriadas de presión arterial, tomada por personal calificado y aplicando las condiciones mínimas para una adecuada medición de presión arterial.

Existen las siguientes condiciones mínimas de la toma de la presión arterial:

- Estado físico-emocional del paciente.
- Condiciones del estado sobre el equipo o aparato.
- Manguito.
- Toma de la medida.
- Destreza o técnica.
- Medidas.

Una buena toma de presión arterial muchas veces, con las pautas correspondientes y óptimas ayuda a un minucioso diagnóstico verídico y así actuar de manera correcta, evitando futuras complicaciones de la misma enfermedad.

A) Evaluación de la hipertensión arterial.

Cuando se detecta a un paciente con hipertensión arterial, corresponde evaluar que tipo de clase es, siendo de etiología primaria o secundaria, si hay algún daño específico en los órganos blancos o existencia de algún factor determinante de riesgo, por ende cada referencia dada por el paciente debe quedar registrada en su historia clínica.

B) Historia clínica.

Correspondiente al examen físico y la anamnesis es dirigido a las personas con diagnóstico de hipertensión, descubriendo factores de riesgo como las causas presentes en el paciente:

- Antecedentes familiares con riesgo de sufrir hipertensión, enfermedades cardiovasculares, la gota, la diabetes mellitus, y la hiperlipidemia.
- Síntomas relacionados a las enfermedades cardiovasculares.
- Tiempo de la hipertensión arterial.
- Antecedentes sobre obesidad, tabaquismo y deporte físico.
- Antecedentes sobre los medicamentos antes ingeridos en la persona.
- Efectos adversos o contraindicaciones bajo el tratamiento farmacológico.
- Valoración alimenticia de algún antecedente no permitido en la dieta del hipertenso.
- Problemas o factores psicosociales como el desempleo, nivel académico, situación actual de la familia, factor económico, etc (28).

2.2.7 COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

La variedad de complicaciones que tiende a sufrir las personas con hipertensión, son principalmente por la misma resistencia periférica y el aumento del trabajo cardíaco, del cual el vaso sanguíneo tiende a agrandarse, y luego no aporta la cantidad requerida del mismo organismo, originando más adelante una insuficiencia cardíaca crónica (ICC). Se estima que aproximadamente el 50% de los pacientes hipertensos fallecen por enfermedades cardíacas: Angina de pecho, arritmia cardíaca, infarto de miocardio, porcentualmente 33% son ataques cerebro vasculares, el 10% al 15% por complicaciones y fallas renales, mientras más sea la fuerza o resistencia de la presión sanguínea con más facilidad se incrementarán y desarrollarán la misma enfermedades cardiovascular.

La responsabilidad de la hipertensión conlleva a ataques cardíacos e infartos de miocardio como la muerte más usual de esta enfermedad. Usualmente las complicaciones cardiovasculares tienden a ser por llamadas “hipertensas” o “ateroesclerótica”, donde la primera puede ser controlada y prevenida evitando el incremento de la presión sanguínea, evitando dichos sucesos mortales.

A. Complicación renal:

Una de las complicaciones de la hipertensión esencial o primaria es la disfunción renal, que es provocado por el mecanismo inicial del riñón que retiene sal y agua. Entonces cuando existe la hipertensión esencial se inducirá a una nefroesclerosis (endurecimiento renal), es decir que el riñón ya no trabajará adecuadamente a nivel fisiológico, tanto que el nivel de creatinina plasmática empezará a elevarse y a generar insuficiencia renal con la uremia, en la cual se podría hablar sobre una etapa final de la enfermedad renal crónica, frecuentemente dada en personas de color. En este contexto, se genera un círculo dañino para la actividad renal.

B. Complicación cerebral:

Un factor de riesgo de la hipertensión es la presión sistólica elevada, frecuentemente va iniciar con ataques iniciales por isquemias transitorias dadas por la aterosclerosis extracraneal. Usualmente se aumenta la presión sanguínea sobre la fase aguda de un ataque, tener una adecuada precaución con el tratamiento para atenuarla sobre el período crucial.

C. Complicación cardíaca:

Alrededor del 30% de la población latinoamericana, sufre de mortalidad cardiovascular y de factores de riesgo como es el tabaquismo. Existe un 17% de los casos representativos de riesgo y la hipercolesterolemia (29).

D. Complicación oftálmica

Aparece cuando hay un aumento de la tensión arterial sistémica sostenida de 200mmhg de sistólica con 100mmhg de diastólica, provoca una dilatación vascular en estadios iniciales, debido al aumento en el gradiente de presión que se envía hacia la porción intraluminal del vaso es decir, liberar un chorro de agua hacia un vaso pequeño de poco calibre, y si tiene paredes elásticas, lo que provocaría es que el vaso trate de adaptarse a la cantidad de volumen que le llega, por lo tanto se va a abrir. Las paredes del vaso poseen ciertos factores de crecimiento que a su vez esta cantidad de volumen provoca lesión liberando estos factores, alteración de la rigidez de las paredes, lo que llevaría una serie de cambios tanto las paredes retinianas y los vasos coroideos (microinfartos).

2.2.8 HIPERTENSIÓN Y ENFERMEDADES POTENCIALMENTE MORTALES

Cuando se ignora una enfermedad o se le desconoce en sí, suele ser arriesgado y muy peligroso para la salud de la persona. Mientras la presión arterial sea elevada más probabilidad de sufrir riesgo para los vasos sanguíneos, los riñones, el cerebro y el corazón, llamado Riesgo Cardiovascular.

En personas con hipertensión leve, y con factores de riesgo: Dieta hipersódica y exceso de lípidos, nivel socioeconómico bajo, factor genético, el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, la diabetes, y la hipercolesterolemia aumenta la probabilidad de riesgo. El aumento de la vulnerabilidad por los episodios cardiovasculares provocado por no controlarse, la hipertensión se debe a la falta de acceso a los medicamentos y a los servicios de salud. Controlar la hipertensión arterial significa controlar las complicaciones que se pudieran suscitar de la misma enfermedad, las más importantes son: La enfermedad renal crónica, la enfermedad cerebro-vascular (ACV), y la enfermedad coronaria que suelen ser las más graves y mortales (30).

2.2.9 DEFINICION DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA

Definiéndola asimismo la Organización Mundial de la Salud (OMS), toma como concepto que la adherencia al tratamiento es el cumplimiento del mismo, en otras palabras que al ingresar al programa de enfermedades transmisibles, el paciente debe tomar correctamente la dosis prescrita, por un periodo de tiempo de acuerdo a su médico tratante (2). La palabra adherencia es un problema común en estos últimos años, se ha visto que los 20-50 % pacientes no cumplen con el tratamiento pero también varía según la patología diagnosticada (31). Además, esta definición responsabiliza a los profesionales sanitarios de la creación de un contexto, donde el paciente comprenda de manera responsable sobre su situación actual de salud y las complicaciones que se pueden dar si se deja su tratamiento, facilitando así la toma de decisiones compartidas entre el personal sanitario y el paciente, lo que beneficia y mejora la efectividad (32).

Se ha podido identificar que los profesionales del sector salud no logran detectar la causa concreta de porque no hay adherencia, y es debido a los diversos factores que influyen en la conducta de los pacientes, pese así que la no adherencia es una práctica común. La OMS propone que como necesidad continua exista una medición y evaluación sobre la adherencia terapéutica, de tal manera permitir que la planificación de los tratamientos sean de calidad, eficientes y seguros (33).

De acuerdo a los resultados obtenidos, su causa principal sería la falta de adherencia terapéutica, es decir el incumplimiento de las indicaciones referidas por parte de su médico tratante. Coexisten dichas conductas sobre la adherencia y el mantenimiento de las costumbres saludables como el estilo de vida óptimo, la modificación de causas que contribuyan a un factor eminente para su progresión patológica, ayuda en la obtención de conocimiento, también desarrollar habilidades y destrezas para salvaguardar sucesos que eviten el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Hay una gran variedad de comportamientos de la adherencia terapéutica de las cuales son: crear y adaptarse a técnicas que ayuden a recordar la toma de medicamentos, los efectos que pudiesen causar dichas pastillas prescritas, cumplir las citas programadas por el médico, indagar y entender la

información buscada referente a la patología y a su tratamiento, satisfacer sus dudas y molestias con el médico, habituarse a realizar ejercicios aeróbicos y de regular intensidad, consumir alimentos saludables, practicar y manejar los estados emocionales que generen la elevación de la tensión arterial, eliminar el consumo de cigarrillos, y disminuir o erradicar el consumo de alcohol, investigar programas o personas de apoyo social, entre otras conductas saludables. El mismo tratamiento tiene como fin evitar el desarrollo de la patología, sus consecuencias agudas y crónicas, así mismo reducir la morbi-mortalidad (33).

