



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO-2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

ANDRES TENASOA, FLOR MERCEDES

MARREROS VIDAL, ESMERALDA MEDALIT

LIMA-PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por la oportunidad de vivir
y lograr nuestras metas

A nuestras familias por su apoyo
incondicional, son nuestra
bendición.

AGRADECIMIENTO

A nuestro asesor, por su apoyo y tolerancia.

A nuestra alma mater y a los diferentes docentes que nos formaron.

ASESOR DE TESIS

Mg. Wilmer Fuentes Neira

JURADOS

Presidente: Mg. Julio Mendigure Fernández

Secretario: Dr. Patrick Albert Palmieri

Vocal: Mg. Zareli Zabeli Glenni Garay

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESOR DE TESIS	v
JURADOS	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
RESUMEN	xii
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 . Planteamiento del problema	14
1.2 . Formulación del problema	19
1.3 . Justificación	20
1.4 . Objetivos	20
1.4.1. Objetivos Generales	21
1.4.2. Objetivos Específicos	21
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	22
2.1.1 Antecedentes internacionales	
2.1.2 Antecedentes nacionales	
2.2. Base teórica	33
2.3. Terminología básica	51
2.4. Hipótesis	52
2.5. Variables	52

2.5.1 Operacionalización de variables	
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y nivel de Investigación	55
3.2. Población y muestra	55
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	60
3.5. Aspectos éticos	60
CAPITULO IV : RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	62
4.2. Discusión	66
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	72
5.2. Recomendaciones	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	89
ÍNDICE DE ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1. Características demográficas de los pacientes encuestados.	62
Tabla N°2. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de los pacientes encuestados.	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N°1. Adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial en pacientes atendidos en el Hospital SJL 2017.	64
Gráfico N°2. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en los pacientes atendidos en el Hospital SJL 2017.	65

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento	90
Anexo B. Análisis de la confiabilidad del Instrumento.	98
Anexo C. Aprobación del Hospital SJL para aplicar Instrumento.	99
Anexo D. Respuesta de la Autora de Instrumento.	100
Anexo E. Cálculo de Estaninos: Factor Socioeconómico.	101
Anexo F. Cálculo de Estaninos: Factor Relacionado con el Proveedor.	102
Anexo G. Cálculo de Estaninos: Factor Relacionado con la terapia.	103
Anexo H. Cálculo de Estaninos: Factor Relacionado con el Paciente.	104
Anexo I. Factores Relacionados a la Adherencia al Tratamiento de la Hipertensión Arterial.	105

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital de San Juan de Lurigancho-2017.

Materiales y Métodos: Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. Muestra de 183 pacientes con hipertensión arterial. La recolección de datos se realizó mediante la encuesta, se utilizó el cuestionario para evaluar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico elaborado por Bonilla y De Reales en el 2006.

Resultados: Los resultados muestran que el 56,3% de pacientes encuestados son de sexo femenino, el 66,1% son casados, el 68,9% tienen estudios de secundaria, no se encontró pacientes con grado de instrucción superior, también encontramos que el 54,6% de los pacientes no son adherentes al tratamiento y el 32,2% de ellos se encuentra en riesgo de no adherirse al tratamiento; además que los factores socioeconómico y relacionado al proveedor son de alta influencia para la adherencia con 30,6%, además existe moderada influencia del factor relacionado al paciente con 54,6%.

Conclusiones: Se concluye que pacientes de sexo femenino tienen mayor posibilidad de asistir a la consulta, siendo la mayoría mayores de 60 años, existe escasa adherencia al tratamiento de la HTA, el factor más influyente es el factor socioeconómico y el relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud.

Palabras claves: “Adherencia”, “hipertensión arterial”, “factores relacionados”

ABSTRACT

Objective: To determine the factors that influence the adherence to the treatment of arterial hypertension in patients attended in the hospital of San Juan de Lurigancho-2017.

Materials and methods: Is a descriptive, cross-sectional study. With a sample of 183 patients with Arterial Hypertension. The data was collected through the survey, the questionnaire was used to evaluate the factors related to the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment developed by Bonilla and De Reales in 2006.

Results: The results show that 56.3% of the surveyed patients are female, 66.1% are married, 68.9% have secondary education, no patients with a higher level of education were found, the average found of the time of illness is 8, 1 years, we also find that 54.6% of patients are not adherent to treatment and 32.2% of them are at risk of not adhering; In addition, Socioeconomic factors and related to the provider are of high influence for adherence with 30.6%, in addition there is moderate influence of the factor related to the patient with 54.6%.

Conclusions: It is concluded that female patients are more likely to attend the consultation, the majority being older than 60 years, there is poor adherence to the treatment of hypertension, the most influential factor is the socioeconomic factor and the provider-related: system and health team.

Key words: "Adherence", "hypertension", "related factors"

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos y cuya característica principal es la elevación de la presión arterial sistólica y/o diastólica (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, uno de cada tres adultos tiene la presión arterial alta, sin embargo desconocen que tienen la enfermedad puesto que no siempre produce síntomas, como resultado más de 9 millones de muertes anuales, pues a mayor presión arterial, mayor posibilidad de efectos en órganos importantes, como cerebro y riñones (2). Por ello la hipertensión arterial es un factor de riesgo clave para las enfermedades cardiovasculares y es la principal causa de muerte por Enfermedades no Transmisibles con el 48% y se prevé que para el 2030 las defunciones se incrementarán a 25 millones (3).

Esta enfermedad produce una gran carga socioeconómica que disminuye el bienestar de la persona y su familia, conminando su desarrollo (4).

En Latinoamérica y el Caribe en el año 2015 se realizó un estudio para determinar la prevalencia de la hipertensión Arterial en la población adulta que va desde el 36,9% en Uruguay y Venezuela (cifras 3,6% mayores que en los encontrados en el 2010), en Cuba con 35,1%, en Argentina con 32,7% (4,6% más en el estudio anterior), en Ecuador, Brasil y México con 31,5%, en Bolivia con 19,6% y Colombia con 13,4%. Estos datos nos indican un aumento en la prevalencia de la HTA en Argentina que en el 2010 presentaba 28,1% (5,6).

En Chile la prevalencia de la hipertensión arterial según los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud en el 2003 fue de 33,7%; en el 2010 fue de 26,5% y en el 2016 se obtuvo una prevalencia de 27,6% (7).

La Organización Mundial de la Salud, en su informe “Adherencia a los tratamientos a largo plazo - Pruebas para la acción”, determina que la Adherencia al tratamiento es el grado en el que la persona sigue las recomendaciones recibidas por el personal de salud, sea el tomar los medicamentos y/o seguir una correcta alimentación y realizar un mejor ritmo de vida (8).

A nivel mundial, la proporción de pacientes que cumplen con su terapia hipertensiva, varía del 27% en Gambia, 43% en China y el 51% en Estados Unidos. En el caso de los pacientes tratados que

presentan un buen control de la presión arterial son el 30% en los EE. UU, el 7% en el Reino Unido y el 4,5% en Venezuela (9).

En Latinoamérica se encuentra que en Chile el 59,8% de la población hipertensa tiene conciencia de su enfermedad, sin embargo, solo el 36,3% se encuentra en tratamiento y el 11, 8% tiene su hipertensión controlada (5), se calcula también que la adherencia al tratamiento farmacológico en el Programa Salud Cardiovascular de este país es del 54% a los 4 meses de iniciada la terapéutica y de 35% a los 12 meses de tratamiento, porcentaje limitado teniendo en cuenta que la persona con hipertensión está comprometido a ingerir fármacos desde el primer mes en adelante (10).

En Colombia, el 41% de la población hipertensa presenta conciencia acerca de su enfermedad, sin embargo, a pesar de ello tan solo el 15% tiene la enfermedad controlada (5).

En México según los resultados encontrados en el estudio ENSANUT en el año 2016, el 40% de los hipertensos desconocían su diagnóstico, y de los que conocían su diagnóstico el 79,3% referían seguir el tratamiento farmacológico y de estos, el 58,7% presentaban cifras de presión arterial menor de 140 en la presión sistólica y menor de 90 en la presión diastólica (11).

En el Perú, según el informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el documento Perú: enfermedades transmisibles y no transmisibles del año 2016; realizado en población mayor de 15 años; el 17,8% de esta población se le encontró presión arterial alta, es en Lima Metropolitana donde la prevalencia es mayor

con 20,4% y en el resto de la costa se obtiene un 18,6% y más importante aún es que señala que el 66% de los pacientes hipertensos indican haber recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presión (12). Estos resultados son un tanto mayores al obtenido en el informe del 2015 donde se especifica que la prevalencia de la HTA es de 17,6% y en el caso de los hipertensos que recibieron y/o compraron medicamentos para controlar su hipertensión obtuvieron el 62,1% (13).

Unos años antes la Sociedad Peruana de Cardiología realizó el Segundo Estudio de Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares, Tornasol II entre Marzo 2010 y Enero 2011, realizada en personas mayores de 18 años de edad en 26 ciudades de todos los departamentos del territorio nacional, donde se obtuvo una prevalencia de la hipertensión arterial de 27.3% (14), lo que evidenció un incremento en comparación con las cifras halladas en el estudio Tornasol I realizado en el 2004, donde la prevalencia de la HTA era de 23.7%, además el estudio también nos refiere que los hipertensos que conocen su diagnóstico aumentaron a nivel nacional y regional, del 44.9% en el primer estudio al 48.2% en el Tornasol II; sin embargo de estos solo el 81.5% reciben algún tratamiento y el 18.5% no tienen tratamiento (15).

Según el estudio realizado por Carhuallanqui y colaboradores, la Adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en 103 pacientes atendidos en los consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia fue de un 37,9% (16).

Existe también la investigación de Ocampo sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos de las ciudades de Trujillo y Chimbote, quien encuentra un porcentaje alto de pacientes no adherentes al tratamiento con un 60,83% y 79,8%, respectivamente (17).

En el 2013, Apaza realiza un estudio sobre Adherencia y control de la HTA, en pacientes pertenecientes a un programa de hipertensión de la Red ESSALUD en Tacna, obteniendo que a la mayoría de los 517 pacientes se le había olvidado alguna vez, tomar sus fármacos contra la hipertensión, resultando un porcentaje de no adherencia del 68,7% (18).

Según las estadísticas presentadas en el ASIS del hospital San Juan de Lurigancho, en el 2015 la hipertensión arterial se posiciona en el segundo lugar como causa de morbilidad en la consulta de Medicina Interna con 335 casos que representa el 7% del total de los atendidos (19). Cifras que en el Análisis de la situación de salud del 2016 se ven incrementados en un 2% que equivale a 351 casos nuevos.

Además se documenta que las emergencias hipertensivas ocupa el cuarto lugar como causa de morbilidad en pacientes de 50 a 59 años con 97 casos que representa 4% del total de casos y el tercer lugar en mayores de 60 años con 222 casos (20).

Es por ello que nuestra investigación nace de la preocupación por conocer el motivo de la gran afluencia de pacientes en los consultorios de medicina interna de dicho nosocomio, al interactuar con los pacientes, nos dimos cuenta que la gran mayoría de estos

tenían como diagnóstico Hipertensión Arterial, además pudimos visualizar que a la toma de presión arterial, predominaba la presión alta, en la entrevista realizada a estos pacientes, al preguntarle sobre su tratamiento nos brindaron expresiones como: “a veces no me acuerdo de tomar las pastillas”, “..Lo tomo cuando ya me siento mal”, “...no se para que son las pastillas, las tomo porque el doctor me las da, le preguntamos también sobre su sentir respecto a la enfermedad y encontramos opiniones como “...me siento mal, yo no me sentía enferma hasta que me empezó a doler muy fuerte la cabeza”, además de expresiones como: “a veces no tengo para venir a atenderme, falta la plata en mi casa Srta.”... entre otras expresiones que nos lleva a formular la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán las características que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital de San Juan de Lurigancho-2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Nuestra investigación aporta valiosa información acerca de aquellas condiciones que impiden o dificultan que los hipertensos se adhieran a su tratamiento, información importante y de gran ayuda para explicar por qué en el hospital SJL las cifras de Hipertensos y las muertes por enfermedades hipertensivas siguen en aumento.

El propósito de esta investigación es que constituya una línea basal que facilite el diseño de estrategias de intervención eficaces y oportunas que optimicen el control y disminuya los costos institucionales por tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial.

