

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TÍTULO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE  
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD II – CAÑETE. 2019**

**SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS  
Y DESASTRES**

**LIC. VERÓNICA ROXANA GARCIA CHACALIAZA**

**LIC. SYLVISTH MARCELINA SÁNCHEZ YACHI**

**LIC. ELISA MENACHO PORTILLO**

**Callao, 2019**

**PERÚ**

## TITULO

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE  
PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD II – CAÑETE. 2019

AUTORAS

LIC. VERÓNICA GARCIA CHACALIAZA

LIC. SYLVISTH SÁNCHEZ YACHI

LIC. ELISA MENACHO PORTILLO

## HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

### MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA	Presidenta
Mg. LUIS ENRIQUE MONCADA SALCEDO	Secretario
Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO	Vocal

ASESORA: Mg. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA

N° DE LIBRO: 003

N° DE FOLIO: 0

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN:

Fecha de aprobación de Tesis: 06/12/2019

Resolución de Decanato N° 389-2019-D/FCS de fecha 04 de diciembre del 2019 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. VERÓNICA GARCIA CHACALIAZA

LIC. SYLVISTH SÁNCHEZ YACHI

LIC. ELISA MENACHO PORTILLO

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a nuestra universidad, gracias por habernos formado, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta. Gracias a todos ustedes fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

# ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE .....	1
TABLAS DE CONTENIDO .....	3
TABLAS DE GRÁFICOS.....	5
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Formulación del problema .....	12
1.3. Objetivos.....	13
1.4. Limitantes de la investigación.....	13
II. MARCO TEÓRICO .....	14
2.1. Antecedentes.....	14
2.2. Bases teóricas.....	19
2.3. Conceptual .....	22
2.3.1. Hipertensión arterial.....	22
2.3.2. Adherencia al tratamiento farmacológico .....	28
2.4. Definición de términos básicos .....	42
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	43
3.1. Hipótesis.....	43
3.2. Definición conceptual de variables .....	43
3.2.1. Operacionalización de variable .....	44

IV.DISEÑO METODOLÓGICO .....	47
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	47
4.2. Método de investigación.....	47
4.3. Población y muestra .....	47
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.....	49
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	49
4.6. Análisis y procesamiento de datos .....	49
V. RESULTADOS .....	50
5.1. Resultados descriptivos.....	50
5.2. Resultados inferenciales.....	55
5.3. Otro tipo de resultados estadísticos .....	57
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	63
6.1. Contrastación y demostración de las hipótesis con los resultados .....	63
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares .....	66
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes .....	67
CONCLUSIONES .....	69
RECOMENDACIONES .....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
VIII. ANEXOS.....	76
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	77
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos .....	79
Anexo 3: Confiabilidad del instrumento .....	83
Anexo 4: Clasificación de las variables .....	84



## TABLAS DE CONTENIDO

Tabla N°5.1.1	Adherencia al tratamiento según factores atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	56
Tabla N°5.1.2	Factores socioeconómicos de los pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	57
Tabla N°5.1.3	Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	58
Tabla N°5.1.4	Factores relacionados con la terapia de pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	59
Tabla N°5.1.5	Factores relacionados con los pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	60
Tabla N°5.2.1	Asociación entre factores y adherencia.....	61
Tabla N°5.2.2	Factores asociados a adherencia.....	62
Tabla N°5.3.1	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según edad, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	63
Tabla N°5.3.2	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según sexo, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	64

Tabla N°5.3.3	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según estado civil, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019...	65
Tabla N°5.3.4	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según grado de instrucción, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019...	66
Tabla N°5.3.5	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según atención en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	67
Tabla N°5.3.6	Distribución de pacientes con hipertensión arterial por tiempo de enfermedad en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	68

## TABLAS DE GRÁFICOS

Gráfico N°5.1.1	Adherencia al tratamiento según factores atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	56
Gráfico N°5.1.2	Factores socioeconómicos de los pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	57
Gráfico N°5.1.3	Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	58
Gráfico N°5.1.4	Factores relacionados con la terapia de pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	59
Gráfico N°5.1.5	Factores relacionados con los pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	60
Gráfico N°5.2.1	Asociación entre factores y adherencia.....	61
Gráfico N°5.2.2	Factores asociados a adherencia.....	62
Gráfico N°5.3.1	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según edad, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	63
Gráfico N°5.3.2	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según sexo, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	64