2.2.10 OTRAS DEFINICIONES DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

Según otros autores como Gil y Colaboradores, quienes conceptualizan que la adherencia se encuentran en un estado de concomitancia entre las orientaciones medico-sanitarias, tratando de no limitarse a las indicaciones dadas por el doctor, se incluirá a la participación de programas de salud, que asistan a sus citas programadas, la mejora de sus cuidados y el cambio de buenos hábitos saludables de la persona. Por su parte, Nogués y colaboradores corroboran lo siguiente: “La palabra adherencia implica cumplir en la toma de medicamentos (sea la cantidad y la forma de su administración) y el tiempo que llevará el tratamiento prescrito”. Propuesta dada por Haynes, define a la adherencia como el nivel de conducta de un paciente, relacionado a su régimen alimenticio saludable, la toma correcta de medicamentos, y a las mismas instrucciones brindadas por el especialista o el personal de salud para su efectivo cumplimiento (34). Dichos autores conceptualizan a la adherencia del tratamiento como la ingesta continua de acuerdo a las especificaciones médicas propuestas por su médico tratante. Los términos relacionados a la adherencia son: Cumplimiento ya que identifica el porcentaje de la conducta del paciente si es que sigue las instrucciones dadas, adherencia que significa la toma de medicación y la persistencia, es el tiempo de duración que sigue el tratamiento desde la primera instancia con el médico hasta el final (35).

En la adherencia proporciona 3 mecanismos definidos:

- 1) Frente a una recomendación médica, el paciente acepta y decide iniciar el tratamiento.

2) El cumplimiento de la medicación prescrita para su mejoría (constancia del paciente como se le indico).

3) La constancia del individuo (el tiempo que el paciente sigue el tratamiento prescrito) (36).

2.2.11 IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Viene a formar un rol principal en la adherencia de los pacientes con dichas enfermedades crónicas para prevenir o detener la enfermedad, consiguiendo una mejor calidad de vida, evitando las complicaciones que pudieran suscitarse. El objetivo de la adherencia terapéutica es muy importante ya sea para el mismo paciente como para el asistente de salud y su éxito se encuentra condicionado por múltiples factores.

2.2.12 TIPOS DE “NO ADHERENCIA” AL TRATAMIENTO

Según su seguimiento:

•Incumplimiento parcial.- Da referencia para aquellos pacientes que de vez en cuando y en algunas situaciones se adhieren, porque se olvidan de tomar el medicamento o porque le provoca algunos efectos secundarios.

•Incumplimiento secuencial.- Es cuando se deja el tratamiento durante periodos de tiempo en el que el paciente refiere estar aparentemente bien, pero toma el tratamiento cuando aparecen síntomas (frecuente en ancianos).

•Cumplimiento de bata blanca.- Se da cuando el paciente solo se adhiere en situaciones de visitas al médico o a la consulta al personal sanitario. Esta actitud se da en personas con enfermedades crónicas mayormente.

•Incumplimiento completo.- Suele suceder cuando el individuo deserta el tratamiento por completo de forma indefinida. Se da frecuentemente en personas con dichas enfermedades crónicas y en los jóvenes, tal vez por la simple razón que

los beneficios del tratamiento se dan en un determinado y largo plazo, tanto así que los gastos que se dieran al igual que los posibles eventos adversos son exactos e inmediatos.

Según intencionalidad:

•Intencionado: Adherencia deficiente, cuando el individuo no quiere hacer nada respecto como mejorar su enfermedad.

•No intencionado: Cuando el individuo olvida su dosis o sus citas programadas con el médico.

Clasificación de la adherencia según otra característica es:

a) Primaria: Cuando no sigue las recomendaciones del personal sanitario por ejemplo cuando el paciente acude a su cita y la receta no la canjea por su medicamento.

b) Secundaria: Cuando el individuo ha seguido las recomendaciones por un tiempo y deja de hacerlo, por ende comienza a ingerir su dosis a horas incorrectas, frecuentemente a olvidarse de tomar su tratamiento en una o varias ocasiones, e incluso suspende el tratamiento muy pronto refiriendo que se siente mejor, no logra culminar con lo prescrito por su médico tratante. Los medicamentos no proporcionan a los pacientes todos los beneficios, porque su principal causa es la falta de cumplimiento terapéutico de forma correcta, dando origen a las complicaciones degenerativas y efectos psicológicos, con llevando así a un aumento de resistencia a los medicamentos, y reducción de la calidad de vida en los pacientes, también a un desperdicio de recursos asistenciales de salud (37).

2.2.13 LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Dentro de los factores de la adherencia terapéutica están englobados en cinco dimensiones, cabe recalcar que hay un dato erróneo de las personas que piensa, que la única causa que afectará la adherencia es la misma persona. Está claro que no es así, por lo que mostramos a continuación cuáles son aquellas variantes que engloban a la no adherencia terapéutica:

1. Factores relacionados al sistema de salud.

Se utiliza como herramienta única al personal sanitario de proveer conocimientos a los pacientes para modificar sus conductas, sin embargo hay ocasiones que el personal cuenta con información limitada, de esa manera no llega a ofrecer una motivación y no logra cómo enseñar a modificar sus conductas, de tal forma no llega a ofrecer los resultados deseados. Se necesita un proceso organizado y completo para que mejore la relación del médico- paciente con el objetivo de incrementar la adherencia. La forma en que el personal y el paciente se comunican e interactúan influye en la adherencia. La calidez y empatía que hay entre el médico – paciente va a ser un punto a favor en la colaboración del paciente en cuanto a su tratamiento (38).

2. Factores socioeconómicos.

Los pacientes que tienen un nivel socioeconómico más bajo tienen más dificultades al adherirse al tratamiento terapéutico, al igual que las edades extremas, muy jóvenes o muy ancianos, hay que prestar un poco más de atención y cuidado en este grupo etareo. En aquellos países en vías de desarrollo, las personas van a tener que priorizar y decidir entre el tratamiento o los gastos personales que tienen sus familias. Dentro de los factores, existe efectos sobre la adherencia como: La pobreza, el nivel educativo bajo, la falta de desempleo, el apoyo social, la misma precariedad, el lugar donde recibe tratamiento, el analfabetismo, los entornos cambiantes, el costo de transporte, las creencias, costumbres y cultura de la población acerca de la disfunción familiar y la enfermedad propiamente dicha. En escala mundial se puede confirmar que los datos expuestos son reflejo de un abandono en el tratamiento, desde un comienzo, el incumplimiento está

comprometido seriamente con la falta de adherencia, que no solo es por parte del paciente, sino por otros aspectos implícitos como la parte socioeconómica (estratos sociales), verificando que a más bajos ingresos, más incrementa el riesgo de sufrir de hipertensión arterial secundaria encontrándose así en desventaja. Al existir alguna enfermedad suele ser una tarea difícil muchas veces, las personas con un bajo nivel socioeconómico se le limita las oportunidades de empleo, se incrementa el desempleo y la falta de información veraz, se podría hablar de miseria la que con lleva a la desesperanza, sufrimiento, y origina un baja adherencia terapéutica (38).

3. Factores relacionados con el tratamiento.

Las principales barreras perennes al tratamiento son: La frecuencia en la toma de la dosis correcta, el tiempo de constancia con el tratamiento médico, la frecuencia de diversos cambios en el tratamiento, fracasos en los tratamientos anteriores, la complejidad del régimen médico, los efectos secundarios que puede generar, los eventos adversos, la proximidad de los efectos positivos y sus posibles beneficios que brinda, la relación y disposición de apoyo. Se obtendrá lograr una repercusión óptima y eficaz si se colabora con realizar intervenciones que ayuden a adherirse al tratamiento de acuerdo a las necesidades del individuo. Tanto un monitoreo y evaluación ayudarán a determinar si el paciente está siendo adherente al tratamiento (39).

4. Factores relacionados con el paciente.

En este contexto se representan las costumbres y los conocimientos respecto a él cómo paciente, las metas esperadas, la vulnerabilidad, la severidad percibida y la motivación para seguir el tratamiento, el conocimiento, las actitudes, las expectativas y la autoeficacia percibida del paciente se afianzará en las implicaciones de conductas terapéuticas. Cuando surge una adherencia deficiente va a verse afectado por los siguientes aspectos: Conocimientos inadecuados y desactualizados, dificultad para controlar los síntomas, los efectos adversos, el olvido del paciente, el sentirse agobiado por la enfermedad, el régimen de los costos, su edad, la motivación, la confianza, y sus expectativas de vida del paciente.

La motivación del paciente es el principal motor interno para una mejoría de adherencia, se tiene que trabajar en ese aspecto en todas las situaciones posibles (39).