Esta investigación se pone a disposición de los profesionales de salud que prestan servicios a los pacientes con Hipertensión Arterial, un instrumento de recolección datos relevantes, confiables y validados, que brinda información sobre la problemática de cada paciente y que permita establecer aquellas determinantes que influyen en el comportamiento de los pacientes hacia su tratamiento, tanto farmacológico como el seguimiento de las recomendaciones dietéticas y hábitos saludables.

1.4. OBJETIVO

1.4.1 Objetivo General

Determinar las características que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital de San Juan de Lurigancho-2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características demográficas de los pacientes con hipertensión arterial.
- Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial.
- Identificar las características influyentes en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Marlín Solórzano R, realizó una investigación sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA en el Área hospitalaria Dr. Enrique Tejera en Valencia-España; en el año 2015; investigación de tipo observacional, descriptivo, no experimental, de corte transversal, con la finalidad de determinar el grado de adherencia al tratamiento en las personas con HTA, esta investigación se realizó en una muestra de 110 personas que padecen hipertensión y se atendieron en los consultorios externos de dicho nosocomio, para este estudio se utilizó el cuestionario de Morisky- Green-Levine y el instrumento para evaluar la adherencia creado por Bonilla y De Reales, en su cuarta versión del 2008 modificada por Consuelo Ortiz Suárez. Al analizar los resultados del Test Morisky-Green-Levine, Solórzano encuentra una adherencia al tratamiento antihipertensivo del 35%; en cuanto a los resultados obtenidos del instrumento de Bonilla, el

autor obtuvo que el 34,5% de los hipertensos presentaron ventajas para la adherencia, el 49,1% tenían riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y un 16,4% no respondían a comportamientos de adherencia. La autora examinó también las dimensiones del instrumento por separado, obteniendo que en el factor socioeconómico el 42% de la población se encuentra en riesgo alto, el 36% en riesgo medio, seguido del factor relacionado con la Terapia con un 20% en riesgo alto y un 24,5% en riesgo medio, en el factor relacionado con el proveedor de servicios se encontró un 9% de riesgo alto y un 23% de riesgo medio; en los factores relacionados con el paciente se halló un 1% de riesgo alto y un 24% de riesgo medio para la adherencia.

El autor concluye en que la mala adherencia al tratamiento farmacológico se asocia a un pobre control de la hipertensión arterial, además que el 65% de la población se encuentra en riesgo medio y alto de no desarrollar comportamientos de adherencia (21).

López Erazo Oswaldo, presenta su estudio sobre Factores influyentes en la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos en los consultorios externos del Hospital Pablo Arturo Suarez en la ciudad de Quito-Ecuador, en el año 2013 estudio de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal, no probabilístico que corresponde al tipo de una investigación cuantitativa, con el objetivo de definir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de personas hipertensas, los factores influyentes de la no adherencia y postular un perfil sobre la actitud de las personas

hacia su tratamiento ; esta investigación fue realizada en una muestra de 200 personas registradas con hipertensión esencial que acuden a la consulta externa del Hospital "Pablo Arturo Suarez". Se usó el Test de Morisky-Green-Levine y un test de 20 preguntas agrupados en cinco dimensiones propuestas por la OMS para evaluar los factores influyentes, obteniendo como resultados una moderada prevalencia de personas hipertensas no adherentes con un 72% y en cuanto a los factores influyentes se encontró que la condición socioeconómica de los pacientes es la de mayor influencia en la adherencia.

El autor concluye en que el grado de adherencia fue de 30% y no obstante los factores más influyentes están relacionados con la condición socioeconómica y demográfica desfavorable. En consecuencia los pacientes hipertensos intervenidos tienen un perfil de paciente incumplidor (22).

Salcedo Barajas Ariel y Gómez Ochoa Ana, en el año 2011, presentan su estudio sobre Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas hipertensas internadas en el Hospital Universitario Santander de Colombia, estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con la finalidad de determinar los grados de riesgo en la adherencia al tratamiento de personas hipertensas, el estudio fue efectuado con 282 personas hipertensas, utilizaron el instrumento para evaluar la adherencia de Bonilla y De Reales en la última versión del 2008 por Consuelo Ortiz Suárez. Las autoras realizan un aporte a la psicometría del instrumento, categorizando las dimensiones por separado mediante la obtención de puntajes por escala de

Likert. En consecuencia los resultados muestran que el 18.4% de hipertensos evaluados se encuentran en riesgo alto de no adherirse al tratamiento, el 47.2% en un nivel de riesgo medio y el 34.4% de los pacientes con hipertensión en un nivel de riesgo bajo. En el análisis de las dimensiones se obtiene que en el factor socioeconómico el 49,5% de la población se encontró en el nivel de riesgo alto, un 24.7% en riesgo medio y un 25.8% en riesgo bajo, en los factores relacionados con el proveedor el 31.2% presentó un grado de riesgo bajo, el 36.2% mostró un grado de riesgo medio y el 32.6% presentó un grado de riesgo alto, en los factores relacionados con la terapia mostró que el 18.1% de las personas del estudio se encontró en la categoría de riesgo alto de adherencia y no poseía conocimientos que le favorecieran la continuidad del tratamiento, el 35.2% de la población se encontró en la categoría de riesgo medio y el 46.4%, en una categoría de riesgo bajo; en los factores relacionados con el paciente se mostró que el 1.4% de la población se encontró en la categoría de riesgo alto, el 18.4% se encontró en un categoría de riesgo medio y el 80.1% se encontró en un riesgo bajo.

Las autoras concluyen que los datos alarmantes predicen la actitud de las personas en la adherencia. Entre los aspectos que se destacan como negativos, están los factores socioeconómicos, el factor relacionado con el proveedor, el sistema y el equipo de salud; como positivos, los factores relacionados con el paciente y con la terapia (23).

Rodríguez Acelas Alva y Gómez Ochoa Ana, en el año 2010, presenta su estudio sobre “Factores influyentes en la adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular”, en Bucaramanga- Colombia, la investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo, con la finalidad de describir y analizar los factores influyentes en la adherencia farmacológica de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares, el estudio fue realizado con una muestra de 172 participantes. El instrumento utilizado fue diseñado por Bonilla, los resultados encontrados, detallan: 80,8% de los pacientes presentan alto riesgo de no adherirse, 12,8% se adhiere al tratamiento y el 6,4% no presenta comportamientos de adherencia al tratamiento. Los resultados también muestran que las edades de los participantes fluctúan de entre 23 a 85 años, en cuanto a la asistencia en mujeres fue 63,4% a diferencia que en los varones la asistencia fue del 36,6%.

Las autoras concluyen en su estudio que es menester del personal asistencial el fortalecer la adherencia en la creación y/o el fortalecimiento de los programas educativos en materia de salud (24).

Flórez Torres Inna en el 2009, presenta su investigación titulada “Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular”, en la ciudad de Cartagena-Colombia, estudio descriptivo que tuvo como objetivo detallar las causas que condicionan el tratamiento en personas con riesgo de patologías cardíaca, el estudio se realizó con una muestra de 293 personas de los programas de HTA y diabetes de la mencionada institución, estos

fueron seleccionados de manera aleatoria. La autora utilizó el instrumento elaborado por Bonilla y De Reales. Como resultados el 88% de las personas tenían una categoría sin riesgo de no adhesión al tratamiento y 12%, en riesgo moderado. En el análisis de los factores socioeconómicos se observó que el 82% de los pacientes se encuentra en riesgo de no adherirse y el 18% en riesgo moderado; en los factores relacionados con el proveedor el 83% de los pacientes se encuentra en riesgo de no adherirse y el 17% en riesgo moderado, en el factor relacionado con el paciente se encontró que el 50% se encuentra en la categoría de no adherirse mientras que el 47% presenta un riesgo moderado; en cuanto a los factores relacionados a la Terapia el 85% de los pacientes se encuentra en riesgo de no adherirse y el 14% en riesgo moderado.

Flores concluye que las causas que favorecen la adherencia son la solvencia económica para compensar las necesidades básicas, el contar con un soporte familiar, además contar con un equipo de salud estructurado. La no adherencia al tratamiento fue relacionada con la carencia de orientación del equipo de la salud, en la administración de sus medicamentos, el que haya déficit de orientaciones escritas sobre su tratamiento, la confusión de los pacientes originadas por cambios del médico, así mismo menciona que hay mayor riesgo de no adherencia de acuerdo a como el paciente percibe la gravedad de su enfermedad (25).

Herrera Lían Arleth, para el año 2008, publica su estudio: "Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de

enfermedad cardiovascular”, Cartagena-Colombia, la investigación fue realizado de tipo descriptivo-cuantitativo, con el objetivo de detallar las causas que predominan en la adherencia al tratamiento de pacientes con riesgo de patología cardíaca en una institución de salud llamada Caja de Previsión Social de una Universidad de Cartagena, estudio realizado en una muestra con 262 participantes con de riesgo de patología cardíaca inscritos en dicha institución. Se aplicó la última versión del cuestionario elaborado por Bonilla y De Reales, propuesta por Consuelo Ortiz Suárez en el 2008. Los resultados alcanzados según las dimensiones nos muestran que en la dimensión relacionada con los factores socioeconómicos el 83,59% de los participantes se ubican sin riesgo de no adherencia y el 16,41% se encuentran en riesgo moderado, en cuanto a la dimensión relacionada con el proveedor, el 84,35% de los pacientes se sitúa sin riesgo de no adherencia y el 5,65% en riesgo moderado, en la dimensión relacionada con el paciente, el 53,82% de los participantes se encuentra sin riesgo de no adherirse y el 46,18% en riesgo moderado, en los factores relacionados con la terapia, 92,36% de los participantes no presentan riesgo de no adherencia; del total de los participantes un 92% se encuentra sin riesgo de no adherirse.

La autora concluye que la mayor proporción de pacientes con factores de riesgo de patología cardiovascular se encontró sin riesgo de no adherirse al tratamiento (26).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Medina Gutiérrez, Rayda , Rojas Morales, Jessica y Vilcachagua Castillo, Janneth en el año 2016 presenta su tesis denominada factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, en la ciudad de Lima-Perú, el estudio es de tipo descriptivo de corte transversal. con el objetivo de determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto y adulto mayor del hospital Nacional Cayetano Heredia, la muestra de estudio estuvo conformada por 150 pacientes, en quienes se aplicó el test de Morisky, Green - Levine y el instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, se utilizó la prueba Chi cuadrado para determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento y los factores. Resultados: se encontró que la mayoría de pacientes eran adultos mayores (80%) y del sexo femenino un (64%). Respecto a la adherencia al tratamiento, se encontró que en el test de Morisky un 16% de pacientes fueron adherentes; en la categorización por factores se encuentra que en el factor socioeconómico el 45% se encuentra en la categoría de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento y el 46% no puede responder con comportamientos de adherencia, además se evidencia porcentajes altos en la categoría en ventaja para la adherencia en el factor relacionado con la Terapia con 53% en el factor relacionado con el proveedor de salud con el 79% y en el factor relacionado con el paciente con el 96%.

Las autoras concluyen que el personal de salud debe trabajar en el factor que se ha encontrado asociado a la adherencia al tratamiento para mejorar el autocuidado de los pacientes (27).

Ojeda Sarmiento Noemí, en el 2015 presenta su tesis: “Factores influyentes de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular en consultorios externos de cardiología del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, Lima- Perú, investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, con la finalidad de identificar las causas que influyen en el tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo de patología cardíaca en el consultorio de cardiología del Centro Médico Naval. La evaluación estuvo conformada por 220 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, para la obtención de datos. La autora uso el instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en su cuarta versión”, modificada por Consuelo Ortiz, los resultados encontrados fueron que en el factor socioeconómico el 55% de los participantes se encuentran en riesgo de no adherirse al tratamiento, el 59% presenta riesgo a no adherirse al tratamiento farmacológico, en el factor relacionado al proveedor, sistema y equipo de salud; en la terapia, el 48% está en riesgo de no adherirse al tratamiento y el 98% de los participantes están en ventaja a adherirse según la dimensión relacionada al paciente.

La autora concluye que la presencia de varios factores condiciona en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los participantes con riesgo de patología cardíaca (28).