Gráfico N°5.3.3	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según estado civil, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019...	65
Gráfico N°5.3.4	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según grado de instrucción, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019...	66
Gráfico N°5.3.5	Distribución de pacientes con hipertensión arterial según atención en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	67
Gráfico N°5.3.6	Distribución de pacientes con hipertensión arterial por tiempo de enfermedad en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete. 2019.....	68

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue establecer los factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes hipertensos del servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete, 2019. La metodología de la investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, no experimental de corte transversal; se aplicó en una muestra de 91 pacientes con hipertensión arterial. Los resultados obtenidos evidenciaron asociación entre la adherencia al tratamiento y diversos factores como: factores socioeconómicos ( $\chi^2 = 6.894 > 5.9915$ ;  $p=0.032$ ), factores de sistema y equipo de salud relacionados con el proveedor ( $\chi^2 = 8.510 > 5.9915$ ;  $p=0.014$ ), factores relacionados con la terapia ( $\chi^2 = 7.665 > 5.9915$ ;  $p=0.022$ ), factores relacionados con el paciente ( $\chi^2 = 8.531 > 5.9915$ ;  $p=0.007$ ). Se concluye que existe asociación entre los factores y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete, 2019.

**Palabras clave:** Factores asociados a la adherencia, adherencia, tratamiento antihipertensivo.

## ABSTRACT

The objective of this study was to establish the factors associated with treatment adherence in hypertensive patients of the emergency service of EsSalud II Hospital in Cañete, 2019. The research methodology was quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional. ; It was applied in a sample of 91 patients with arterial hypertension. The results obtained showed an association between adherence to treatment and various factors such as: socioeconomic factors ( $\chi^2 = 6,894 > 5,915$ ;  $p = 0.032$ ), health system and equipment factors related to the provider ( $\chi^2 = 8,510 > 5,915$ ;  $p = 0.014$ ), factors related to therapy ( $\chi^2 = 7.665 > 5.9915$ ;  $p = 0.022$ ), factors related to the patient ( $\chi^2 = 8.531 > 5.9915$ ;  $p = 0.007$ ). It is concluded that there is an association between factors and adherence to treatment in hypertensive patients treated in the emergency department of EsSalud II Hospital in Cañete, 2019.

**Keywords:** Factors associated with adherence, adherence, antihypertensive treatment.

## INTRODUCCIÓN

La presión arterial varía según sea día o noche, durante meses y estaciones. En consecuencia, su diagnóstico debe casarse en múltiples medidas durante un periodo de tiempo determinado <sup>(1)</sup>. Si la elevación es mínima, se deben realizar mediciones repetidamente durante uno o dos meses, hasta definir la presión arterial real <sup>(2)</sup>.

La hipertensión arterial (HTA) causa desesperación por ser el principal factor de riesgo de enfermedades cardíacas, cuya prevalencia se ha incrementado en los últimos años; pero también causa esperanza ya que la prevención es posible, aunque difícil, y el tratamiento antihipertensivo permite controlar la presión reduciendo el ictus y la cardiopatía isquémica <sup>(3)</sup>.

Las estimaciones sugieren que al 2025 el 29% (1,56 mil millones) de la población adulta del mundo tendría hipertensión arterial <sup>(4)</sup>.

A pesar de los pocos estudios de impacto en Perú sobre la hipertensión arterial, uno de los más completos que incluye datos clínicos y epidemiológicos de la Hipertensión han sido los estudios TORNASOL I (2006) y TORNASOL II (2011); éstos evidenciaron mejoras del tratamiento y del control de la HTA, aunque no de la prevalencia, la que aumentó de 23.7% a 27.3% <sup>(5, 6)</sup>.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2016), midió la presión arterial a la población mayor de 14 años, hallando 12,7% con elevada presión y superior al año anterior en 0,4% <sup>(6)</sup>. En la región de Piura la prevalencia fue de 15,2% contrastando con los resultados nacionales <sup>(7)</sup>.

El objetivo del tratamiento antihipertensivo es el control de la presión arterial óptima y reducir las comorbilidades, y su adherencia es primordial para el logro de estas metas <sup>(8)</sup>. Se entiende como adherencia al cumplimiento de las instrucciones médicas y estrategias que le permiten al paciente mantener y continuar el tratamiento <sup>(9)</sup>.