5. Factores relacionados con la enfermedad.

Se puede determinar en este ítem que los factores se constituyen puntos específicos asociadas como la gravedad de dicha enfermedad, la presencia de síntomas o signos, y la presencia de alguna discapacidad (física, psicológica, social) muchas veces cuando se complica la enfermedad y puede volver difícil tratarla. En la mayoría de casos la percepción que tiene el paciente sobre el efecto positivo de su tratamiento, tiene una expectativa concreta y real de su recuperación (39).

2.2.14 CLASIFICACION DE LOS METODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA:

- ◆ Métodos objetivos directos
- ◆ Métodos objetivos indirectos
- ◆ Métodos subjetivos

A) MÉTODOS OBJETIVOS DIRECTOS:

Son técnicas utilizadas por los diversos laboratorios, la cual ayudarán a medir los niveles de metabolitos o fármacos, muchas veces a través de muestras de sangre u orina. Al coexistir la presencia de líquidos en la muestra, solo va significar que el fármaco ha sido ingerido, sin embargo podemos tener falsos positivos, y estar frente a un paciente cumplidor de característica de bata blanca que solo toma su dosis cuando ingresa a una consulta médica o está en contacto con el personal sanitario; mayormente son específicos y objetivos, lo negativo es el alto índice de

incumplimiento comparado con los métodos indirectos, carecen de utilidad, no obstante requieren de infraestructura y son de alto costo.

B) MÉTODOS OBJETIVOS INDIRECTOS:

Estos métodos establecen la no adhesión terapéutica a través de circunstancias de acuerdo al grado de adherencia.

Los más frecuentes y usados son los siguientes:

1. Recuento de comprimidos:

La realización del recuento se obtiene por determinados equipos o monitores electrónicos, que va a controlar minuciosamente la medicación llamados MEMS(sistemas microelectromecánicos), con características como el registro de la fecha y la hora de la apertura del envase.

Sin embargo este dispositivo posee desventajas: Primordialmente que es costoso, y que puede afirmar falsos positivos, siendo inefectiva la información requerida.

2. Asistencia a las citas programadas:

Según estudios determinan que la gran mayoría de personas que no acuden a sus citas programadas son frecuentemente incumplidores, pero eso no quiere afirmar que los pacientes que acuden a sus citas sean los cumplidores, sin embargo suele ser una referencia genérica en base a estudios.

3. Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada:

Detección y valoración de un grupo específico de pacientes, con fracasos pasados y actuales, requieren corregir la eficacia de la adherencia.

4. Valoración de los efectos adversos de los medicamentos:

Se sabe que algunos efectos adversos son causados por el tratamiento; por ejemplo, hay efectos que se determina cuando se consume un fármaco, como los betabloqueantes que provocan bradicardia, pero muchas veces pueden ser otras dolencias que estuvieran complicándose. Por eso motivo es poco fiable este método.

C) LOS MÉTODOS SUBJETIVOS:

Este es un método donde se va a ver reflejado y empleados técnicas: Cuestionarios, entrevistas personalizadas, criterio de médico, evaluación de resultados esperados, y presentación de recetas. En las técnicas de entrevista, ya existen cuestionarios validados que pueden ser utilizados, en este caso el grado de adhesión se puede medir al igual que los conocimientos que el paciente tiene respecto a su enfermedad, como prevenirla, tratarla y sus consecuencias (40).

Son los más utilizados, por su costo económico es más bajo además tanto la entrevista clínica y los cuestionarios, nos van a permitir obtener información sobre las razones que hacen que esa adherencia sea deficiente e ineficaz.

2.2.15 CONSECUENCIAS POR LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

- ◆ Fomenta una alta probabilidad de gravedad y recaídas en las enfermedades.
- ◆ De acuerdo al tiempo, la situación empeora en cuanto a la calidad de vida del paciente.
- ◆ Se establece una prolongación sobre los tratamientos que son tratados a largo plazo sobre patologías crónicas.
- ◆ El aumento de los recursos socio-sanitarios.
- ◆ Impedir el control de la enfermedad: Fracaso terapéutico.

2.2.16 PREVENCIÓN

En cuanto al control y la prevención de la enfermedad hipertensiva, tiene que ser rigurosa en ese ámbito, y de esa forma proporcionar información actualizada, corregir errores, diseñar una estrategia donde el paciente pueda participar con frecuencia en la participación de la toma de decisiones, conocer las expectativas del mismo paciente, y de su intervención activa en cuanto a su tratamiento. La sociedad, la familia, las amistades, el sector público y privado deben contribuir de alguna forma. Cuando todos estemos unidos el esfuerzo dará mejores resultados, controlando la hipertensión, y de ese modo poder llevar a cabo expectativas para erradicar complicaciones futuras siendo así mortales para el ser humano (41).

2.2.17 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS DEL CONTROL DE LA HIPERTENSION

- a) Actividad física regular y activa.
- b) La ingesta de alcohol deberá disminuir o evitar su consumo.
- c) El consumo en la ingesta de frutas y verduras frescas que con contenido de potasio, y alimentos bajos en grasa, habrá una mejoría.
- d) Limitación de la ingesta de sal.
- e) Reducción y control de peso evitando así el sobrepeso.
- f) Evitar exposición al humo de tabaco (42).

2.2.18 RECOMENDACIONES GENERALES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- Incentivar una comunicación médico-paciente.
- Brindar información correcta sobre su etiología y el tratamiento que se realizará en una situación de emergencia.
- Evitar que el paciente, familiar, o amigos cercamos para su correcta dosificación.
- Participación del paciente en cuando a su tratamiento.
- Fortalecer las competencias del personal de salud.

- Dar información clara y precisa.
- Control de los pacientes con tratamiento.
- Brindar el tiempo adecuado al paciente.
- Investigar periódicamente el grado de cumplimiento.
- Inculcar buenos estilos de vida.
- Facilitar las visitas del paciente a la consulta.
- Explicar sobre su patología del paciente.
- Modificar los sistemas terapéuticos (43).

2.2.19 TEORÍA DE ENFERMERÍA

La enfermería desarrolla múltiples funciones a base del cuidado humanizado, ya que como actividad se requerirá del profesionalismo para con llevar la conservación de vida del individuo. El personal de enfermería está capacitado para el nivel de atención primaria, en cuanto a las funciones de diagnóstico, control y seguimiento de la patología confirmada; enfermería realiza aquellas actividades sobre educación para la salud (promo-preventivas), en cuanto se entra a la fase de prevención y seguimiento. Y en tanto a las actividades educativas de salud en enfermería, se puede observar la modificación del estilo de vida saludable relacionados a un alto nivel de riesgo cardiovascular, evaluación del control, sesiones y charlas educativas. La enfermera apoyará al paciente, ya que no se debe hacer caer toda la responsabilidad al paciente, debe haber un enfoque individual y usar una estrategia de intervención personalizada diferente para cada paciente y fortalecer el vínculo de paciente-médico para disminuir la tasa de abandono en el tratamiento (21).

Así desarrollar actitudes de autocuidado en el paciente. Por lo que se ha considerado apoyar la presente investigación en la teoría Dorothea Orem (Autocuidado), donde explica que el autocuidado es la contribución de uno mismo, para enfrentar elementos existentes que afecten directamente la salud y desarrollo

del paciente. Enfermería proporciona un autocuidado directo tanto a las personas como a los grupos de personas dependiendo a sus necesidades o incapacidades. Se le llama cuidados de enfermería a la acción de cuidar la salud del individuo para conservar su salud y mejorar su calidad de vida afrontando diversas situaciones complejas que suscitan, de esa forma se incluye el respeto a la dignidad humana, cumplir con el consentimiento informado, la relación interpersonal de acuerdo a su manera de actuar, confiabilidad, efectuar la tolerancia con los demás, trabajar la honestidad, permitir que este inmiscuido el paciente en cuanto a la implementación y planificación de su gestión de salud (44).

Para la teorista Orem, se determina las siguientes categorías referente a los cuidados de enfermería:

1) Universales

Se refiere que todos los individuos deben salvaguardar el funcionamiento holístico como ser humano e incluye a la conservación del agua, aire, actividad y descanso.

2) De cuidados personales del Desarrollo

Se obtienen como resultado de los métodos implicados en el desarrollo del individuo en las etapas de la niñez, adolescencia, adulto y vejez, promoviendo entornos indispensables para la maduración emocional y la misma vida.

3) De cuidados personales de los trastornos de salud

Los cuidados dados de uno mismo para optimizar la salud y tener mejores expectativas hacia un futuro, por ejemplo los que se derivan de enfermedades degenerativas o los que implican el estado de salud con la variante de cambiar el estilo de vida a uno saludable y de ejercicio regularmente. Se constata la existencia de objetivos específicos en el modelo de cuidado intencionado, donde la persona es el punto de partida y el que regirá su camino, por lo tanto mejorará la independencia personal.