Ocampo Rujel Percy, en el 2014 presenta su tesis “Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos”, realizado en ciudades de Trujillo y Chimbote-Perú, investigación cuantitativa de tipo correlacional, con finalidad de determinar el grado en el que los pacientes hipertensos se adhieren al tratamiento y sus factores determinantes, la población estudiada estuvo conformada por 204 pacientes con HTA. El autor utilizó los cuestionarios de Heiness Sackett, Morisky Green Levine y Test de Recuento de comprimidos además de un cuestionario para medir los factores relacionados que comprende 20 preguntas organizadas en 5 grupos. Como resultado el porcentaje de la no adherencia es en Trujillo del 60,83% y en Chimbote de un 79,76% y en cuanto a los factores que influyen en la no adherencia destacan el ámbito social y el trato del profesional de salud.

En su investigación Ocampo concluye con la denominación de los pacientes como incumplidores al tratamiento farmacológico y que acciones negativas influyentes como el entorno social y una percepción negativa del trato por parte del personal asistencial (17).

Romero Sajami Marco y Tanchiva Ñape Pedro, en el año 2012, presenta su tesis denominada: “Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión arterial primaria en pacientes adultos de la ciudad de Iquitos-Perú, la

investigación es de tipo descriptivo, transversal, con la finalidad de describir la adherencia al tratamiento de la HTA primaria en pacientes adultos hipertensos de la mencionada institución, la población estudiada estuvo constituida por 62 pacientes que pertenecen al Programa, los autores utilizaron el cuestionario MBG (Martín-Bayarré-Grau). Los resultados fueron que el 58.1% de los encuestados fueron mujeres y el 41.9% fueron varones, el rango de edad estuvo comprendida entre 43 y 53 años, el 41.94% de los pacientes tienen estudios superiores y en cuanto a la adherencia farmacológica de la Hipertensión Arterial, se halló una adherencia parcial al tratamiento con el 57.29%, de la población estudiada.

Los investigadores concluyen que el estudio permitió saber si el paciente cumple o no cumple con las recomendaciones médicas (29).

Cueva Laura Edgar, en el 2011 presenta su tesis: “Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados en pacientes del consultorio externo de cardiología del Hospital Hipólito Unanue”, en la ciudad de Tacna-Perú, investigación de tipo prospectivo, transversal y de correlación, con el objetivo de establecer la adherencia farmacológica y factores influyentes en las personas y detallar la unión entre la adherencia antihipertensiva e hipertensión arterial no controlada, el estudio estuvo conformado por 211 participantes de la consulta externa. La autora utilizó el Test de Morisky Green Levine y una ficha de recolección de datos para factores que influyen sobre la no adherencia farmacológica elaborado por la autora. El resultado que presenta fue que la falta de adherencia de la HTA

fue 64.4% y en cuanto a los factores que influyentes fueron la edad de los pacientes mayor a 65 años, además del bajo nivel educativo, el desempleo, el no cumplir con dieta adecuada.

El autor concluye que la no adherencia farmacológica en la hipertensión está unida de forma importante a HTA no controlada (30).

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Hipertensión Arterial

A. Definición

La HTA, descrita por MINSA como una patología crónica, sin etiología definida, cuya característica principal es el aumento de la tensión arterial sistólica y/o diastólica (1). En el octavo informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC8-2013) se recomienda el tratamiento a partir de 150/90 mmHg en mayores de 60 años y desde 140/90 mmHg para todos los demás hipertensos (31). Sin embargo en noviembre del presente año el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del corazón emitieron nuevas guías sobre la hipertensión, donde se define a la HTA en etapa 1 cifras de 130 a 139 mmHg u 80 a 89 mmHg en la presión diastólica y sistólica respectivamente (32).

La Hipertensión Arterial es una patología en la cual la presión producida por la sangre dentro de las arterias es elevada, esto trae como complicación un daño progresivo en varios órganos, además del esfuerzo adicional del corazón para bombear la sangre por los vasos sanguíneos (33).

B. Etiología

La HTA primaria, esencial o idiopática no presenta una causa identificada, existen varios factores asociados. Dentro de estos factores se encuentran, el

consumo de alimentos con alto contenido de sodio y grasa, la deficiente ingesta de alimentos de origen vegetal, el consumo excesivo de productos alcohólicos y el tabaco, el insuficiente ejercicio físico, el inadecuado control del estrés, existen también algunos factores metabólicos como la diabetes, la hipercolesterolemia, el sobrepeso o la obesidad (2), además los factores genéticos ejercen un papel importante en el origen de esta enfermedad ya que es tres veces más frecuente en personas con antecedentes familiares de HTA (5).

C. Clasificación de la Hipertensión Arterial

Según las nuevas guías de hipertensión de la ACC/AHA 2017, la presión arterial normal sería menor de 120 en la PA sistólica y menor de 80 en la PA diastólica, cifras de entre 120 a 129 en la PA sistólica y menor de 80 en la PA diastólica es considerada como elevación de la presión arterial, cifras de 130 a 139 u 80 a 89 en la PA sistólica y diastólica respectivamente es considerada como Hipertensión en etapa 1, dejando atrás la clasificación propuesta por la JNC7, que la definía como pre-hipertensión, cifras mayores de 140/ 90 son consideradas como hipertensión etapa 2 (32).

D. Cuadro clínico

La HTA en la mayoría de casos no presenta síntomas (2). Es más frecuente diagnosticar a un paciente con Hipertensión cuando ya presenta serias afecciones graves en los órganos diana, por ejemplo patologías cardíacas como: la insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, pérdida de la visión por retinopatía o problemas neurológicos

cerebrovascular o disfunción eréctil (1). En ocasiones pueden presentar síntomas como dolor de cabeza, problemas para respirar, dolor en el tórax, alteraciones en la visión, náuseas (2).

En la hipertensión leve el dolor de cabeza suele aparecer en la zona frontal y desplazarse a la zona occipital y en ocasiones originarse por las mañanas. En la hipertensión arterial grave, el dolor de cabeza occipital es más constante y uno de los síntomas que alerta al paciente. Otros síntomas atribuidos a HTA son zumbido de oídos, sangrado de la nariz o mareos (34).

E. Diagnóstico de la hipertensión

El procedimiento para realizar el diagnóstico de la HTA, comprende la evaluación del historial médico, un control en las mediciones repetidas de la tensión arterial, los exámenes auxiliares, dichas actividades tienen como finalidad principal determinar el nivel de la tensión arterial, investigar los posibles factores y establecer el riesgo cardíaco y el posible daño de órganos blanco diana (33).

Es imprescindible controlar la presión arterial aplicando una técnica adecuada, contando con un instrumental adecuado y debidamente calibrados cada seis meses (33), se usan dispositivos electrónicos y aneroides. Se mide dos veces al día, mañana y tarde; dos mediciones seguidas un minuto después del otro y la persona en sedestación (2). Los profesionales de la salud que realizan el control de la presión arterial deben encontrarse adecuadamente capacitados para una correcta toma. (34).

El diagnóstico de hipertensión arterial y la designación del riesgo cardiaco se realiza en el centro de salud donde el paciente recibe atención si fuera su primera atención y en el examen se determina algún daño a los órganos diana y se deberá referir al paciente a un establecimiento de salud con características de segundo o tercer nivel de atención para su evaluación especializada (1). Para el diagnóstico de la hipertensión arterial se realiza la anamnesis y exploración física. (35).

Dentro del examen físico se evalúa el peso, la talla, la circunferencia de la cintura/cadera y el cálculo del Índice de Masa Corporal; se inspecciona las facies de la persona para descartar síndrome de Cushing, se realiza la determinación de presencia de edema, se verifica la presencia de pulsos periféricos (36).

Dentro de los exámenes auxiliares que se realizan se encuentran la determinación de la Hemoglobina y el hematocrito, glucosa plasmática en ayunas, colesterol total LDL-HDL, triglicéridos, potasio y sodio, creatinina y ácido úrico sérico, análisis de orina: para detectar micro albuminuria y proteinuria, de igual modo electrocardiogramas (ECG) entre otras que disponga el facultativo según la historia médica, el examen físico y los resultados de los exámenes anteriores como monitorización de la PA en el domicilio y ambulatoria de 24 horas, ecocardiograma, monitorización con Holter, ultrasonidos carotídeos y en venas periféricas, velocidad de la onda de pulso, fundoscopia y exámenes adicionales para detectar daño cerebral y HTA secundaria.(37).

F. Tratamiento de la hipertensión arterial

El objetivo del tratamiento la hipertensión arterial es contrarrestar la progresión de las complicaciones cardiovasculares y daños orgánicos disminuyendo la morbi-mortalidad, esto se realiza con el control dentro de los límites normales de la HTA y el control de factores de riesgo para la aparición de afecciones cardiovasculares, mediante el cambio de vida del paciente y en muchos de los casos es necesario el agregado de medicamentos (38).

-Tratamiento no farmacológico

La modificación del estilo de vida, es una de las primeras medidas, tiene por objetivo normalizar la presión arterial en pacientes con HTA con terapia farmacológica, sin afecciones en los órganos principales ni enfermedades cardiovasculares. Como se describe en la guía ESH/ESC 2013 un adecuado estilo de vida permitirá prevenir la HTA en no hipertensos, retrasar el tratamiento no farmacológico en hipertensos grado 1 y acompañado de un control de la presión arterial, disminuir los otros factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (37). La corrección de hábitos no adecuados es de gran utilidad como colaboradores con la terapia antihipertensiva (39).

En un estudio correlacional realizado en una muestra de 200 hipertensos, donde se pretende analizar la relación de la forma de vida y el control de la HTA en un programa adulto mayor en el Hospital Rene Toche Groppo de ESSALUD en Chincha Alta, se demuestra que existe asociación entre el patrón de alimentación, actividad física, descanso y horas de siesta

después de almorzar, hábitos nocivos (consumo de tabaco) y la adherencia al tratamiento farmacológico y el control de la hipertensión en el paciente mayores (40).

a. Reducción del peso corporal

Dentro de los cambios en la forma vida de los pacientes se encuentra la necesidad de bajar de peso, que se lleva a cabo mediante la reducción de alimentos con alto contenido calórico; esta reducción es indicada para los hipertensos y en especial para los pacientes con sobrepeso u obesidad androide en los cuales la grasa predomina en la zona abdominal (41). La reducción del peso se realizara de manera gradual de en un plazo de seis meses con una disminución semanal de medio kilo a un kilogramo de peso, después de perder el peso adecuado, se implementa un plan de alimentación y ejercicio para el mantenimiento del peso corporal logrado. Sin embargo no es necesario lograr un peso ideal, sino que se debe reducir un tercio del exceso de peso para lograr ir bajando las cifras de PA, esta mínima reducción equivaldría a una disminución de entre 5 y 20 mmHg de la presión arterial. (42).

b. Ejercicio regular isotónico

La segunda medida indicada en hipertensos sin afecciones cardiacas, es la realización de leves ejercicios aeróbicos, como caminatas, trote, ciclismo, natación, los ejercicios irán aumentando de manera gradual, hasta lograr 45 a 60 minutos, cinco días de la semana. Los hipertensos que presenten afecciones cardiacas deben ser evaluados con detenimiento para determinar

el ejercicio conveniente a su situación de salud. El paciente hipertenso debe ser orientado y motivado a realizar actividad física y por ende disminuya su tensión arterial y consiga disminuir el riesgo de enfermedades coronarias, pues se ha demostrado que el ejercicio es un buen instrumento terapéutico, ya que pacientes con hipertensión arterial con buena actividad física tienen menos posibilidad de muerte que los hipertensos con sedentarismo; algunos estudios han comprobado que los ejercicios aeróbicos logran una disminución de 4,9/3,7 mmHg en la hipertensión, disminución que no fluctúa ni con la frecuencia ni con el énfasis del ejercicio, planteando así, que todas las formas son positivas (43).

c. Dejar de fumar

Es recomendable que los hipertensos desistan del hábito de fumar, pues origina un incremento de la hipertensión arterial diurna en el monitoreo en la presión, causa también un incremento de la resistencia a la insulina, entre otras complicaciones. Todos los pacientes con hipertensión arterial que fumen deberán recibir las recomendaciones necesarias para el abandono del tabaco, el cual es un objetivo complicado pues el hábito provoca un vicio, sin embargo la conciencia acerca de las complicaciones en la salud y la voluntad de son las principales herramientas que garantizan el éxito. Sin embargo se debe hacer notar que existen estudios que demuestran que los efectos negativos del consumo del tabaco también lo sufren los fumadores pasivos, el tabaco produce incremento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca hasta quince minutos después de alejado el cigarrillo (37).

d. Disminución del consumo de bebidas alcohólicas

El médico José Rosado, especialista en cardiología de la clínica Internacional, detalla que consumir más de 30 ml alcohol diario incrementa la tensión arterial de forma permanente. Este aumento es mayor cuando el paciente es fumador y cuando existe hipercolesterolemia, además indica que ingerir de dos a más copas de licor diario aumenta el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular; por tanto existe una relación estrecha entre el beber alcohol y la prevalencia de la hipertensión arterial. Los estudios indican que la Hipertensión se incrementa con un consumo de alcohol mayor de 210 g/semana o 30 g/día en los varones y a partir de 140 g/semana o 20 g/día en las damas, por tanto la recomendación para los pacientes sería que se mantengan sin beber o al menos reducir su ingesta (44).

e. La dieta DASH

La dieta DASH es una forma de alimentación que puede controlar la tensión arterial, el plan consiste en comer frutas, verduras, grasas saludables, y productos lácteos con bajo contenido en grasa o cero grasa, DASH significa estrategias dietéticas para detener la hipertensión; los productos de origen vegetal y los productos lácteos en la dieta tienen alto contenido de calcio, potasio y magnesio. Obtener abundante cantidad de estos minerales y comer menos grasas no saludables y alimentos procesados puede ayudar a bajar la presión arterial (45).

f. Reducción del sodio

La dieta del hipertenso es un factor primordial para su tratamiento, los estudios realizados sobre este tema evidencian que la disminución del consumo de sal reduce la presión de 2 hasta 8 mmHg (42). Además de la disminución de las cifras de la presión arterial también logra aumentar la eficacia del tratamiento de la enfermedad (39). En las nuevas guías de la ACC/AHA se recomienda disminuir el consumo de sodio a menos de 1500 mg/día, además indica aumentar el consumo de potasio a 3500 mg/día a través de la ingesta (32).

-Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico antihipertensivo estará sujeto al nivel de riesgo cardiovascular realizado durante la evaluación integral del cliente, considerando principalmente la medida de la presión arterial, además del riesgo y tener en cuenta también si el paciente presenta otras enfermedades y daños en órganos principales. Los hipertensos que inician tratamiento farmacológico son aquellos que han modificado sus estilos de vida por lo menos 6 meses sin obtener los resultados esperados en su presión arterial, también iniciaran los pacientes mayores de 60 años con presión arterial sistólica menor o igual de 150 mmHg o presión arterial diastólica menor o igual de 90 mmHg, en la población hipertensa menor de 60 años inician terapia con presión arterial sistólica menor o igual de 140 mmHg o presión arterial diastólica menor o igual de 90 mmHg (31). Solo prescribirá tratamiento farmacológico para la hipertensión de Etapa I, si un paciente ya ha tenido un evento cardiovascular como un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, o tiene un alto riesgo de sufrir un ataque cardíaco o un

accidente cerebrovascular en base a la edad, la presencia de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o el cálculo del riesgo aterosclerótico (32).

Los medicamentos antihipertensivos eficaces y aceptados de primera elección en monoterapia son los: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, 13-bloqueadores, bloqueadores de los canales de Ca y diuréticos tipo tiazidas. En personas adultas de 60 años, no se debe utilizar los 3-bloqueadores como primera elección (42).

Los fármacos son recursos terapéuticos para cuidar la salud pero sus beneficios se verán afectados por la falta de cumplimiento. Según el Doctor Javier Soto, del Departamento de Fármaco Economía de Pfizer, “la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos”; la no adherencia se traduce en una complicación en el estado de salud, en un aumento de la morbimortalidad, en mala calidad de vida y en la obligación de dar otros tratamientos aumentando el consumo de recursos (46).

2.2.2. Adherencia

A. Definición

Ortego y colaboradores hacen referencia que el padre de la Medicina, Hipócrates, había observado que las personas decían mentiras cuando se les preguntaba si habían tomado sus medicamentos. Por tanto hoy en día

hay estudios sobre testimonios y otras conductas relacionadas con la adherencia (47).

Y es desde 1970 donde la preocupación sobre la adherencia terapéutica capta mayor interés, tal es el caso que Libertad M, hace una exploración de las diferentes interpretaciones del termino; en dicho análisis encontramos diferentes conceptos, se describe por ejemplo que los más utilizados son el de cumplimiento y adherencia, en cuanto a “cumplimiento”, aparece la definición de Haynes, en 1979 “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (48).

A diferencia de Nogués y colaboradores quienes proponen que la adherencia incluye el cumplir con tomar la dosis prescrita y la persistencia para tomarla; esta definición propuesta solo hace referencia la toma de medicamentos mas no sugiere nada acerca las recomendaciones dietéticas y hábitos saludables a seguir (49).

Casanova resalta que tras el acuñamiento del término, diversos autores, como el caso de Ferrer en 1995, manifestaron sus críticas en relación al término cumplimiento y plantearon la sustitución por el de “adherencia”, para originar una mayor coparticipación entre los profesionales y pacientes, al igual que Di Matteo y DiNicola, quienes en 1982, señalaron a la adherencia como “implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (50).

Para estos autores, el término “cumplimiento” no era una definición correcta ya que la responsabilidad sobre el tratamiento de la enfermedad, no solo debe recaer el profesional de salud sino que además implica una participación activa del paciente.

Para Buitriago, la adherencia terapéutica abarca tanto la ejecución del tratamiento farmacológico y dar consecución a las sugerencias de adoptar estilos de vida saludables (51).

Es en base a la definición descrita por Haynes, la OMS propone que la adherencia es el grado en el que el paciente toma sus medicamentos, sigue una dieta alimentaria adecuada y ejecuta un modo de vida saludable, de acuerdo a lo acordado con el personal de salud (8).

Como se puede entender la adherencia es seguir el tratamiento farmacológico como no farmacológico.

B. Implicancias de la no adherencia

El no seguir el tratamiento constituye un problema complejo predominante en la práctica clínica especialmente en el control de las patologías crónicas, este fenómeno abarca diversas situaciones. En las enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud, considera la falta de adherencia un problema principal de la salud pública debido a las repercusiones negativas como fracaso del tratamiento, mayores índices de hospitalización, complicaciones de la enfermedad que reducen la calidad de vida de los pacientes.

Dilla y coautores refieren que no adherirse al tratamiento trae repercusiones, tanto clínicas como económicas, las primeras van a depender de si se llega a iniciar el tratamiento o se interrumpe cuando se ha iniciado, dependerán fundamentalmente de la gravedad, cronicidad, curso sintomático o no, pronóstico de la enfermedad, del fármaco, cuyas propiedades farmacocinéticas y farmacodinamias determinaran el grado de cobertura y de mantenimiento del efecto terapéutico. En cuanto a las consecuencias económicas, la falta de adherencia produce un incremento en los costos de salud, que se originan debido al incremento de internamientos, visitas a los centros de salud, aumentos en la cantidad y en la prescripción, o aumento en la realización de pruebas invasivas, etc. y en conclusión la falta de adherencia de las pautas terapéuticas produce una carga económica y repercute en el incumplimiento de los objetivos de salud trazados (52).

Para la OMS, la adherencia terapéutica deficiente es una situación alarmante, que en cifras porcentuales, en el 2003 indicaban que solo el 50% de la población que sufre enfermedades crónicas son adherentes al tratamiento (8).

C. Factores que influyen en la Adherencia

Los factores que inciden en la terapéutica farmacológica y no farmacológica se detallan como una agrupación de aspectos o situaciones determinan que el hipertenso desarrolle conductas para cuidar su salud y seguir las indicaciones dictadas por el Médico tratante.

Sabate, quien se encarga de coordinar el proyecto sobre Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo, esta es determinada por un conjunto de cinco factores o dimensiones (8).

-Factores socioeconómicos

Según los estudios no se han podido demostrar que el factor socioeconómico sea predictivo en la adherencia, sin embargo en los países en vías de desarrollo donde el nivel socioeconómico es deficiente, difícilmente las personas tienen la disponibilidad económica para atender las necesidades básicas de su familia como alimentación, vivienda, educación; entonces se encuentran en una posición de elegir estas “prioridades” para solucionar las carencias de su familia, en lugar de su salud propia o que por la falta de dinero no pueda acudir al hospital para retirar sus medicamentos o para comprarlos si su proveedor se queda sin stock, ocasiona gran dificultad para tomar los medicamentos a la hora indicada (20).

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son el estado socioeconómico deficiente, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social adecuados, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar (8).

Para Bonilla, la falta de ingresos reduce el acceso de los pobres a los recursos ambientales básicos para la supervivencia como alimento, vestido,

salud, según la información recopilada por esta autora, el ser pobre lleva a una mala salud y esta puede llevar a una incapacidad para trabajar y viceversa (53).

-Factores relacionados con el proveedor: el sistema y equipo de salud

En este factor describe que una correcta adherencia al tratamiento se debe a una exitosa relación que se dé con el profesional de la salud: medico-enfermero-paciente (54), dicha relación puede mejorar la adherencia al tratamiento, sin embargo existen situaciones que producen situaciones hostiles, como los servicios ineficientes de atención sanitaria, un seguro sanitario que no cubra las necesidades, déficit de conocimiento del equipo de salud en el cuidado de las enfermedades crónicas y sobre acciones efectivas para cuidarlas y tratarlas, un personal agotado, sin estímulos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar brindar seguimiento del tratamiento, déficit de capacidad para establecer el apoyo de la comunidad (8).

En el estudio Hipertensión Arterial: adherencia al tratamiento, Osácar Hernández, señala que el vínculo que establezca el profesional de salud con el usuario define una adecuada terapéutica, el autor señala que una actitud de empatía con el paciente, que brinde la facilidad de resolver dudas, que no juzgue al paciente, que desarrolle una comunicación fluida entre ellos, etc. son algunas de las características adecuadas de la relación entre el paciente y el profesionales que ayuda a una buena adherencia al tratamiento farmacológico (55).

De igual modo Barrero y Castro defensor de la Oficina del Paciente de la Comunidad de Madrid, recalca que si al paciente se le detalla la importancia del tratamiento, entenderá y accederá mejor las decisiones que se tomen, añade también que la buena comunicación influye mejor en la adherencia al tratamiento, por ello debe ser prioridad la comunicación para buena relación médico-paciente” (46).

Entonces la comunicación juega un papel muy importante, pero esta comunicación deber realizarse en forma clara, detallada y precisa, que despeje todas las dudas de los pacientes acerca de su enfermedad, sobre la toma de medicamentos, la dosis, los horarios entre otros, sobre todo el paciente debe recibir la información que necesita sobre la importancia y los beneficios que le traerá en su salud respetar y cumplir los tratamientos, además de recalcarle siempre los riesgos y consecuencias que conllevan el no seguir el tratamiento y las recomendaciones dadas.

Sandoval en su estudio Influencia de los factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, aporta que se apoya a la adherencia cuando tanto el proveedor de salud como el paciente asumen un rol activo en el diseño de un plan y régimen terapéutico (56), en ese rol activo el proveedor de salud entiende al paciente, se preocupa por él, existe una correcta explicación de los medicamentos que el paciente usa en cuanto al horario, dosis y efectos secundarios, por tanto el paciente es puntual en sus consultas y sigue esas indicaciones (22).

En el estudio realizado por Dulong cuyo objetivo era identificar si hay vinculación con el apoyo social y la terapéutica en pacientes con

hipertensión que acuden al hospital II de ESSALUD en la ciudad de Tarapoto, determina que si existe relación entre las variables, encontrando que la adherencia en pacientes que cuentan con apoyo social es 18 veces mayor en comparación con los que no cuentan con este (57).

-Factores relacionados con la enfermedad

Los factores decisivos en la adherencia terapéutica está relacionado con la condición y los síntomas, la discapacidad física, psicológica, social, que presente el paciente, la rapidez con la que progrese y se agrave la enfermedad, además de la posibles existencias de tratamientos correctos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

-Factores relacionados con la Terapia

Las determinantes asociados con la terapéutica que influyen en la adherencia, destacan los relacionados con la dificultad de las indicaciones médicas, cuánto dura la terapéutica, los tratamientos fallidos, las diferentes visitas al consultorio y el cambio constante de su terapéutica, las reacciones adversas de los fármacos, la deficiencia de apoyo para manejarlos, es decir la adherencia terapéutica aumenta cuando se desarrolla la simplificación de los regímenes terapéuticos, se brinda educación acerca la importancia del tratamiento y se evalúa constantemente el cumplimiento del tratamiento (23).