Según el Dr. Sabaté E., existen barreras socioeconómicas, relacionadas con el sistema, la enfermedad, la terapia y el paciente que repercuten en la adherencia al tratamiento; y para superarlas es obligatorio resolver los problemas con cada factor <sup>(10)</sup>.

Se ha visto que, en adherencias exitosas, hubo reducciones importantes en la incidencia de accidentes cerebrovasculares (35%-40%), infarto de miocardio (20%-25%), y la insuficiencia cardiaca (>50%) <sup>(11,12)</sup>.

En el Perú, en términos generales, la adherencia al tratamiento antihipertensivo es baja, y varía según la región; por ejemplo, en Lima (2010) fue de 37,9% <sup>(9)</sup>, al 2015 los resultados fueron de 57.4% <sup>(10)</sup>, y se hallaron asociaciones con el estado civil viudo, el olvido de las indicaciones médicas como motivos de no adherencia al tratamiento <sup>(13)</sup>.

Existen algunos reportes hospitalarios en Trujillo, Tarapoto y Tacna, con diversos valores sobre la adherencia, por ello el objetivo de esta investigación fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

La estrategia de enfermedades No Transmisibles de la Región Callao, en la actualidad se está trabajando bajo los criterios de las Guías de práctica Clínica para la enfermedad hipertensiva, aprobada por el MINSA en 2015 <sup>(15)</sup>.

La tendencia de los casos de Hipertensión Arterial en la región del Callao desde 2005 al 2015 se tiene un acumulado de 161,217, se puede observar que desde el año 2013 está yendo en aumento, teniendo en el 2015 un total de 2,117. Según la tendencia del caso presentado por lugar de procedencia desde el 2005 al 2015 el distrito de Callao tiene tendencia ascendente con un total de 116,733 casos, distrito de Ventanilla 20,268 casos, distrito de Carmen de la legua con un total de 9,429 casos, distrito de Bellavista 8,308 casos y otros distritos corresponden un total de 15,585 casos. Distrito de La Perla 6,012 y Distrito de La Punta 467 casos <sup>(15)</sup>.



# I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1. Descripción de la realidad problemática

En los servicios de emergencia a diario llegan pacientes con hipertensión arterial, muchos de estos pacientes llegan con complicaciones debido a un mal seguimiento, o un mal tratamiento, o algunos con enlaces fatídicos por no preocuparse en llevar una vida saludable <sup>(14)</sup>.

La razón de esto puede ser la falta de adherencia al tratamiento, la adherencia subóptima es una barrera importante para la terapia farmacológica de las afecciones médicas. Por lo tanto, es un tema de interés, complejo, sin ninguna resolución aparente, y con una larga data clave en los resultados positivos.

La adherencia ha generado un interés mundial en los últimos decenios, y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) ha reconocido la necesidad de un enfoque de sistemas para su comprensión y abordaje <sup>(15)</sup>.

El informe de la OMS (2004), afirma que en los países desarrollados la adherencia a tratamientos largos es el 50% en enfermedades crónicas, siendo menor en países con menos desarrollo. La falta de adherencia trae como consecuencia un aumento en el costo sanitario y la disminución de resultados, los que condicionan la efectividad del sistema de salud. Esto acarrea un serio problema, puesto que las enfermedades crónicas son el 64% de la carga mundial al 2020 <sup>(16)</sup>.

Actualmente, la mayoría de los problemas asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico son similares a los de la adherencia a la farmacoterapia antihipertensiva <sup>(17)</sup>.

Son la baja Adherencia y la Hipertensión Arterial, el principal problema que interfiere en la mejora de los pacientes, y la enfermedad de mayor prevalencia respectivamente. Esta premisa nos lleva a plantearnos las siguientes preguntas: ¿cómo colaborar con la mejoría de los Hipertensos?, ¿Cómo favorecer a quienes se encargan de su tratamiento?, ¿existe una adecuada

adherencia?, ¿Qué factores están relacionados a la adherencia?; bajo este escenario, el propósito es contribuir a la medicina desde la perspectiva del profesional de enfermería, integrando los hallazgos de las investigaciones en el área especializada de emergencias.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento de pacientes hipertensos en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II de Cañete, 2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

#### **Problema específico 1**

¿Cuál es la adherencia en referencia a la dimensión factores socioeconómicos al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete?