El modelo de Dorotea Orem compone tres sistemas:

1) Sistema de enfermería Total: Significa que tome el lugar y las funciones de él mismo, independientemente, es decir el enfermero sule su lugar.

2) Sistema de enfermería Parcial: Solo se requerirá ayuda en determinadas actividades de la vida diaria y terapéuticas, es decir proporcionando autocuidados humanizados.

3) Sistema de enfermería de apoyo educativo: Donde el paciente aprenderá sobre los autocuidados en su persona, y los pondrá en práctica bajo ciertas indicaciones sanitarias, con apoyo emocional y espiritual, el aumento de su conocimiento mejorará como aprendizaje (45).

1.3 MARCO CONCEPTUAL:

-FACTORES:

Son los elementos causantes para desencadenar una enfermedad.

-FACTORES SOCIOECONOMICOS

Condición social y económica en la cual se encuentra un paciente.

-FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE

Factores determinados por el mismo paciente que impiden la adherencia al tratamiento.

-FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO

Son determinados factores que impiden su completa adherencia, debido a la modalidad de régimen terapéutica, la duración del tratamiento, proceso de la enfermedad, severidad del tratamiento, los efectos adversos que se suscitan, cambios frecuentes en el tratamiento y los anteriores fracasos tratados, etc.

-FACTORES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD

Son los factores referentes al mismo sistema de salud se visualiza que el sistema de educación en salud es mínima para una adecuada información concreta sobre la hipertensión y brindar el seguimiento propiamente dicho.

-ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Se define como el grado de cumplimiento en cuanto a la dosificación correcta, la administración de medicamentos, la duración del tratamiento a largo plazo, realización de exámenes auxiliares, y las pruebas de control.

-ADHERENTE

Paciente que cumple las indicaciones médicas y tiene un control regular.

-NO ADHERENTE

Paciente que no cumple las indicaciones médicas y no tiene un control regular.

-TRATAMIENTO

Son las pautas dadas por el médico en el aspecto farmacológico y no farmacológico frente al paciente.

-PERSONA HIPERTENSA

Es aquella persona que al realizar un mínimo 5 tomas seriadas de presión arterial esta igual o mayor de 130/90 mmhg.

-ADULTO

Comprende de las edades de 30 a 59 años 11 meses y 29 días.

-ADULTO MAYOR

Comprende de las edades de 60 años a más.

CAPITULO III

MÉTODO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo no experimental, dado que no se manipula la variable de estudio, es prospectivo ya que el efecto se evaluará a partir del inicio de la observación, según el número de medición de variables de estudio, es de corte transversal porque no se realiza seguimiento a la variable de investigación.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Obedece a un diseño asecurado de asociación porque mide la fuerza de asociación que existe entre dos variables.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La presente investigación estuvo conformada por pacientes con Dx de hipertensión arterial, y se realizó en el Hospital Ilo II-1, de la provincia de Ilo, con un total de 100 pacientes. No se ha considerado muestra, porque la población fue limitada. Y se determinó trabajar con la población total.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas con hipertensión arterial en edades de 30 años a más.
- Personas que estén recibiendo tratamiento durante un tiempo no menor de 5 meses.
- Personas que deseen participar en la investigación.
- Personas con autorización de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que tengan dificultad en la comunicación a la hora de la entrevista.
- Personas con alteraciones mentales.
- Personas que no desean participar.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TECNICA

Para la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta, a través de una entrevista estructurada, los instrumentos que se utilizaron fueron dos, una para medir los factores relacionados a la adherencia y la otra para medir la adherencia al tratamiento.

INSTRUMENTOS

• VARIABLE INDEPENDIENTE DE FACTORES DE LA ADHERENCIA

Autores : Medina Gutierrez, Rayda

Rojas Morales, Jessica

Vilcachagua Castillo, Janneth

Título de Inv. : Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, octubre 2016.

Lugar y año : Lima. 2017.

Confiabilidad : Prueba de confiabilidad alfa de Crombach de 0.85, la cual se obtuvo a través de una prueba piloto.

- **VARIABLE DEPENDIENTE DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Autores : Val Jiménez y Cols

Título de Inv. : Test de Morisky, Green y Levine

Lugar y año : España. 1986

Confiabilidad : Prueba de confiabilidad, alfa de Crombrach de 0,61.

Validez : Los puntajes obtenidos en la KUDER -RICHARDSON los valores establecidos para $p > 0.6$

EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

INTERPRETACION DEL INSTRUMENTO DE FACTORES RELACIONADOS:

La guía de entrevista para los factores, consta de 24 ítems, los cuales serán valorados:

FACTORES	GENERAL	DIMENSIONES			
		FACTORES SOCIOECONOMICOS	FACTORES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD	FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO	FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE
NO RESPONDER A COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	(0-28 PTS)	7	9	7	5
RIESGO DE NO DESARROLLAR COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	(29 - 36PTS)	9	12	9	6
VENTAJA PARA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	(37 - 48 PTS.)	12	16	12	8

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA	DIMENSIONES			
	Factores socioeconómicos	Factores relacionados al sistema de salud	Factores relacionados al tratamiento	Factores relacionados al paciente
	1,2,3,4,5,6	7,8,9,10,11,12,13,14	15,16,17,18,19,20	21,22,23,24

INTERPRETACION DEL INSTRUMENTO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

Se consideran pacientes que no cumplen el tratamiento a quienes contestan de forma incorrecta las 4 preguntas propuestas.

PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio de investigación se utilizó el instrumento del cuestionario en donde los ítems fueron valorados:

1. Se realizó la coordinación, para la entrega de la carta de presentación de la UJCM al Hospital Ilo, para la autorización de la recolección de datos.
2. Se realizaron las coordinaciones correspondientes con la jefatura de enfermería, para la aplicación del instrumento.
3. Luego se llevo a cabo la coordinación de las fechas para la aplicación del instrumento los días del mes de mayo. El horario que se utilizó fue de lunes a viernes, en el turno mañana de 7:00 am a 9:00 am. El lugar donde se efectuó la entrevista, fue en la sala de espera.
4. En la sala de espera se realizó la presentación del propósito del estudio de investigación.
5. Se aplicó la entrevista a cada paciente usando el cuestionario sobre factores y adherencia al tratamiento, con un total de 28 preguntas.
6. Para la presentación de los resultados se utilizarón tablas y gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación respectiva.

3.5 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El presente estudio es de tipo cuantitativo, los datos fueron medidos y realizados en un análisis estadístico acerca de la estadística inferencial para comprobar la relación entre las variables de factores relacionados y la adherencia al tratamiento. Se utilizó el software estadístico informático SPSS en su versión 22 para el

procesamiento de la base de datos, también recurrimos al Software Microsoft Excel perteneciente al paquete ofimático Microsoft Office a través de sus hojas de cálculo y la elaboración de tablas de distribución de frecuencias para la presentación de resultados, se hizo uso de la estadística inferencial, teniendo un nivel de significancia del 5 %.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se presentarán en tablas estadísticas generales y específicas que permitirán poder analizar la información de forma global.

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

FACTORES SOCIOECONOMICOS ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018

FACT. SOCIECONOMICOS	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	-	0.0%	-	0.0%	-	0.0%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	3	20,0%	12	80,0%	15	100,0%
No responder a comportamientos de adherencia al tratamiento	5	5,9%	80	94,1%	85	100,0%
TOTAL	8	8,0%	92	92,0%	100	100,0%