-Factores relacionados con el paciente

Los determinantes asociados con el paciente son el conocimiento, las creencias positivas o negativas, la percepción que tiene acerca de la enfermedad, de la importancia y la necesidad del tratamiento, de las consecuencias negativas de no tratarse, la incredulidad en el diagnóstico, además de la actitud así como las expectativas que presente; además de otros factores como el olvido el estrés, la falta de esperanza, la angustia, el temor, los sentimientos negativos, también influye la frustración con el personal que lo atiende (8).

En el estudio de López donde se analizan estos factores, se evidencia que la motivación y los problemas que atraviesan son predisponentes a la hora de cumplir su tratamiento (22), resultados que concuerdan con el estudio sobre creencias asociadas con la hipertensión y adherencia al tratamiento realizado por Granados y Gil en el 2007, donde se detalla que el 41.2% de los hipertensos que participaron del estudio señalan que el motivo principal de su no adherencia es la falta de interés en el tratamiento (58).

Peña Sainz de la Maza en el 2014 y su estudio denominado HTA: estudio de instrucciones y terapéutica en personas de Bilbao, se halla un 40% de los pacientes con patología cardíaca encuestados no realizan correctamente el tratamiento no farmacológico, de los cuales el 60,9% no tenían conocimientos adecuados, similares resultados documenta López en su investigación, donde el 36% de los pacientes responden que no conocen sobre las complicaciones de su enfermedad (59). Existe también el estudio de Rodríguez realizado en el 2015 en el hospital Rebagliati donde analiza la asociación entre el conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia,

donde se encontró que el 31,8% de los encuestados presentan bajo conocimiento sobre la enfermedad y de estos pacientes el 53,3% se encuentran dentro del rango de adherencia parcial al tratamiento (60).

En el estudio sobre Factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el ejecución del tratamiento en la dieta de los pacientes con hipertensión, club del paciente adulto mayor hospital “Eleazar Guzmán Barrón”. En la ciudad de Chimbote 2014, demuestra que existe relación altamente significativa $p < 0,05$ entre el grado de educación de los pacientes y el grado de cumplimiento en su dieta (61).

En esta dimensión es que a mayor nivel de motivación por el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, mayor es el grado de adherencia y por lo tanto menor el riesgo.

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

Adherencia terapéutica: Es el grado de comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, de acuerdo a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.

Factores que influyen en la adherencia: Son características o condicionantes que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud.

2.4. HIPÓTESIS

Al ser una investigación de tipo descriptivo, no presenta Hipótesis.

2.5. VARIABLES

- Adherencia al Tratamiento de la Hipertensión Arterial.

-Factores relacionados con la Adherencia al Tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Operacionalización de la variables

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Numero de ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Adherencia al tratamiento de la Hipertensión arterial	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es el grado de comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, de acuerdo a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.	Factores Socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Económico, • Educativos • Sociales • Ambientales 	I-14 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)	Adherentes al tratamiento En riesgo de no adherirse al tratamiento No adherentes al tratamiento.	De 85 a 106 pts. De 64 a 84 pts. Menos de 63 pts
			Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud	Relación paciente proveedor acceso al cuidado Escenario del cuidado	II-21 (15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35)		
			Factores relacionados con la terapia.	Mediadores de la terapia	III-10 (36,37,38,39,40,41,42,43,44,45)		
			Factores relacionados con el paciente.	Conocimiento, actitudes, motivación, emociones, creencias respecto a la enfermedad y el tratamiento.	IV-8 (46,47,48,49,50,51,52,53)		

Operacionalización de la variable

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Numero de ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial.	Tipo de variable según su naturaleza:	Son condicionantes que afectan el comportamiento de una persona hacia el seguimiento de las recomendaciones dadas por el personal de salud.	Factores Socioeconómicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Económico, • Educativos • Sociales • Ambientales 	I-14 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)	Baja influencia Moderada influencia Alta influencia	0-13 14-22 23-28
	Cualitativa		Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud	Relación paciente proveedor acceso al Escenario cuidado.	II-21 (15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35)	Baja influencia Moderada influencia Alta influencia	0-20 21-26 27-42
	Escala de medición:		Factores relacionados con la terapia	Mediadores de la terapia.	III-10 (36,37,38,39,40,41,42,43,44,45)	Baja influencia Moderada influencia Alta influencia	0-12 13-17 18-20
	Ordinal		Factores relacionados con el paciente	Conocimiento, actitudes, motivación, emociones, creencias respecto a la enfermedad y el tratamiento.	IV-8 (46,47,48,49,50,51,52,53)	Baja influencia Moderada influencia Alta influencia	0-9 10-13 14-16

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal. Según Hernández Sampieri, un estudio descriptivo permite detallar circunstancias o sucesos y explicando sus particularidades, es decir recoge información de los sucesos, mas no indica si existe algún tipo de relación entre ellos (62).

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo comprendida por 351 pacientes, se realizó el muestreo no probabilístico.

Muestra: la muestra fue seleccionada por conveniencia, de los 351 casos se realizó el cálculo del tamaño de muestra de acuerdo al siguiente procedimiento, donde se obtuvo una muestra de 183 pacientes.

Calculo del tamaño de muestra:

$$\underline{n = Z^2 * P * Q * N}$$

$$(N-1) * e^2 + Z^2 * P * Q$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = 351 pacientes hipertensos

Z = valor de Z crítico, Llamado también nivel de confianza. 1.96

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1. Por ejemplo, si p=0.8 q= 0.2

e= constante de error 0.05

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{351}$$

$$(N-1) * e^2 + Z^2 * P * Q$$

$$n = \frac{(3.84) (0.50) (0.50) 351}{350 * 0.0025 + 384 * 0.067 * 0.933}$$

$$n = \frac{336.96}{0.875 + 0.96}$$

$$n = \frac{336.96}{1.835}$$

$$n = 183$$

$$n = 183$$

$$n = 183$$

$$n = 183$$

3.2.1. Criterios de inclusión

Pacientes de sexo masculino y femenino, diagnosticados con hipertensión arterial en el año 2016 en la consulta en Medicina Interna, que accedieron a participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.

3.2.2. Criterios de exclusión

Pacientes de sexo masculino y femenino que fueron diagnosticados en años diferentes al 2016 y no participaron del estudio.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Técnica: Encuesta

b) Instrumento: “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” fue diseñado en el 2006 por la Mg. Claudia Patricia Bonilla Ibáñez y la Mg. Edilma Gutiérrez de Reales, su tercera versión está conformado por 53 ítems y cuatro dimensiones; para su creación la autora tomó como marco de referencia un conjunto de cinco factores denominados dimensiones que, según la Organización Mundial de la Salud en su proyecto sobre adherencia son: Factores sociales y económicos, factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con las características de la enfermedad, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con el paciente.

El instrumento presenta una escala de medición con tres puntos de posible escogencia que señalaban la frecuencia en que el evento descrito en el ítem ocurría; se calificó como nunca = 0; a veces = 1 y siempre = 2.

- **Validez y Confiabilidad del instrumento**

La validez del instrumento fue establecido por las autoras en el trabajo de investigación denominado Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, en dicha investigación lograron un resultado promedio para la validez de contenido general de 0.91 (64) .

Para determinar la consistencia interna del instrumento se aplicó el coeficiente alfa de Crombach, hallándose para los factores socioeconómicos =0,816, en factores relacionados con el proveedor=0,793, en factores relacionados con la terapia= 0,755, en factores relacionados con el paciente= 0,765 y se obtuvo un alfa de Crombach del instrumento de 0,84; lo cual indica una buena confiabilidad.

- **Interpretación del Instrumento (versión 3, 53 ítems)**

Los rangos de evaluación e interpretación del instrumento se describen de la siguiente manera: Cuando el puntaje esta entre: 85-106 indica que su adherencia es buena o realiza un número

importante de acciones que indican que sigue las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas, un puntaje de 64-84 indica que el paciente se encuentra en riesgo de no adherencia al tratamiento, el puntaje de 63 o menos señala que el paciente tiene comportamientos de no adherencia al tratamiento. Los ítems negativos se interpretan de manera inversa donde nunca=2, a veces=1 y siempre=0 indica que la persona posee “menos” del factor o aspecto en la dirección de aumento de lo que se está midiendo.

El instrumento brinda un valor final de manera general, sin embargo la autora indica que también se puede evaluar los factores de manera independiente, es por ello que en nuestra investigación se realizó el cálculo de los valores finales por dimensiones mediante estatinos obteniendo para el factor socioeconómico valores finales de baja influencia (0-13), moderada influencia (14-22) y alta influencia (23-28); para el factor relacionado al proveedor de salud: baja influencia (0-20), moderada influencia (21-26) y alta influencia (27-42); para el factor relacionado a la terapia: baja influencia (0-12), moderada influencia (13-17) y alta influencia (18-20); para el factor relacionado al paciente: baja influencia (0-9), moderada influencia (10-13) y alta influencia (14-16).

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La recolección de datos se llevó a cabo de la siguiente manera: primero se solicitó a las autoras del instrumento el permiso correspondiente para utilizarlo en nuestra investigación, así mismo se presentó la solicitud al director del hospital SJL, para desarrollar y aplicar nuestra investigación.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 para Windows, se utilizó la estadística descriptiva para presentar los resultados que respondan a los objetivos del estudio.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del estudio se aplicó el consentimiento informado, teniendo en cuenta los principios éticos como:

- **Beneficencia:** Este principio es aplicado ya que el estudio favorece la identificación de los factores influyentes en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en los pacientes que acuden al hospital San Juan de Lurigancho; de esa manera poner el primer pie para plantear medidas encaminadas a mejorar las condiciones del paciente y su entorno que promuevan un correcto controlar la hipertensión arterial.
- **No maleficencia:** No se divulga las respuestas brindadas, por los pacientes del hospital, así mismo se evitó cualquier daño físico, mental y/o moral a la persona que fue entrevistada, así mismo se

respeto la forma de atención que el personal brinda al usuario, aun cuando las consideremos inapropiadas.

- **Autonomía:** Se emite un consentimiento informado a los entrevistados, se respetó su decisión de participación, se mantuvo la confiabilidad absoluta de los datos y diagnósticos recibidos (dicha información solo se manejó por las investigadoras)
- **Justicia:** A todos los entrevistados se les considera por igual, como persona merecen un buen trato, consideración y respeto antes, durante y después de la entrevista. No se practica la discriminación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA 1.

Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el hospital

	N	%
Grupo de edad		
45 – 54	25	13,7
55 – 64	49	26,8
65 – 74	84	45,9
>=75	25	13,7
Sexo		
Varones	80	43,7
Mujeres	103	56,3
Estado civil		
Soltero	62	33,9
Casado	121	66,1
Grado de instrucción		
Primaria	57	31,1
Secundaria	126	68,9

San Juan de Lurigancho-2017.

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes que se atienden en el Hospital San Juan de Lurigancho

En la tabla 1, se muestra la distribución de pacientes hipertensos que se atienden en el hospital SJL-2017 según características demográficas, para responder a nuestro primer objetivo.

Los hipertensos encuestados fueron en total 183 pacientes, con respecto a la edad, se realizó la agrupación por rangos mediante la aplicación de percentiles; obteniendo los siguientes grupos: de 45 a 54 años, 55 a 64 años, 65 a 74 y de 75 a más, donde se observa que el 45,9% (84) de los pacientes se encuentran en un rango de edad de 65 a 74 años; seguido de los pacientes con rango de edad de entre 55 a 64 años con 26,8% (49) y los hipertensos de 45 a 54 años y de 75 años a más tienen el 13,7% (25).

Según el sexo encontramos que el 56,3% (103) de los pacientes son de sexo femenino y el 43,7% (80) son de sexo masculino.

En cuanto al estado civil hallamos que el 33,9% (62) de los pacientes son solteros y el 66,1% (121) son casados.

Según el grado de instrucción, el 31,1% (57), de los hipertensos tienen estudios de primaria y el 68,9% (126) tienen estudios de secundaria, no se encontró pacientes con grado de instrucción superior.