#### **Problema específico 2**

¿Cuál es la adherencia en referencia a la dimensión factores relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete?

#### **Problema específico 3**

¿Cuál es la adherencia en referencia a la dimensión factores relacionados con la terapia al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete?

#### **Problema específico 4**

¿Cuál es la adherencia en referencia a la dimensión factores relacionados al paciente al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Establecer los factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes hipertensos del servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

##### **Objetivo específico 1**

Identificar si la dimensión, factores socioeconómicos está asociado a la adherencia farmacológica antihipertensivo, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de Cañete, 2019

##### **Objetivo específico 2**

Identificar si la dimensión, factores relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud está asociado a la adherencia farmacológica antihipertensivo, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019.

##### **Objetivo específico 3**

Determinar si la dimensión, factores relacionados con la terapia está asociado a la adherencia farmacológica antihipertensivo, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital Essalud II de cañete, 2019.

##### **Objetivo específico 4**

Identificar si la dimensión, factores relacionados al paciente está asociado a la adherencia farmacológica antihipertensivo, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital Essalud II de Cañete, 2019.

### **1.4. Limitantes de la investigación**

No se presentaron limitantes en la investigación.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Internacionales

**LIBERTAD M. (2015), Cuba**, realizó una investigación titulada: “Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas”. Objetivo: Evaluar los niveles de adherencia de personas hipertensas. Resultados: El 50% aproximadamente presento adherencia total. El componente implicación personal presentó valores altos y bajos, mientras que el relacional valor intermedio. El componente cumplimiento del tratamiento obtuvo valores altos, intermedios y bajos. Por otro lado, la práctica de ejercicios físicos fue la indicación con peor resultado, y la relación entre profesionales y pacientes puede contribuir en mayor medida a al cumplimiento de la adherencia. Conclusión: La adherencia de los hipertensos es insuficiente, a pesar de ser lograda por casi la mitad de los participantes <sup>(18)</sup>.

**SOLÓRZANO M. (2015), Venezuela**, realizó un estudio titulado: “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero - Mayo 2015”. Objetivo: conocer la adherencia farmacológica de los pacientes. Metodología: Estudio observacional descriptivo, no experimental, de corte transversal en 110 pacientes hipertensos de la consulta y hospitalización a través de la escala de MoriskyGreen-Levine y la 4ta versión. Resultados: los participantes fueron principalmente mujeres (69%), con una edad promedio de 61 años ( $\pm 13,93$  años), con una adherencia del 35% y control de la presión en el 41%. Se halló relación entre ambas variables ( $p < 0.05$ ). El olvido fue causante de la no adherencia en el 72,70%. El 16,4% tuvo alto riesgo alto y no respondía a la adherencia. Conclusión: la mala adherencia al tratamiento se asocia al no control de la HTA. <sup>(19)</sup>

**VÁSQUEZ G. (2011), Guatemala**, en su investigación titulada “Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial”. Objetivo: Identificar el porcentaje de adherencia de pacientes con HTA en los

servicios de medicina interna. Metodología: Se obtuvieron resultados de los expedientes clínicos y se del test Morisky-Green-Levine a 103 pacientes ingresados al servicio de medicina interna. Resultados: El 47,57% es adherente y un 52,42% es No adherente al tratamiento farmacológico. Los hallazgos encontrados en la investigación fueron que los pacientes se olvidan de tomar los medicamentos con un porcentaje del 35,18% y dejan de tomarlo cuando se encuentran bien con un porcentaje de 27,77% según el test utilizado. También se refleja que las comorbilidades con mayor frecuencia fueron Diabetes Mellitus tipo 2 con un porcentaje de 52,42% y un 23.33% con Diabetes Mellitus más dislipidemia. Conclusiones: Los principales hallazgos encontrados fue la escasa adherencia terapéutica, no todos los pacientes con esquema terapéutico cumplen con el tratamiento por múltiples factores. <sup>(20)</sup>