FUENTE: Base de datos

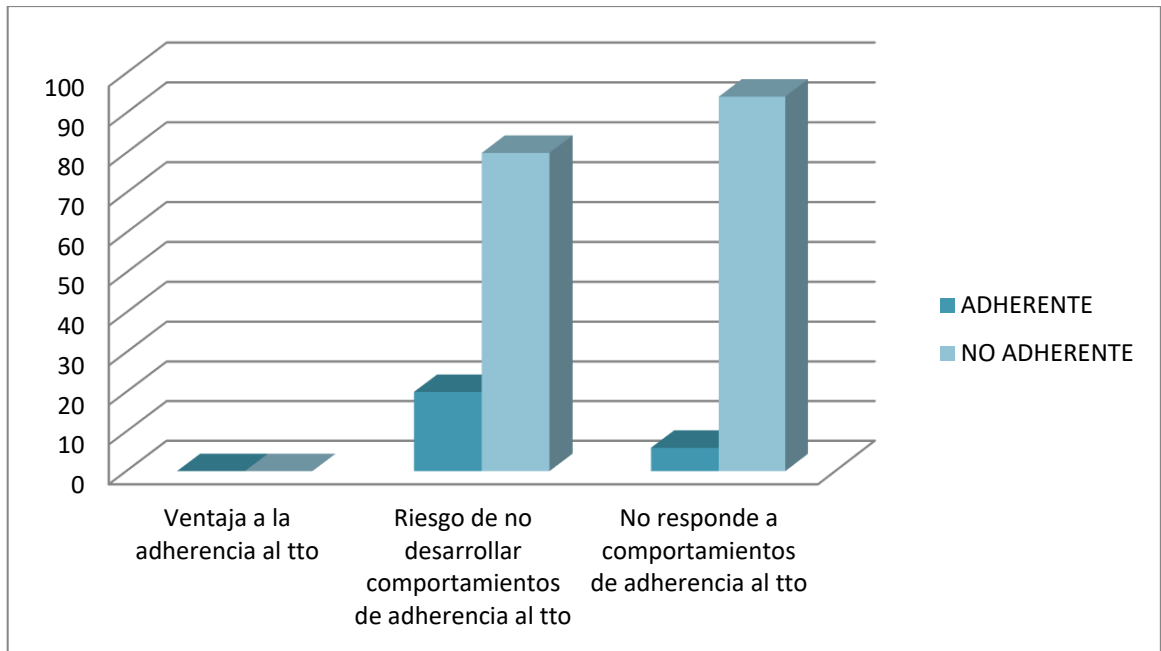
CHI 2= 3.453 GL=1 P=0.063

En la presente tabla 1, se observa que dentro de los Factores socioeconómicos en relación al nivel de adherencia, en el indicador de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento el 80% no es adherente al tratamiento, y el 20% es adherente. En el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento se observa el 94.1% no es adherente al tratamiento y el 5.9% es adherente.

Al comparar las dos variables: Factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento antihipertensivo mediante la prueba de CHI 2 podemos señalar que no hubo diferencias significativas con un valor P=0.063

GRAFICO 1

FACTORES SOCIOECONOMICOS ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018



FUENTE: TABLA 1

TABLA 2

FACTORES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018

N. ADHERENCIA	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	2	28,6%	5	71,4%	7	100,0%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	4	10,3%	35	89,7%	39	100,0%
No responder a comportamientos de adherencia al tratamiento	2	3,7%	52	96,3%	54	100,0%
TOTAL	8	8,0%	92	92,0%	100	100,0%

FUENTE: Base de datos

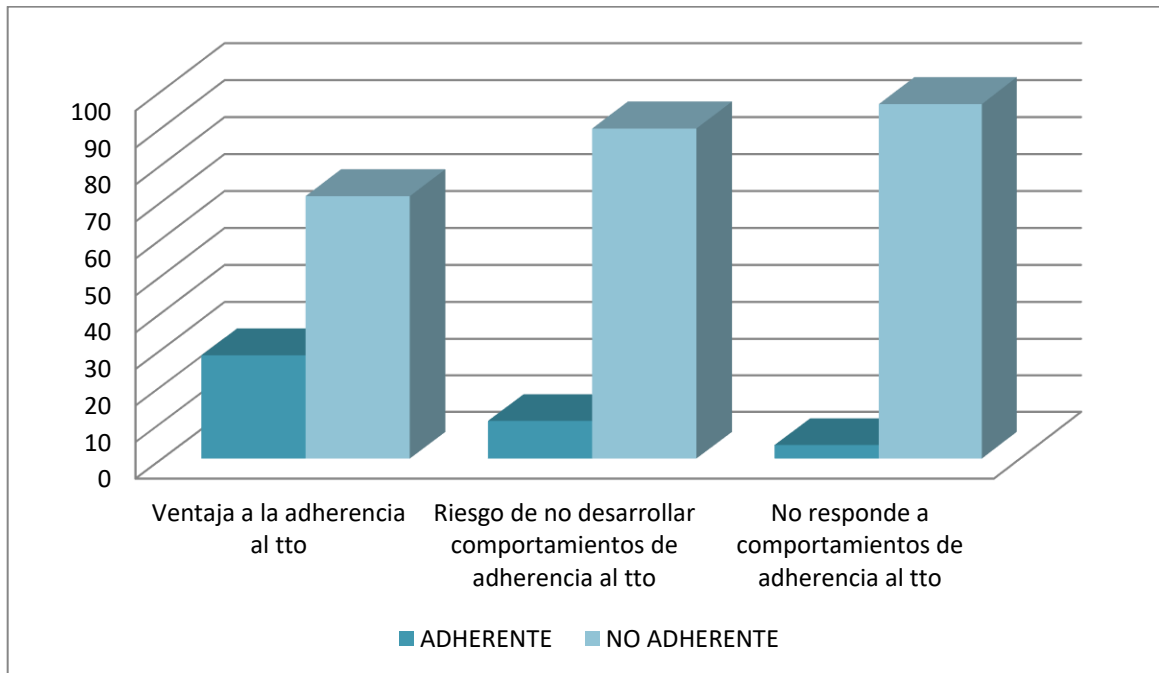
CHI 2= 5.649 GL=2 P=0.059

En la presente tabla 2, se observa que dentro de los Factores relacionados al sistema de salud en relación al nivel de adherencia, en el indicador de ventaja a la adherencia al tratamiento el 71.4% no es adherente al tratamiento y 28.6% es adherente. En el indicador de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento el 89.7% no es adherente al tratamiento y que solo el 10.3% es adherente. En el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento se observa que el 96.3% no es adherente al tratamiento y que solo el 3.7% es adherente.

Al comparar las dos variables: Los factores relacionados al sistema de salud y el nivel de adherencia se concluye que no existe una relación significativa al aplicar la prueba de CHI 2 con un valor P=0.059

GRÁFICO 2

FACTORES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018



FUENTE: TABLA 2

TABLA 3

FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018

N. ADHERENCIA	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	-	0.0%	-	0.0%	-	0.0%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%
No responder a comportamientos de adherencia al tratamiento	6	6,4%	88	93,6%	94	100,0%
Total	8	8,0%	92	92,0%	100	100,0%

FUENTE: Base de datos

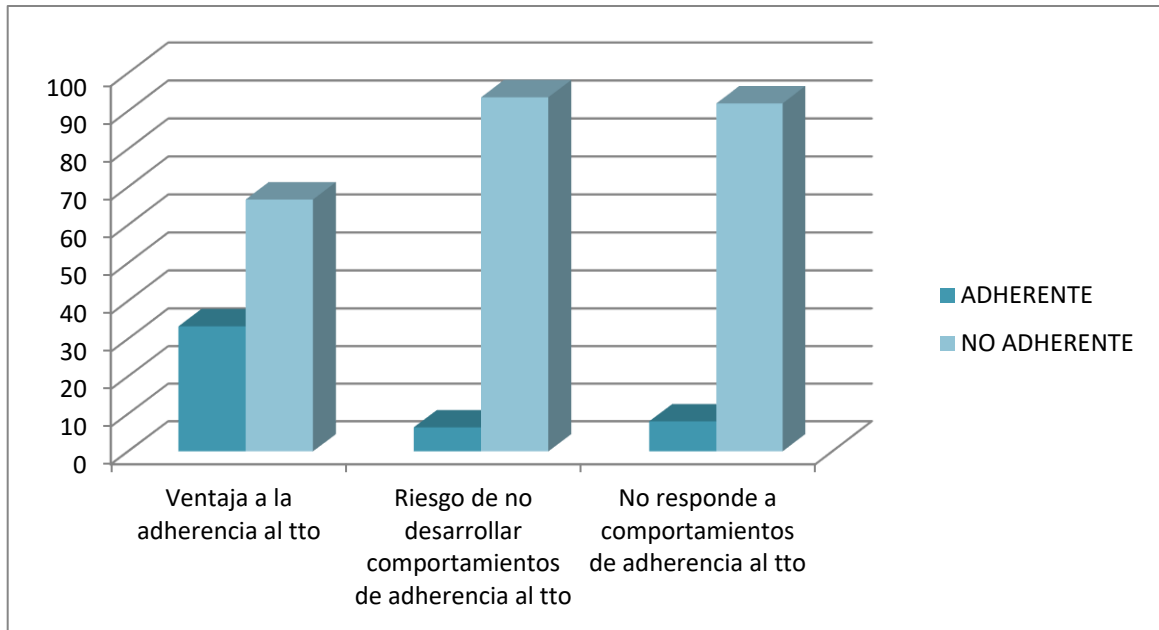
CHI 2= 5.566 GL=1 P=0.018

En la presente tabla 3, se observa que dentro de los Factores relacionados al tratamiento en relación al nivel de adherencia, en el indicador de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento el 66.7% no es adherente al tratamiento y el 33.3% es adherente. En el indicador no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento se observa que el 93.6 % no es adherente al tratamiento y que solo el 6.4% es adherente.