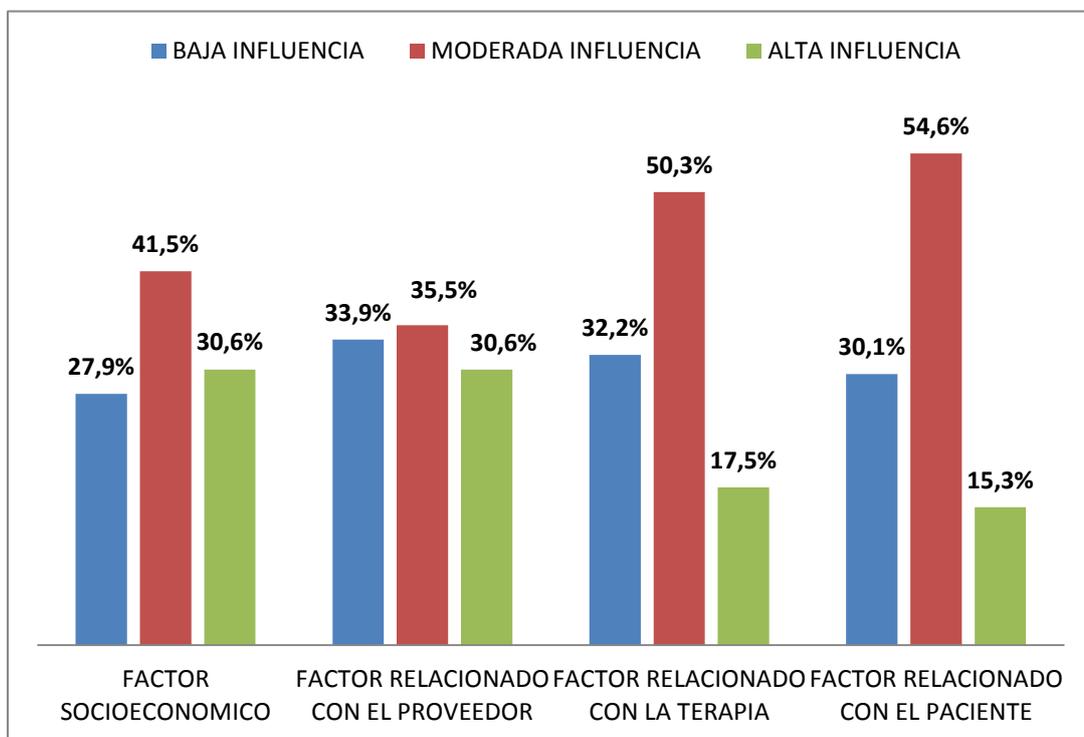
GRÁFICA N°1. Distribución de la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital San Juan de Lurigancho-2017.



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes que se atienden en el Hospital San Juan de Lurigancho

Con el fin de responder a nuestro segundo objetivo; en el gráfico 1 se muestra la distribución de pacientes según la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, donde se observa que el 13,1% (24), de los pacientes son adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial, el 32,2% (59) de estos se encuentran en riesgo de no adherirse al tratamiento y el 54,6% (100) de los hipertensos no son adherentes al tratamiento de su enfermedad.

GRÁFICA N° 2. Factores relacionados adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital San Juan de Lurigancho-2017.



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes que se atienden en el Hospital San Juan de Lurigancho

Nuestro tercer objetivo responde a la necesidad de identificar los factores relacionados de la no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, donde se encontró:

En el Factor Socioeconómico prima una moderada influencia con el 41,5%, alta influencia con 30,6%, baja influencia con el 27,9%.

En el factor relacionado con el proveedor: Sistema y equipo de salud se evidencia una moderada influencia con el 35,9%, alta influencia con el 30,6%, baja influencia con el 33,9%.

En el factor relacionado con la terapia se halló moderada influencia con el 50,3%, moderada influencia con el 17,5%, baja influencia con el 32, 2%.

En el factor relacionado con el paciente se evidencia una moderada influencia con el 54,6%, alta influencia con el 15,3%, baja influencia con el 30,1%.

4.2. DISCUSIÓN

Respondiendo a nuestro primer objetivo de identificar las características demográficas de los encuestados, se evidencia que existe una mayor proporción de pacientes del sexo femenino con hipertensión arterial que se atienden en el hospital San Juan de Lurigancho, estos resultados concuerdan con varios estudios (18,21,24,25,29), que encuentran el mismo resultado; Sin embargo discrepa con los resultados presentados en otros estudios (22, 23,30), que indican una mayor proporción de hipertensos del sexo masculino.

El que el sexo femenino resulte predominante puede explicarse ya que en su mayoría son amas de casa, que no cuentan con otra ocupación por tanto presentan mayor disponibilidad para asistir a las consultas, tal y como encuentra Cueva (30), en su estudio donde el 63,8% de sus encuestados adherentes al tratamiento no trabajan.

Con respecto a la edad de los participantes en nuestro estudio se determinó que la mayoría de hipertensos tenían un rango de edad de 60 a 75, dichos resultados son semejantes con los estudios a nivel internacional (18,21, 22, 23, 30), en los cuales los hipertensos que predominan se encuentran entre el rango de edad mayores de 65 años, de igual modo no concuerdan con

algunos estudios (24, 25, 29), en el que la mayoría de participantes tienen edades menores de 65 años.

Estos resultados nos indican que la mayoría de hipertensos se encuentran en un rango de edad mayor, lo cual es concordante con la literatura que indica que a mayor edad mayor riesgo de padecer Hipertensión Arterial (63), tal y como se confirma en el estudio tornasol donde la curva de HTA se incrementa en un 35% pasados los 50 años.

En cuanto al estado civil, encontramos que la mayor proporción de participantes son casados (25), resultado cercano al encontrado por Cueva (30), en el que la mayor proporción de hipertensos encuestados viven con pareja y familia.

Otro resultado encontrado en nuestro estudio indica que el mayor porcentaje de hipertensos tienen grado de instrucción secundaria, estos, son discordantes con lo encontrado por López en su estudio (22), que detalla que la mayoría de los participantes del estudio tienen grado de instrucción primaria y es diferente también de lo encontrado por Romero y Tanchiva que encuentra que la mayoría tiene instrucción superior (29).

En relación a esta variable puede explicarse que la mayoría de hipertensos si bien es cierto presentan un grado de instrucción secundaria que les permite tener quizá un mayor conocimiento, una mejor disponibilidad de información, entender mejor su situación, sin embargo el hecho de no tener estudios superiores los limita en su campo del conocimiento, tal y como lo comprueba De Guadalupe (40), en su estudio, donde el 100% de pacientes con nivel de instrucción secundaria presento un nivel de adherencia regular, a diferencia de los pacientes con educación superior que alcanzaron el 45 %

de cumplimiento, por tanto concluye que sí existe relación entre el grado de Instrucción y el nivel adherencia del tratamiento.

Para responder nuestro segundo objetivo de investigación que es identificar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, determinamos que el 54,6% de participantes no se adhiere al tratamiento; estos resultados son concordantes con los encontrados por López (22), Solórzano (24), Medina (27), Ocampo (18) y Cueva (30), quienes encuentran altos porcentajes de no adherencia, de igual modo nuestros resultados son congruentes con los hallados por Rodríguez y Gómez quien detallan que el 80.8 % de sus encuestados presentan gran riesgo de no adherencia. A la vez nuestros resultados son discordantes con los hallados por Flores (25) y Herrera (26) quienes hallan un 92% y 88% de hipertensos adherentes al tratamiento. Estos resultados se relacionan con la disponibilidad de recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas, contar con un soporte familiar y social adecuado, además de la existencia de un sistema y equipo de salud acorde a las inquietudes y necesidades de los pacientes, organizados que permitan la continuidad de los tratamientos y terapias, la mejora de los hábitos saludables y por ende mejora de la salud.

En respuesta a nuestro tercer objetivo de identificar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento, encontramos que la dimensión de más alta influencia en la adherencia es el factor socioeconómico, seguida de la dimensión relacionada con el proveedor: Sistema y Equipo de salud.

Estos resultados son concordantes con los encontrados por Solórzano (21), quien halla un 42% de no adherencia, es coherente también con los resultantes encontrados por López, con un 72% de no adherencia; quien

concluye que es la dimensión socioeconómica la que más incide en la adherencia, específicamente con la falta de dinero para asistir a las consultas y/o para recoger los medicamentos o comprarlos si su prestador de salud no se los brinda.

De igual modo con los resultados encontrados por Salcedo (23), Rodríguez y Gómez, pues encuentran a los factores socioeconómicos los de mayor influencia, resaltando que existe mayor riesgo de no adherencia al tratamiento antihipertensivo a medida que se agotan las condiciones económicas para solventar sus necesidades básicas.

Para Bonilla el ser pobre lleva a una mala salud y a la vez esta puede llevar a una incapacidad para trabajar y viceversa.

Sin embargo nuestros resultados no son concordantes con los estudios de Flores (25), quien encuentra alto porcentaje de pacientes sin riesgo de no adherencia. Es encuentran que la dimensión de mayor influencia en la adherencia es la referida al paciente, en el caso de Ocampo específicamente con la percepción del trato que le brinda el personal que le atiende.

Así mismo discrepa de los resultados determinados por Romero y Tanchiva (29), autores que indican que son específicamente los factores demográficos los que más inciden en la adherencia.

En cuanto al factor relacionado al proveedor: sistema y equipo de salud nuestros resultados van de una moderada a baja influencia, lo que concuerda con los resultados de Salcedo y Gómez (23) y Ojeda (28), cuyos resultados son que un porcentaje alto de pacientes se encuentra en las categorías de riesgo moderado de no adherencia. Esto es preocupante ya

que en esta dimensión evalúa si el equipo de salud se comunica de manera adecuada con el paciente, entiende sus problemas, les anima a seguir sus controles, les brinda recomendaciones verbales y/o escritas, despeja sus dudas sobre la enfermedad, sobre los beneficios del tratamiento y es empático con la persona, realiza una relación de ayuda y acompañamiento, evaluando y monitorizando que el paciente cumpla las recomendaciones; esto concuerda con lo mencionado por Sandoval quien dice que se apoya a la adherencia cuando tanto el proveedor de salud como el paciente asumen un rol activo en el diseñar el plan del tratamiento y el cambio del régimen dietético y estilos de vida saludables, así mismo Dulong señalaba que en su estudio sobre Adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial en un Hospital de Essalud en Tarapoto, donde encuentra que la adherencia es 18 veces mayor cuando los pacientes reciben apoyo social a diferencia de los que no lo tienen. Estos resultados no concuerdan con los hallados por Flores (25), Medina (27) y Solórzano (21); cuyos resultantes son que gran de sus encuestados se encuentran porcentaje sin riesgo de no adherirse al tratamiento.

En el factor relacionado a la Terapia, encontramos porcentajes altos de moderada a baja influencia, resultados similares a los encontrados por Solórzano (21), Salcedo y Gómez (23) y discrepan totalmente a los resultados de Herrera (26), Medina (27) y Flores (25), quienes encuentran a la mayoría de sus participantes sin riesgo o en ventaja de adherencia, con 92.36%, 53% y 85% respectivamente.

Este factor es igual de importante porque evalúa si la terapéutica es sencilla, simple de fácil adecuación, que favorezca la continuidad del tratamiento. En

el caso de los pacientes que son adherentes en este factor es porque realmente se encuentran convencidos que el tratamiento es beneficioso y por eso lo cumplen y lo toman siempre; de igual modo reconocen que vale la pena cumplir y seguir las recomendaciones, el paciente ha interiorizado que a pesar de las dificultades y que es difícil el cambio de los malos hábitos de salud, es necesario hacerlos y cumplen en todo momento.

En el caso del factor relacionado al Paciente, encontramos de igual forma que la mayoría de pacientes se encuentran dentro del rango de baja a moderada influencia, concordando por Solórzano (21), Salcedo y Gómez (23); discrepando con lo encontrado por Herrera (26), Medina (27), Flores (25) y Ojeda (28), quien halla gran porcentaje de pacientes sin riesgo y con ventaja de adherencia.

En este factor las determinantes involucradas son los conocimientos que tienen los pacientes, al igual que las creencias tanto positivas como negativas acerca de la enfermedad, de la importancia del tratamiento, así mismo de las expectativas que el paciente genere acerca de la recuperación, también tiene que ver con los sentimientos positivos o negativos que la enfermedad le produzca, algunos pacientes se encuentran desanimados, limitados excluidos etc.