**CASTAÑO J. (2015) Colombia** en su investigación titulada “Adherencia al Tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales Colombia -2011”, aplicado en 200 hipertensos (73,5% femenino, edad media 63,76 años) mediante el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG), el cuestionario de Morinsky-Green (MG) y el Medical OutcomesStudy (MOS). Resultados: se encontró adherencia total en el 45% según MG, el 51% según MBG. Según MOS el 12,3% tiene una red de apoyo social, apoyo emocional en el 74,8%, ayuda material 80,5%, relaciones sociales de ocio y distracción en el 78,6%, apoyo afectivo de 83,3%, el fármaco más usado fue enalapril 17,9%, seguido de verapamilo 10,1%. La adherencia según el cuestionario MBG mostró dependencia entre: la educación ( $p=0,000$ ), conocimientos sobre la enfermedad ( $p=0,032$ ), y con los resultados del cuestionario de apoyo social, MOS ( $p=0,000$ ). La adherencia según MG tuvo muy pocas relaciones. Conclusión: existen niveles bajos de adherencia asociados a educación, pocos saberes de la patología, y poco apoyo social. El cuestionario MBG mostró mayor consistencia en la adherencia que el Morinsky-Green. <sup>(21)</sup>

**HEDNA K. (2016) Suecia** en su investigación titulada “Adherencia a la terapia antihipertensiva y la presión arterial elevada: ¿debemos considerar el uso de múltiples medicamentos?”. Objetivo: Identifique los factores asociados a la falta

de adherencia a la HTA, considerando la terapia con múltiples medicamentos, e investigue la asociación entre la no adherencia a la HTA y la PA elevada. Metodología: Un estudio de cohorte retrospectivo que incluye pacientes con hipertensión, identificado a partir de una muestra aleatoria de 5025 adultos suecos. Resultados: La falta de adherencia a cualquier medicamento antihipertensivo fue mayor entre las personas <65 años (Odds Ratio, OR 2.75 [95% CI, 1.18-6.43]) y con el ingreso más bajo (OR 2.05 [95% CI, 1.01-4.16]). La falta de adherencia al régimen completo de HTA fue mayor entre los usuarios nuevos (OR 2.04 [IC del 95%, 1.32-3.15]), las personas que utilizaban atención médica especializada (OR 1.63, [IC del 95%, 1.14-2.32]) y tenían múltiples medidas antihipertensivas medicamentos (OR 1.85 [IC 95%, 1.25-2.75] y OR 5.22 [IC 95%, 3.48-7.83], para 2 y  $\geq 3$  medicamentos antihipertensivos, respectivamente). La falta de adherencia a cualquier medicamento antihipertensivo un mes antes de la visita de atención médica se asoció con un aumento de la P.A. Conclusión: Los factores sociodemográficos se asociaron con la falta de adherencia a cualquier medicamento antihipertensivo, mientras que los factores clínicos con la no adherencia al régimen completo de HTA. Estos diferentes hallazgos respaldan la consideración del uso de múltiples medicamentos antihipertensivos cuando se mide la adherencia a la recarga. El monitoreo de la adherencia a la recarga de los pacientes antes de la visita de atención médica puede facilitar la interpretación de la P.A. elevada<sup>(22)</sup>.

### **2.1.2. Nacionales**

**LIMAYLLA M (2016) Lima** en su investigación titulada “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud”, tuvo como objetivo evaluar la mejora en la adherencia de pacientes hipertensos mediante una investigación observacional, cuasiexperimental, longitudinal en 22 pacientes altos mayores con tratamiento mayor a tres meses. Resultados: al inicio los adherentes fueron el 4,5% y al término fue de 40,9%. Al inicio, el 50%

tuvo buen conocimiento sobre la HTA y al término fue el 86,4%. Se halló un cambio significativo ( $p < 0,05$ ) tanto en la adherencia (test de Morisky-Green) como en el nivel de conocimiento de la enfermedad (test de Batalla). Además, al final indicaron un nivel de satisfacción alto con la calidad de la consejería farmacéutica brindada. Conclusiones: Se evaluaron cinco dimensiones en la calidad del servicio, obteniéndose los siguientes puntajes promedio: fiabilidad, 4,68; capacidad de respuesta, 4,74; seguridad, 4,77; en empatía, 4,73; y tangibilidad, 4,83. En consecuencia, el servicio brindado alcanzó impacto alto en el nivel de satisfacción de los 22 pacientes <sup>(23)</sup>.