Al comparar las dos variables: Los factores relacionados al tratamiento y el nivel de adherencia se concluye que si existe una relación significativa al aplicar la prueba de CHI 2 al obtener un valor P=0.018

GRÁFICO 3

FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018



FUENTE: TABLA 3

TABLA 4

FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018

N. ADHERENCIA FACT. RELACIONADOS AL PACIENTE	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	7	9,0%	71	91,0%	78	100,0%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%
No responder a comportamientos de adherencia al tratamiento	-	0,0%	17	100,0%	17	100,0%
Total	8	8,0%	92	92,0%	100	100,0%

FUENTE: Base de datos

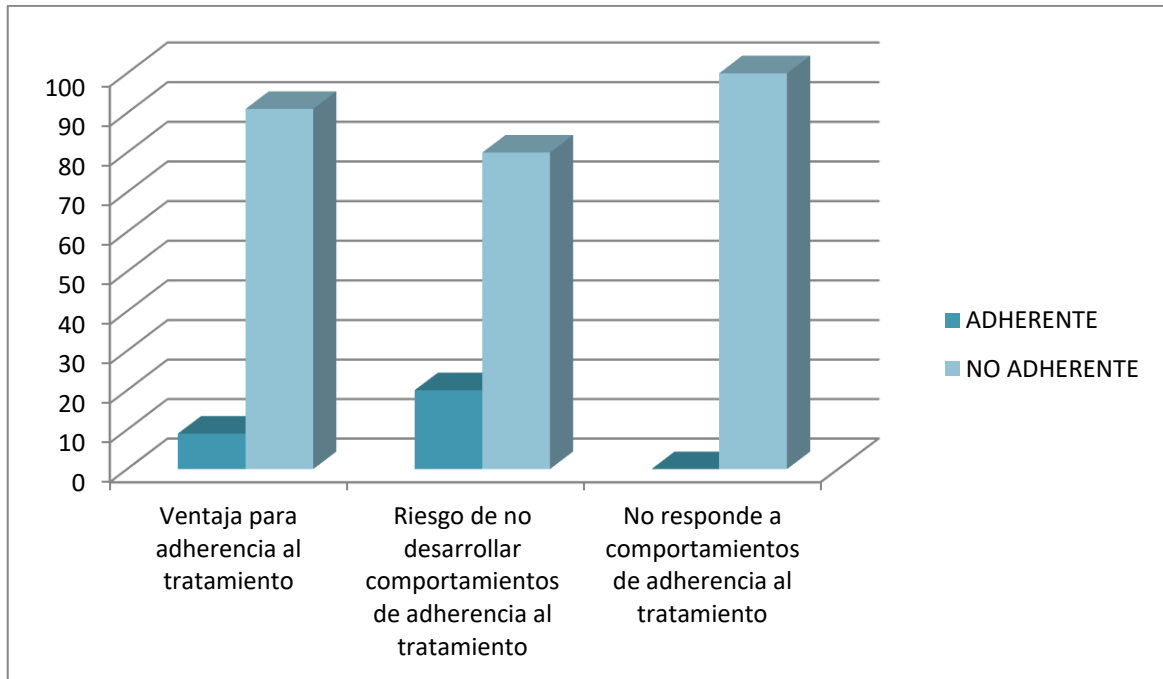
CHI 2= 2.557 GL=2 P=0.278

En la presente tabla 4, se observa que dentro de los Factores relacionados al paciente en correlación al nivel de adherencia, en el indicador de ventaja para adherencia al tratamiento el 91% no es adherente al tratamiento y el 9% es adherente. En el indicador del riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento el 80% no es adherente al tratamiento y que solo el 20% es adherente. En el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento se observa que el 100% que equivale a 17 pacientes no son adherentes al tratamiento.

Al comparar las dos variables: Factores relacionados al paciente y la adherencia al tratamiento mediante la prueba de CHI 2 podemos señalar que no hubo diferencias significativas con un valor P=0.278.

GRÁFICO 4

FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE ASOCIADOS AL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018



FUENTE: TABLA 4

TABLA 5

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018

FACT. A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ventaja para adherencia al tratamiento	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	5	8,3%	55	91,7%	60	100,0%
No responder a comportamientos de adherencia al tratamiento	1	2,6%	37	97,4%	38	100,0%
Total	8	8,0%	92	92,0%	100	100,0%

FUENTE: Base de datos

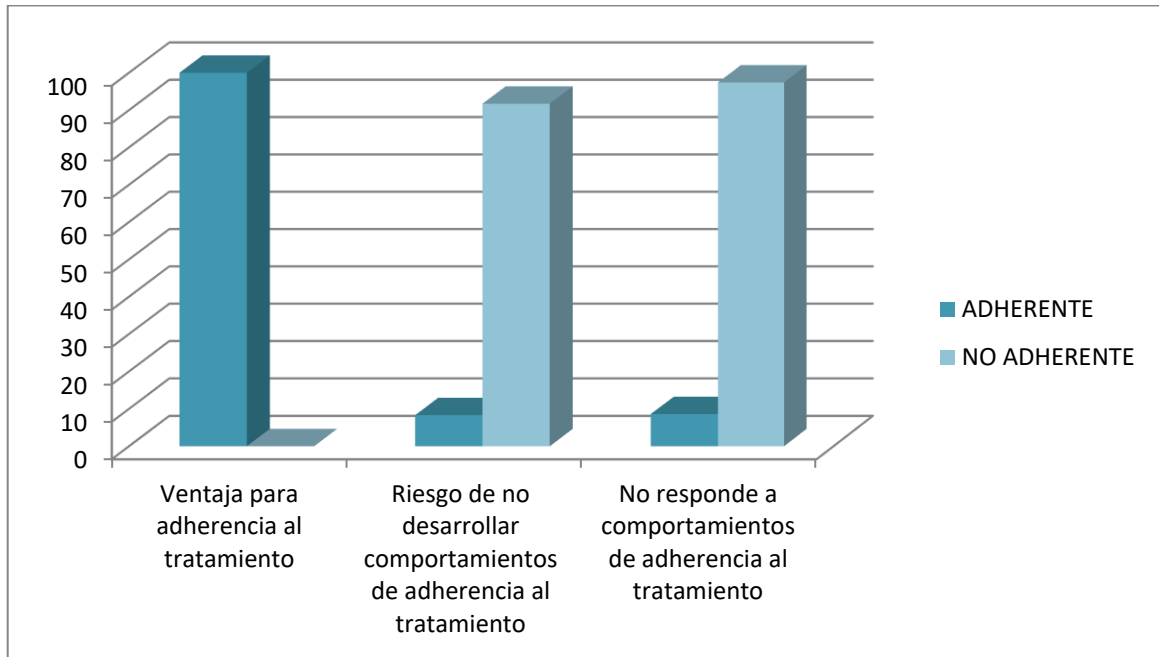
CHI 2= 24.497 GL=2 P=0.000

En la presente tabla 5, se observa que dentro de los Factores asociados a la adherencia al tratamiento en relación al nivel de adherencia, en el indicador de ventaja para adherencia al tratamiento el 100% que equivale a 2 personas son adherentes al tratamiento. En el indicador riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento el 91.7% no es adherente al tratamiento y que solo el 8.3% es adherente. En el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento se observa que el 97.4 % no es adherente al tratamiento y que solo el 2.6% es adherente.

Al comparar las dos variables: Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo mediante la prueba de CHI 2 podemos señalar que si hubo diferencias significativas con un valor P=0.000

GRÁFICO 5

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL ILO II-1 2018



FUENTE: TABLA 5

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Dada la presencia de algunos condicionantes como los factores socioeconómicos; factores relacionados al sistema de salud, al tratamiento y al paciente; probablemente exista una asociación entre estos factores y la adherencia al tratamiento del paciente antihipertensivo.

De la tabla 1, los factores socioeconómicos y adherencia al tratamiento tanto como la tabla 2 de los factores relacionados al sistema de salud y la tabla 4 de los factores relacionados al paciente no existe una asociación significativa con la hipótesis propuesta, sin embargo en la tabla 3 de los factores relacionados al tratamiento si existe asociación significativa con la hipótesis propuesta. Por lo que se concluye que se acepta parcialmente la hipótesis propuesta.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

✓ **Dada la presencia de los factores socioeconómicos probablemente exista una asociación con la adherencia al tratamiento del paciente antihipertensivo.**

En la tabla 1 se observa los Factores socioeconómicos relacionados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo, donde el indicador de riesgo no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento representa menos de la cuarta parte un nivel adherente (20.0%), y en mayor frecuencia el nivel no adherente (80.0%), se obtiene un valor de $P=0.063$, por lo que no existe asociación con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo. Por lo que no se acepta la hipótesis propuesta.

✓ **Dada la presencia factores relacionados al Sistema de salud, probablemente exista una asociación con la adherencia al tratamiento del paciente antihipertensivo.**

En la tabla 2 se observa los factores relacionados al sistema de salud asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo, donde el indicador de ventaja para adherencia al tratamiento representa una cuarta parte un nivel adherente (28.6%), y en mayor frecuencia en el nivel no adherente con tres cuartas partes (96.3%). Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se obtienen un p valor de $P=0.059$, por lo que no existe relación significativa con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo.