Existen estudios por ejemplo que detallan que la mayoría de pacientes no siguen su tratamiento unos por falta de conocimientos y otros por falta de interés, es decir el paciente es el principal responsable del cuidado de su salud, con los conocimientos necesarios de su enfermedad y tratamiento, con la motivación adecuada, el acompañamiento de los seres queridos y la

sociedad no será capaz o tendrá menos posibilidades de cumplir las recomendaciones.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Mediante el análisis y discusión de los resultados podemos concluir lo siguiente:

- La mayoría de los pacientes hipertensos son del sexo femenino, ya que a diferencia de los varones responsables de buscar el sustento diario, tienen mayor posibilidad de asistir a consulta, además mayores de 60 años, edad en la que se les complica para llegar hasta su centro de atención pues en la mayoría de los casos no cuentan con el apoyo de una persona que los acompañe, con un grado de instrucción limitante a nivel económico y para entender las implicancias de su enfermedad.
- En el Hospital San Juan de Lurigancho asisten pacientes hipertensos con escasa adherencia al tratamiento, que explica la gran prevalencia de atenciones por emergencias hipertensivas en incluso muertes por complicaciones cerebrovasculares, además un buen porcentaje de pacientes tiene gran riesgo de ir por el mismo camino de la no

adherencia si no se toman las medidas necesarias desde el mismo centro de atención como desde el órgano rector de salud.

- Es la conjunción de los factores socioeconómicos y los factores relacionados proveedor de salud, los de mayor influencia en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se deberá brindar los resultados del presente trabajo de investigación y remitido al Hospital y a todo el personal de salud que labora con los pacientes, y en especial con aquellos que presentan algún tipo de patología cardíaca a consecuencia de la Hipertensión Arterial, con el objetivo de organizarse para diseñar estrategias adecuadas para mejorar los niveles de adherencia encontrados; medidas que involucren un mejor acompañamiento de los pacientes, conociendo en primera instancia sus necesidades y carencias que le dificulten el seguir las recomendaciones y luego acercarlos a ellos un servicio de salud más humano y comprensivo que permita mejorar su situación de salud, su calidad de vida y por ende evitar complicaciones y muertes por la enfermedad.
- Se deberá realizar nuevas investigaciones en el campo de la adherencia y sus factores relacionados en un grupo más grande de individuos y realizar el seguimiento de los casos para evaluar si las estrategias aplicadas son las adecuadas para lograr el objetivo de subir el nivel de adherencia al tratamiento y posteriormente sirva como precedente para nuevos estudios en otros centros asistenciales

con el fin de mejorarlas en todos los niveles de atención y lleguen a la mayor población hipertensa posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía técnica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Lima: Guía Práctica Clínica del MINSA. 2015; 27.
2. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra: WHO Document Production Services; 2013. WHO/DCO/WHD/2013.2.
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: World Health Organization; 2012. 177 p.
4. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. 2013-2019. Washington, DC: OPS, 2014..
5. López-Jaramillo P, Molina D, Coca A, Zanchetti A, Manual Práctico LASH de Diagnóstico y Manejo de la HTA en Latinoamérica. España: Caduceo Multimedia, 2015.
6. Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev. Chil. Cardiol. [Internet]. 2010 [citado el 11 de agosto del 2017]; 29(1): 117-144. Disponible desde: <http://hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/Guias-Latinoamericanas-HTA.pdf>
7. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta nacional de salud. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2017. Disponible en: http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20171122/asocfile/20171122142253/ens_2016_17_primeros_resultados.pdf.

8. Yach D. La magnitud del problema de la adherencia terapéutica deficiente. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: Oficina de publicaciones de la Organización mundial de la salud; 2004; 127–32. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270&lang=en.
9. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Centro de prensa; 2003 [fecha de consulta, setiembre 2016]. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>.
10. Organización Panamericana de la Salud. Santiago: la organización: 26 de abril de 2016 [fecha de consulta, julio 2017]. Chile ya cuenta con Centro de Entrenamiento para el Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Disponible en: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=724:chile-ya-cuenta-con-centro-de-entrenamiento-para-el-tratamiento-estandarizado-de-la-hipertension-arterial-&Itemid=1005.
11. Shamah-Levi T, Cuevas-Nasu L, Dommarco-Rivera J, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Colombia: Inst Nac Salud Pública; 2016. 151. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. 2016. Lima- Perú: Talleres gráficos del INEI; 2016. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/index.html

13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. 2015. Lima- Perú: Talleres gráficos del INEI; 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../index.html
14. Segura Vega L, Agustí R, Ruiz Mori E. La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. Rev. Perú Cardiol. [Internet]. 2011 [citado 9 agosto 2017]. 37(1):19–27. Disponible desde: repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v37n1/a3.pdf.
15. Segura Vega L, Agustí R, Parodi R. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. Rev. Perú Cardiol. [Internet]. 2006 [citado 10 agosto 2017]. 37(2):82–128. Disponible desde: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v32_n2/pdf/a02.pdf.
16. Carhuallanqui R, Cabrera G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev. Med Hered. [Internet]. 2010 [citado 1 abril 2017]. 21:4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-5130X2010000400005.
17. Ocampo R. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. [Internet]. 2014 [citado 5 setiembre 2017]. 5(2):181–91. Disponible

desde:

[http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/412/3](http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/412/304)

04.

18. Apaza Argollo G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de Essalud - red Tacna febrero [tesis para optar el título de médico]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la salud; 2013. Disponible en: http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2.
19. Veliz M, Suclupe S, Aquino N, Martell C, Egusquiza B, Yupanqui E. et al. Análisis de la situación de salud hospitalaria. Lima Perú: Ministerio de Salud, 2015. Disponible en: www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASISHO2014.pdf.
20. Veliz M, Suclupe S, Aquino N, Martell C, Egusquiza B, Yupanqui E. et al. Análisis de la situación de salud hospitalaria. Lima Perú: Ministerio de Salud, 2016. Disponible en: repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8557/Chauca_VJJ.pdf?sequence=1.
21. Solórzano Rodríguez M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. [Tesis para optar título de especialista en Medicina Interna]. España: Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la salud;

2015. Disponible en:
<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/2506>.

22. López Erazo O. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del hospital Pablo Arturo Suárez en el periodo febrero- abril 2013. [Tesis para obtener el título de especialista en Medicina Familiar]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina, 2013. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5930>.
23. Salcedo A, Gómez A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. Av. En Enferm. [Internet]. 2014; [citado el 20 de julio del 2017]; (1):33–43. Disponible desde:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a04.pdf>.
24. Rodríguez A, Gómez O. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av. En Enferm. [internet]. 2010 [citado 15 marzo 2017]; XXVIII (1):63–71. Disponible desde:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/15656/16435>.
25. Flórez I. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. Enferm. [internet]. 2010; [citado 3 setiembre 2017]; (2):73–87. Disponible desde:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/12965/13560>.

26. Herrera LA. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Av. En Enferm. [internet]. 2008; [citado 13 agosto 2017]; XXVI (1):36–42. Disponible desde:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12883/13641>.
27. Medina Gutiérrez R, Rojas Morales J, Vilcachagua Castillo J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, octubre 2 016. [Tesis para optar el título de Enfermera]. Perú: Universidad Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería; 2015. Disponible en: repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/.../Factores_MedinaGutierrez_Rayda.pdf.
28. Ojeda Sarmiento N. Factores influyentes de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular en consultorios de cardiología del centro médico naval cirujano mayor Santiago Távara 2015. [Tesis para optar el título de enfermera especialista en Salud Cardiovascular]. Perú: Universidad Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería; 2015. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/282>.
29. Romero Sajami M, Tanchiva Iñape P. Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos del CAP III-metropolitano Iquitos–Essalud. [Tesis para optar el título de químico Farmacéutico]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

Facultad de Farmacia y Bioquímica; 2012. Disponible en:
<http://repositorio.unapikitos.edu.pe/handle/UNAP/3691>.

30. Cueva Laura E. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados, en pacientes del C.E. de cardiología del hospital Hipólito Unanue de Tacna. [Tesis para optar título de médico cirujano]. Perú: Universidad Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud; 2011. Disponible en:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/311>

31. Arguedas Quesada J. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la presión arterial elevada en los adultos 2014 (JNC 8). Act. Med. Period. [Internet]; 2014 [citado 6 julio 2017]; 152(1): 1-14. Disponible desde:
<http://www.cimgbc.sld.cu/Articulos/Guias%20para%20el%20manejo%20de%20la%20presion%20arterial.pdf>.

32. Sociedad Española de Cardiología. [Internet]. España: Vidal Pérez C; 2017 [acceso 17 de nov de 2017]. Lo mejor de AHA 17: guías de hipertensión, ¿Dónde están los límites. Disponible en:
<https://secardiologia.es/multimedia/blog/rec/9052-guias-de-hipertension-aha-acc-2017-donde-estan-los-limites>.

33. Manual MSD. [Internet] U.S.A: Merck Sharp & Dohme corp; 2008 [acceso 12 de julio del 2017]. Bakris G. Hipertensión Arterial Disponible en:
<http://consumidores.msd.com.mx/enfermedades/enfermedades-del-corazon/hipertension-arterial.xhtml>

34. Consejo de salubridad General. Diagnóstico y Tratamiento de la hipertensión arterial en el Primer Nivel de Atención. México:

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2008. IMSS-727. Disponible desde: http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/IMSS-076-08-ER.pdf.

35. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de la hipertensión arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2014. Disponible desde: www.cenetec.salud.gob.mx/.../gpc/...hipertarterial1na/ger_hipertension.pdf.

36. Contreras F, Rivera M, de la Parte M, Rodríguez S, Méndez O, Papapietro A, et al. Valoración del Paciente Hipertenso. RFM [Internet]. 2000; [citado 14 julio 2017]; 23(1): 11-18. Disponible desde: www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798...

37. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohn M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev. Esp Cardiol. [Internet]. 2013 [citado 12 setiembre 2017]; 66(10):880.e1-880.e64. Disponible desde: <https://academic.oup.com/eurheartj/articlepdf/34/28/2159/17895598/eh-t151.pdf>.

38. De la Sierra A, hipertensión arterial: algoritmo terapéutico. [internet]. Ventana a otras especialidades. 2010; [citado 6 agosto 2017]; (1):1-47. Disponible desde: <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2012/04/v9n1a593pdf001.pdf>.

39. Aguilera M, Gómez-Angeluts E, Tratamiento de la hipertensión arterial: medidas no farmacológicas. Elsevier [revista en internet].2010; [acceso octubre del 2017]; 37: 222-6. Disponible desde: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-10022765#elsevierItemBibliografias>.
40. Euribe Joaquín M. Relación entre los estilos de vida y el control de la Presión Arterial en pacientes hipertensos : Programa Adulto Mayor en El Hospital Rene Toche Grupo Essalud – Chincha Alta 2009. Rev. Perú. Obstet Enferm. [internet]. 2012 [citado octubre del 2017]; 8(2):88–92. Disponible en: www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/680/532.
41. Rojas E, Roselli M, Rozo M, Ospina A, Gonzales Q. Tratamiento de la hipertensión arterial y el impacto de los cambios en los estilos de vida en pacientes con riesgo cardiovascular. Revista Med [Internet].2011; [citado 10 octubre 2017]; 19(1):16-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n1/v19n1a02.pdf>.
42. Esteban-Fernández A, Manejo de la hipertensión arterial. Med Pub. [Internet].2013; [citado 5 julio 2017]; (9) 2:4. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/manejo-de-la-hipertensin-arterial.pdf>.
43. Moraga Rojas C. Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Costarricense Cardiol. [Internet]. 2008; [citado 7 setiembre 2017]; 10(1):19–23. Disponible en: www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140941422008000100004.

44. Sosa Rosado J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Fac Med.* [Internet]. 2010; [citado 9 setiembre 2017]; 71(4):241-4. Disponible en: www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a06v71n4.
45. Weywnberg, Shelnutt B. Alimentación saludable : La dieta DASH – (Healthy Eating : The DASH Diet). [Internet]. 2011; [citado 11 noviembre 2017]; 11:2. Disponible en: <https://www.cardiosmart.org/~media/Documents/Fact%20Sheets/es-US/zx1344.ashx>.
46. Andrés Castro D, Ignacio Barrero J, García P, Cruz E, Soto E, Álvarez J, et al. La Adherencia al Tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. *Diálogos Pfizer-Pacientes.* [internet]. 2009; [citado 1 junio 2017]; 2–5. Disponible en: envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf.
47. Ortego M, López G, Álvarez T. La adherencia al tratamiento. *Cienc. Psicosoc. I.* [Internet]. 2007; [citado 4 mayo 2017]; 1:1-32. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_.
48. Libertad Martín A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. Cuba Salud Pública.* [Internet]. 2004; [citado 12 abril 2017]; 30(4):350–2. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466200400040008.