➤ **Según la presencia factores relacionados al tratamiento es probable que exista una asociación con la adherencia al tratamiento del paciente antihipertensivo.**

En la tabla 3 se observa los factores relacionados al tratamiento asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo, donde el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento en el nivel adherente representan más de la cuarta parte un nivel adherente (33.3%), y en mayor frecuencia el nivel no adherente (93.6%). Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se obtienen un p valor de $P=0.018$, por lo que sí existe asociación con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo.

✓ **Dada la presencia de factores relacionados al paciente es probable que exista una asociación con la adherencia al tratamiento del paciente antihipertensivo.**

En la tabla 4 se observa los factores relacionado al paciente asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos del Hospital Ilo, donde los Factores del paciente ubicados en el indicador de riesgo no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento representan menos de la cuarta parte un nivel adherente (20.0%), y en mayor frecuencia el nivel no adherente con tres cuartas partes (100.0%). Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se obtienen un p valor de $P=0.278$, por lo que no existe asociación con la variable adherencia al tratamiento antihipertensivo.

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- En la tabla 1 se evalúa los factores socioeconómicos asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo, donde los Factores socioeconómicos ubicados en el indicador de riesgo no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento existe un nivel adherente de 20.0%, y en mayor frecuencia el nivel no adherente con un 80.0%; en los factores socioeconómicos de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento en el nivel adherente representa un 5.9% y en mayor frecuencia el nivel no adherente con un 94.1%. Mediante la prueba de CHI 2 podemos señalar que no hubo diferencias significativas en obtener un valor $P=0.063$.

Pueda deberse estos resultados, a que los pacientes no se encuentren sensibilizados con la importancia del cumplimiento antihipertensivo, en muchas ocasiones pueda deberse a la falta de dinero para el transporte hasta el hospital, sumado a ello, la indiferencia del personal de salud, son algunas razones con las que justifican su no adherencia.

Dado que los pacientes no son adherentes, presentan bajos ingresos y sufren de alguna enfermedad en particular, es más complicado ser adherente, por no contar con los propios recursos ni con el apoyo familiar esperado, siendo así una desventaja para el cumplimiento del tratamiento.

Resultados similares ostentan Acosta, A. et al. (2017), en Bolivia, se llega a concluir que del total de la población el 57% no tiene adherencia farmacológica mientras que el 43% si la tiene, y el 94% tuvo adherencia no farmacológica, y el 6% no es adherente. Dentro de las variables estudiadas del factor socioeconómico ninguna tuvo una relación significativa con la adherencia terapéutica de la diabetes tipo 2.

- En la tabla 2 se evalúa los factores relacionados al sistema de salud asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo, donde en el indicador no responde a comportamientos de adherencia al tratamiento presentan menos de la cuarta parte

un nivel adherente (3.7%), y en mayor frecuencia en el indicador de no responde a comportamientos de adherencia al tratamiento el nivel no adherente con tres cuartas partes (96.3%). Mediante la prueba de CHI 2, se ha podido evidenciar que no hubo relación significativa con un p valor de $P=0.059$.

Los resultados obtenidos podría deberse a que el personal de salud muchas veces se muestra indiferente en el trato personal con el paciente o la poca empatía por parte del personal, también al no recibir una adecuada atención sobre dicha enfermedad, se ha podido evidenciar en la práctica diaria que el personal se mantiene ocupado en diversas situaciones.

Algunos estudios demuestran que cualquier tipo de acción por parte del personal del Sistema de Salud es significado de una conducta o actitud que vaya en contra de estos valores o función, se constituye como un hito antiadherente importante. Dado así que las acciones que son identificadas como factores no adherentes en la relación con los profesionales del servicio de salud son: La burocracia, la desconfianza de las capacidades de los profesionales, la atención despersonalizada y desvinculada, pero por sobre todo, la acción que genera mayor abandono del proceso de tratamiento, es el mal trato por parte del profesional de salud.

Por el contrario según Rueda J.(2018), en Piura, se llega a concluir que el 52.5% de los pacientes mantiene sus niveles de presión arterial y el 53.3% de pacientes antihipertensivos son adherentes al tratamiento farmacológico.

- En la tabla 3 se evalúa los factores relacionado al tratamiento asociados al nivel de adherencia en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo, donde los factores del tratamiento, el indicador de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento representa más de la cuarta parte un nivel adherente (33.3%), y en mayor frecuencia en el indicador de no responde a comportamientos de adherencia al tratamiento en el nivel no adherente con más de tres cuartas partes (93.6%). Mediante la prueba de Chi 2, se ha podido evidenciar que si hubo relación significativa con un p valor de $P=0.018$.

Dichos resultados podrían deberse que muchas veces el paciente no se adapta al régimen terapéutico por circunstancias de frecuencia del tratamiento, de los efectos colaterales, porque muchos refieren sentirse mejor y abandonan el tratamiento pensando que mejorarán, o lo difícil de persistir en el cambio de estilo de vida que es parte de la terapia adyuvante. Un estudio refiere que la adherencia a los tratamientos sigue siendo insuficiente, solo el 25% de los pacientes sigue las indicaciones dadas por los profesionales tratantes. Según Barra S., (2018), en Quito en donde la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en las localidades de Perú- Lima, se llegó a concluir que la población tenía baja adherencia al tratamiento (85%).

- En la tabla 4 se observa los factores relacionados al paciente asociados al nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del hospital Ilo, donde los Factores del paciente ubicados en el indicador de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento representan menos de la cuarta parte un nivel adherente (20.0%), y en mayor frecuencia en el indicador de no responde a comportamientos de adherencia al tratamiento en el nivel no adherente (100.0%), que equivale a un total de 17 personas. Mediante la prueba de CHI 2 podemos señalar que no hubo diferencias significativas en obtener un p valor de $P=0.278$.

Los pacientes en el transcurso del tiempo se han podido dar cuenta de la importancia de cuidar su salud, sin embargo muchas veces surge una que otra situación desfavorable en la adherencia, sin embargo el paciente toma conciencia de su salud y la mejoría de esta para tener una mejor calidad de vida.

Resultados opuestos presenta según de Andrés M. (2017), en España, donde encontraron que los resultados obtenidos ratificaron la hipótesis de que existen factores relacionados con el paciente y la patología adictiva capaces de predecir la probabilidad de adherencia al tratamiento.

- En la tabla 5 se observa los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo, donde en el

indicador de ventaja para adherencia al tratamiento el mayor porcentaje en el nivel adherente 100% y menor porcentaje en el indicador de no responde a comportamientos de adherencia al tratamiento en el nivel adherente fue 2.6%. Mediante la prueba de CHI 2 podemos señalar que si hubo diferencias significativas en obtener un valor $P=0.000$.

Resultados opuestos demuestran que Jaramillo S. (2017), en Malacatos, demuestra que dentro de los factores que no permiten la adherencia, esta se encuentra en los factores relacionados con la terapia con un 49.06%, en los grados de riesgo los pacientes presentaron riesgo medio de desarrollar no adherencia en un 42.45%.

Cabe recalcar que la incidencia de problemas cardiovasculares se ha previsto desde años anteriores hasta la actualidad, actualmente se da a conocer en mi investigación que el factor que está fallando es el factor relacionado al tratamiento, lo que incrementaría el porcentaje de problemas hipertensivos.

CONCLUSIONES

1. Los factores están asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, en donde el total de pacientes el 92% no son adherentes al tratamiento y solo el 8% son adherentes con un P valor 0.000 en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo.
2. Los factores socioeconómicos no están asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, en donde el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento el 94.1% no es adherente al tratamiento y el 5.9% es adherente, con un P valor 0.063 en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo.
3. Los factores relacionados al sistema de salud no están asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo, en donde el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento el 96.3% no es adherente al tratamiento y el 3.7% es adherente, con P valor 0.059 en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo.
4. Los factores relacionados al tratamiento se asocian a la adherencia del tratamiento antihipertensivo, en donde el indicador de no responder a comportamientos de adherencia al tratamiento el 93.6% no es adherente al tratamiento y el 6.4% es adherente, con un P valor 0.018 en el paciente adulto y adulto mayor del Hospital Ilo.
5. Los factores relacionados al paciente no están asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo, en donde el indicador de ventaja para la adherencia al tratamiento el 91% no es adherente al tratamiento y el 9% es adherente, con un P valor 0.278 en el adulto y adulto mayor del Hospital Ilo.

RECOMENDACIONES

1. Coordinar con los directivos del hospital para la realización de campañas y/o sesiones educativas sobre la importancia del tratamiento de la hipertensión y sus complicaciones en lugares intramurales y extramurales del hospital.
2. Impulsar programas de educación a pacientes y familiares de los pacientes hipertensos.
3. Incentivar al personal multidisciplinario en la atención al paciente con hipertensión arterial con la finalidad de lograr su adherencia al tratamiento.
4. Generar nuevas investigaciones para ayudar a construir estrategias novedosas respecto a la adherencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Rodríguez R. Factores de riesgo de hipertensión arterial en adolescentes. Revfinlay. 2016 Dic; 6(4).
2. Castro A. BJ,GP,CE,SJ. La Adherencia al Tratamiento:Cumplimiento y Constancia para mejorar la Calidad de Vida. Pfizer. 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Información General sobre la hipertensión en el Mundo. Información General sobre la hipertensión en el Mundo. 2013; II.
4. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Definición y terminología: adherencia, cumplimiento, persistencia y retención. In Ingelheim B, editor. Lo que debes sobre la adherencia al tratamiento. España p. 198.
5. Salud Uninorte Barranquilla. Factores que influyen en la Adherencia a Tratamientos Farmacológicos y no Farmacológicos en los Pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA Sincelejo. Scielo. 2010; II.
6. Organización Mundial de la Salud. Definición de la adherencia terapéutica. Adherencia a los Tratamientos a largo plazo. 2010; XIV.
7. INEI. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Proyecto. , Lima; 2018.
8. Luis SV. Nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas de altura y la nueva guía americana de hipertensión arterial. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018 abril- junio; 64(2).
9. Guarín Loaiza GM. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial esencial y su relación con la calidad de vida en un grupo de pacientes de dos hospitales de la Ciudad de Bogotá. Bogotá, Colombia;; 2015.
10. Inmaculada Z, Teresa C, Margarita R. Análisis de los Factores que determinan la Adherencia Terapéutica del Paciente Hipertenso. Enfermería Nefrológica. 2014 Oct.Dic; 17.
11. Rosero Caiza GE. Grados de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular asociados en pacientes hipertensos que acuden a la consulta

externa del hospital Delfina Torres De Concha de Esmeraldas periodo Enero a Febrero. Tesis. Quito: Universidad Catolica del Ecuador; 2018.

12. Rivero OMAME. Hipertension Arterial: Prevalencia y factores de riesgo en la población. Tesis de titulación. Cuba;; 2018.
13. J. R. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero- marzo. Tesis de titulación. Piura;; 2018.
14. S. B. Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la costa de Perú. Tesis de titulación. Lima;; 2018.
15. Muñoz Salgado CC, Nova Chicaguy P, Muñoz Reyes A. Factores que influyen en los Pacientes Hipertensos para no generar comportamientos de Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico. Tesis de titulación. Bogota;; 2017.
16. Marisol JLS. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos. Tesis de titulación. , Loja; 2017.
17. Acosta Ariza J, Barbosa Alvarez C, Martinez Rios M, Soriano Vanegas D. Factores socioeconomicos relacionados con la adherencia terapeutica de diabetes tipo 2 en pacientes entre 25-64 años en dos unidades de servicios de la subred norte E.S.E de Bogota. Tesis de titulación. Bolivia;; 2017.
18. De Andres Muñoz S. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias- Barcelona. Metas Enferm. 2017 Marzo; 2.
19. Pabon Valera Y. Factores que influyen en la adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares. Working Papers. 2015 Septiembre;(17).
20. Minsa. Mide tu presión y ayuda a tu corazón. 2017..
21. Osácar Hernández A. Hipertensión Arterial: Adherencia al tratamiento. Tesis de titulación. Universidad Pública de Navarra; 2016.
22. Organización mundial de la salud. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números. 2017..

23. LA REPÚBLICA. Sociedad. INEI: Prevalencia de hipertensión aumentó en los últimos 4 años. 2019 Mayo.
24. Berenguer Guarnaluses LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. Medisan. 2016 Noviembre; XX(XI).
25. Eugenia SM, Patricia MM, Gabor VK. Factores de riesgo cardiovascular: hipertension arterial y dislipemias. Elsevier. 2011.
26. López Acedo Antonio FMMT,CFMI. Hipertensión Arterial. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 6. septiembre 2016..
27. Fernández López M. Hipertensión Arterial Sistémica. Hipertensión Arterial Sistémica. 2016;(15).
28. Angulo Prado IJ, Benítez Segura VI, Coral Bernal NY, Pauta Ortega ILRD, Mercedes. A. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un Municipio de Putumayo. Tesis de Titulación. ; 2015.
29. Castro RA. Complicaciones de la enfermedad hipertensiva. Tesis de Titulación. ; 2004.
30. Sanchez Sandoval DK. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la funcionalidad familiar en adultos medios. Parroquia La Avanzada. 2016..
31. Informacion farmacoterapia de la Comarca. Adherencia al tratamiento farmacologico en patologias cronicas. Infac. 2011; 19(1).
32. Prieto Saiz PJ. Aspectos generales de la adherencia al tratamiento y su aplicacion en la hipertensión arterial. Tesis de titulación. Cantabria.; 2012.
33. Veliz Rojas L. MSyBOA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovascular en usuarios de atencion primaria. Enfermería Universitaria. 2015 Diciembre; 1(3-11).
34. LA LR, SL RG, DI P, LZ. RS. Adhrencia al tratamiento: Concepto y medición. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. 2016 Junio; 21(1).
35. Díaz Porto Robles María L PDC. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Revista Griot. 2014 Nov.; VII(I).

36. Lago Danesi N. Adherencia al tratamiento, responsabilidad de todos. Tendencias en Medicina. 2015 Mayo; XXIII(46:90-109).
37. V PL, I MM. Adherencia al Tratamiento en el paciente Anciano. Informacion Terapeutica del Sistema Nacional de Salud. 2004; 28(5).
38. X. Nogués Solán MLSRJVG. Instrumento de medida de adherencia al tratamiento. Medicina Interna. 2007; 24(3).
39. Ramírez Huerta CP. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T. sometidos a hemodialisis que asisten al Centro de Dialisis Vida Renal SJM. Tesis de Titulación. Lima: Centro de Dialisis Vida Renal; 2014.
40. Peralta LM, Pruneda Carbajal P. Adherencia a tratamiento. Articulo de Revisión. 2012; 17(20).
41. Ávila Lillo C. La hipertensión arteria: importancia de su prevención. Tesis de Titulación. Madrid; 2015.
42. Ministerio de salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. 2015..
43. Orueta R. Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica. Clin.Med.Fam. 2006; 1(4).
44. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Med. Electron. 2014 Noviembre -Diciembre; 36(6).
45. Cisneros G F. Teorias y Modelos de Enfermeria. Fundamentos de enfermería. 2015 Febrero.
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Notas de Prensa. El 17,6% de la población de 15 y más años de edad tienen Hipertensión Arterial. 2017 Mayo.
47. Alza Rodriguez JV. Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del. Tesis de Titulación. Trujillo: Hospital I LUIS ALBRECHT ESSALUD; 2016.

48. Pabon Valera Y. Factores que influyen en la adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares. Working Papers. 2015 Septiembre;(17).
49. Chacín AM, Solórzano Rodríguez MY. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial. Tesis de Titulación. Ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera;; 2015.
50. Ocampo Rujel PA. Factores que influyen sobre la Adherencia al Tratamiento de Pacientes hipertensos atendidos Establecimientos Públicos. Uladech. 2014; V(2).
51. Cueva Laura EB. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociado en pacientes del C.E de Cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Tesis de Titulación. Tacna;; 2011.
52. Rodríguez Acelas Alba Luz GOAM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con Riesgo Cardiovascular. Avances de Enfermería. 2010; 28(1).
53. Ruiz Mori E. Diagnostico. Epidemiologia de la Hipertensión Arterial en el Perú. 2015 Octubre-Diciembre; 54(4).
54. Mancía G FRNKRJZABMea. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la Hipertensión Arterial. Revista Española de Cardiología. 2013; 11.
55. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. 2003.
56. Castells Bescós E. Hipertension Arterial. Medynet. .
57. Susan J. El American College of Cardiology y la American Heart Association. Medscape. 2017 Noviembre.
58. Suarez Montes ME. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años, en el Subcentro de Salud Reyna del Quinche. Tesis de Titulación. Guayaquil;; 2012.
59. Martínez PB. Adherencia de los pacientes hipertensión al tratamiento médico: una comprensión desde las teorías subjetivas. Tesis de titulación. Santiago;; 2012.

60. Herrera Guerra EdP. Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. Tesis de Titulación. Bogotá; 2010.
61. Antonio EByMT. Tratamiento farmacológico de la hipertensión. Medicina integral. 2001 Marzo; 37(5).
62. Rueda Vidarte JJ. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa. Tesis. Piura; 2018.