49. Nogués X, Sorli M, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna*. [Internet]. 2007; [citado 4 marzo 2017]; 24(3):138–41. Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es.
50. Casanova Correa A. La Adherencia al Tratamiento en Fisioterapia: Revisión Bibliográfica. [Tesis para obtener el título de Fisioterapeuta]. España: Universidad de la Laguna. Facultad de Enfermería y Fisioterapia, 2016. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3643/La%20Adherencia%20al%20Tratamiento%20en%20FisioterapiaRevisi%20Bibliografica.pdf?sequence=1>.
51. Buitrago Francisco. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Elsevier Doyma. [Internet]. 2011; [citado 12 marzo 2017]; 43(7):343–4. Disponible en: www.elsevier.es/ DOI: 10.1016/j.aprim.2011.05.002
52. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. [Internet]. 2009; [citado 1 abril 2017]; 41(6):342–8. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82363508.pdf>.
53. Bonilla Ibáñez C, Gutiérrez De Reales E. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Av. Enferm*. [Internet]. 2008 [citado 3

- abril 2017]; 32(1): 53-62. Disponible desde:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46035>.
54. Agómez P, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. A.M.C [internet]. 2008 [citado 5 abril 2017]; 12(5): Disponible desde: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=211116122009>
55. Osácar Hernández A. Hipertensión arterial: adherencia al tratamiento. [Tesis para optar título de Lic. en Enfermería]. España: Universidad Pública de Navarra, 2017. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/.../TFG%20OSACAR.A..pdf?...1>.
56. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez O, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev. Med. Chile [internet]. 2014 [citado 8 abril 2017];142(10):124 5–52. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X201600010006.
57. Dulong Zanelli M. Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años - hospital II Essalud Tarapoto 2016. [Tesis para optar título de médico cirujano]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad De Medicina Humana, 2016. Disponible en: repositorio.upao.edu.pe/.../upaorep/.../Re_Med.Huma_Miguel.Dulong_Apoy.

58. Gámez GG, Roales-Nieto JG. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *Int J Psychol Psychol Ther.* [Internet]. 2014 [citado 10 abril 2017]; 7(3):393–403. Disponible en: www.ijpsy.com/volumen7/num3/177/creencias-relacionadas-con-la-hipertensi-es.pdf.
59. Peña Sainz de la Maza J. Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao. [Tesis para optar título de Lic. en Enfermería]. España: Universidad de Navarra, 2014. Disponible en: academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/.../JaionePeñaSainzde-laMaza.pdf?...1.
60. Rodríguez J, Solís R, Valencia S, Román Y, Reyes R. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. *Rev. Fac. Med.*, [internet]. 2014 [citado el 8 de febrero del 2017]; 55-60 Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>
61. De Guadalupe H. Factores biosocioculturales relacionados con el cumplimiento del tratamiento dietético en pacientes con hipertensión arterial, club del adulto-hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. *Cientifi-k.* [Internet]. 2015 [citado el 12 de junio del 2017]; 3(2):11–7. Disponible en: revistas.ucv.edu.pe/index.php/...K/.../view?...Rommy%20De%20Guadalupe... Vol 3, No 2 (2015): *Cientifi-k - Artículos de Investigación.*

62. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P.
Metodología de la investigación. Quinta edición. México. Graw Hill
Interamericana Editores. 2010. Disponible en:
<https://www.esup.edu.pe/...investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion>.

ANEXOS

Instrumento para evaluar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial.

EDAD: _____ **SEXO**(M)(F) **ESTADO CIVIL**_____ **GRADO DE INSTRUCCIÓN**_____

INSTRUCCIONES

A continuación encuentra usted, una serie de ítem que expresan aspectos o experiencias que influyen, en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la FRECUENCIA con que ocurre cada evento en su situación en particular.

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
I DIMENSIÓN			
FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)			
Puede costearse los medicamentos.			
Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas.			
Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.			
1. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
2. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
3. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			

4. Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos.			
Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.			
Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento.			
FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento.			
II DIMENSIÓN			
FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD			
El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.			
El personal de enfermería le enseña y da			

recomendaciones escritas sobre sus tratamientos.			
5. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.			
6. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
7. La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda.			
8. Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo.			
9. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
10. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
11. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
12. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			

13. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
14. Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control.			
15. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
16. Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde.			
17. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.			
18. Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.			
19. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
20. El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera.			
La institución de salud le da oportunidades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos.			
Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir			

enfermedad cardiovascular.			
FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece.			
III DIMENSIÓN			
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.			
Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.			
Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores.			
21. Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento			

y las recomendaciones para mejorar su salud.			
22. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
23. Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.			
24. Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas			
IV DIMENSIÓN			
FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE			
25. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.			
26. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.			
27. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce			
28. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
29. Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.			
30. Se siente discriminado o alejado de su familia o			

grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir.			
31. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
32. Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

**ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL
COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH**

Dimensiones	Número de ítems	Alfa de Crombach
I. Factores socioeconómicos	14	0,816
II. Factores relacionados con el proveedor	21	0,793
III. Factores relacionados con la terapia	10	0,755
IV. Factores relacionados con el paciente	8	0,765
Total de las dimensiones	53	0,844

APROBACIÓN DE HOSPITAL SJL PARA APLICAR INSTRUMENTO.



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CIRCULAR N° 019- 2017-UADI - HSJL



Mg. ROCIO DEL PILAR MALQUI VILCA
Jefe del Departamento de Enfermería

M.C. HUGO ENRIQUE MARTINEZ RIOS
Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento

M.C. PORFIRIO FORTUNATO CHANGA CAMPOS
Jefe del Departamento de Medicina



ASUNTO : PROYECTO DE INVESTIGACION
FECHA : Canto Grande, 15 de Febrero del 2017

Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que con el fin de obtener el título de Licenciadas en Enfermería se ha presentado el Proyecto de Investigación titulado **"FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2017."**, el cual ha sido revisado por el Comité de Ética e Investigación.

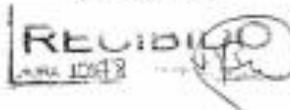
Por lo expuesto solicito a Usted, se brinde facilidades a las tesisistas FLOR MERCEDES ANDRÉS TENASCA y ESMERALDA MARRERAS VIDAL de la UPNW para aplicar el instrumento de investigación del estudio en mención.

Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,



15 MAR 2017



SMT/may
CC/
Archeo

**AUTORIZACIÓN PARA USAR INSTRUMENTO “FACTORES QUE
INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES”**

Ibagué, Enero 20 de 2017

Estudiantes

ESMERALDA MEDALIT MARREROS VIDAL, ANDRES TENASOA FLOR
MERCEDES

Bachiller de enfermería

Por medio de la presente y en razón a su solicitud para la utilización del instrumento "factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas cardiovasculares" en su investigación "factores relacionados a la adherencia del tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial", le informo que consultadas las autoras del mismo se autoriza su uso teniendo en cuenta que se deben dar los créditos del mismo a las autoras y solicitamos se nos informe los resultados de su investigación. Adicionalmente por favor confirmar que efectivamente el instrumento se utilizara para la investigación.

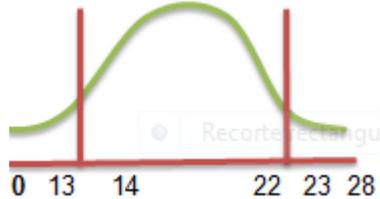
Anexo instrumento versión 3

Documento para su interpretación.

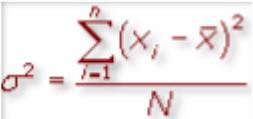
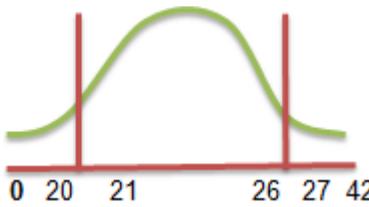
Cordialmente,


CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ
Autora

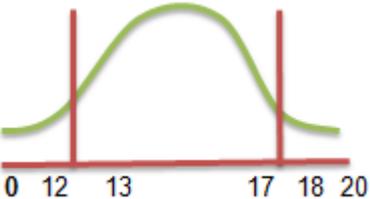
CALCULO DE ESTANINOS: FACTOR SOCIOECONÓMICO

CALCULO DE MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	APLICACIÓN DE LA FORMULA	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	
<p>-CALCULO DE LA MEDIA ARITMÉTICA:</p> $X = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_N}{N}$ <p>X=17.24</p> <p>-CALCULO DE LA VARIANZA:</p> $\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{x})^2}{N}$ <p>CALCULO DE LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR</p> <p>$S(X) = \sqrt{\text{varianza}}$</p> <p>$S(x) = 5,74$</p>	<p>a= x-0,75(s) a= 17,24-0,75 x 5,74 a= 17,24-4,29 a=13</p> <p>b= x+0,75(s) b=17,24+0,75 x 5,74 b=17,24+4,29 b=22</p>	<p>Baja Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 0 hasta el 13.</p> <p>Moderada Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 14 hasta el 22.</p> <p>Alta Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 23 hasta el 28.</p>	

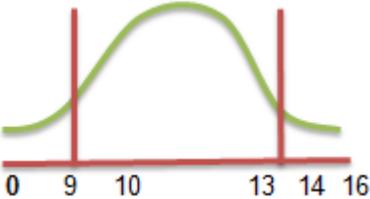
CALCULO DE ESTANINOS: FACTOR RELACIONADO CON EL PROVEEDOR

CALCULO DE MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	APLICACIÓN DE LA FORMULA	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	
<p>-CALCULO DE LA MEDIA ARITMÉTICA:</p> $X = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_N}{N}$ <p>X=22,83</p> <p>-CALCULO DE LA VARIANZA:</p>  <p>CALCULO DE LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR</p> $S(X) = \sqrt{\text{varianza}}$ <p>S(x)= 4,060</p>	<p>a= x-0,75(s) a= 22,83-0,75 x 4,060 a= 22,83-3,04 a= 20</p> <p>b= x+0,75(s) b= 22,83+0,75 x 4,060 b= 22,83+3,04 b= 26</p>	<p>Baja Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 0 hasta el 20.</p> <p>Moderada Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 21 hasta el 26.</p> <p>Alta Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 27 hasta el 42.</p>	

CALCULO DE ESTANINOS: FACTOR RELACIONADO CON LA TERAPIA

<p align="center">CALCULO DE MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL</p>	<p align="center">APLICACIÓN DE LA FORMULA</p>	<p align="center">VALOR FINAL DE LA VARIABLE</p>	
<p>-CALCULO DE LA MEDIA ARITMÉTICA:</p> $X = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_N}{N}$ <p>X= 14,57</p> <p>-CALCULO DE LA VARIANZA:</p> $\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{N}$ <p>CALCULO DE LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR</p> <p>S(X) = $\sqrt{\text{varianza}}$</p> <p>S(x)= 3,524</p>	<p>a= x-0,75(s) a= 14,57-0,75 x 3,542 a= 14,57-2,59 a= 12</p> <p>b= x+0,75(s) b= 14,57+0,75 x 3,542 b= 14,57+2,59 b= 17</p>	<p>Baja Influencia</p> <p>Quando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 0 hasta el 12.</p> <p>Moderada Influencia</p> <p>Quando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 13 hasta el 17.</p> <p>Alta Influencia</p> <p>Quando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 18 hasta el 20.</p>	

CALCULO DE ESTANINOS: FACTOR RELACIONADO CON EL PACIENTE

CALCULO DE MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	APLICACIÓN DE LA FORMULA	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	
<p>-CALCULO DE LA MEDIA ARITMÉTICA:</p> $X = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_N}{N}$ <p>X=10,9</p> <p>-CALCULO DE LA VARIANZA:</p> $\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{N}$ <p>CALCULO DE LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR</p> <p>S(X) = $\sqrt{\text{varianza}}$</p> <p>S(x)= 2,52</p>	<p>a= x-0,75(s) a= 10,9-0,75 x 2,52 a= 10,9-1,89 a= 9,</p> <p>b= x+0,75(s) b= 10,9+0,75 x 2,52 b= 1,9+1,89 b= 13</p>	<p>Baja Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 0 hasta el 9.</p> <p>Moderada Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 10 hasta el 13.</p> <p>Alta Influencia</p> <p>Cuando las respuestas del factor socioeconómico oscilan desde el punto 14 hasta el 16.</p>	

**FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

	Baja Influencia	Moderada Influencia	Alta Influencia
Factor Socioeconómico	27,9%	41,5%	30,6%
Factor relacionado con el Proveedor	33,9%	35,5%	30,6%
Factor relacionado con la Terapia	32,2%	50,3%	17,5%
Factor relacionado con el Paciente	30,10%	54,6%	15,3%