**GARAUNDO C (2018) Lima** en su investigación titulada “Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017”, tuvo como objetivo asociar los conocimientos sobre HTA y la adherencia terapéutica en 310 pacientes hipertensos. Resultados: Se halló asociación entre la adherencia y las variables: nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial ( $\text{Chi}^2 = 23,453$ ;  $p = 0.005$ ;  $\text{OR} = 9,077$   $\text{IC} = 3,198 - 25,764$ ); edad ( $\text{Chi}^2 = 9,354$ ;  $p = 0.002$ ;  $\text{OR} = 2,188$   $\text{IC} = 1,318 - 3,631$ ); sexo ( $\text{Chi}^2 = 12,558$ ;  $p = 0.005$ ;  $\text{OR} = 2,848$   $\text{IC} = 1,573 - 5,153$ ) y tiempo de diagnóstico ( $\text{Chi}^2 = 30,999$ ;  $p = 0.005$ ;  $\text{OR} = 4,268$   $\text{IC} = 2,517 - 7,239$ ). Conclusiones: quienes poseen inadecuados conocimientos sobre HAT tienen mayor probabilidad de presentar mala adherencia <sup>(24)</sup>.

**ALZA J (2016) Trujillo** en su investigación titulada “Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del Hospital I Luis Albrecht Essalud”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a baja adherencia en los hipertensos. Metodología: Mediante un estudio observacional, prospectivo, analítico, seccional cruzado, se aplicó el Test de Morisky-Green-Levine en 380 pacientes crónicos con HTA en dos grupos (con y sin adherencia). Resultados: el 61% tuvo una prevalencia de baja adherencia. Entre los factores de riesgo de baja adherencia encontramos: el género femenino (12,94%;  $p < 0,01$ ;  $\text{OR} = 1,719$ ), la menor edad ( $p < 0,01$ ) y la falta de apoyo familiar ( $p < 0,01$   $\text{OR} = 1,998$ ). Los factores que no fueron factores

significativos son: el bajo nivel ( $p < 0,363$ ;  $OR=1,101$ ), el no estar casado ( $p < 0,348$   $OR=0,896$ ), emplear 2 o más medicamentos ( $p < 0,054$   $OR=1,475$ ), y el número de años de tratamiento. Conclusiones: Existe alta prevalencia de baja adherencia en adultos hipertensos, siendo el género femenino, la falta de apoyo familiar, y la menor edad los factores de riesgo de baja adherencia <sup>(25)</sup>.

**ROJAS W (2016): Iquitos** una investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el hospital III Iquitos – Es salud marzo del 2016”. Metodología: Fue un estudio no experimental descriptivo, transversal, prospectivo, con un muestreo por conveniencia de 220 pacientes hipertensos. Utilizo una ficha de recolección de datos, que consto de cuatro ítems: características sociodemográficas, la hipertensión arterial, el tiempo de enfermedad, las complicaciones de la enfermedad y un cuestionario de conocimientos (instrumento fue adaptado de estudio de ESTRADA 44 realizado en Barcelona – España). Resultados: se observó 56.4% presentan un nivel de conocimiento adecuado sobre la hipertensión arterial, esto fue asociado a la edad entre 40 a 59 años ( $p=0.040$ ); el nivel de instrucción técnico ( $p=0.000$ ); la procedencia urbana ( $p=0.023$ ); el mayor tiempo de enfermedad ( $p=0.023$ ); y la recepción de información <sup>(26)</sup>.

**GARAUNDO R (2016): Lima** en su investigación titulada “Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017”, tuvo como objetivo asociar los conocimientos sobre la HTA y la adherencia de los pacientes al tratamiento médico que acuden al consultorio externo de cardiología del Hospital de Ventanilla. Para ello se utilizó como metodología de investigación el estudio analítico, retrospectivo. Se aplicó la encuesta a través de un instrumento en 310 personas con diagnóstico de hipertensión. Los resultados muestran que el rango de edad fue de 40 y 60 años, siendo éste un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento; así mismo, el género masculino también fue un factor de riesgo para la mala adherencia, con un OR superior a 2 en ambos casos. <sup>(27)</sup>



## 2.2. Bases teóricas

### Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Modelo de Enfermería de Dorotea Orem se considera pertinente incluir las bases conceptuales de esta teoría en el trabajo a investigar. La teoría de enfermería de Orem está conformada por 3 teorías, las cuales están relacionadas entre sí y una lleva a la otra a un desarrollo más claro, estas son <sup>(28)</sup>:

- Teoría del auto cuidado.
- Teoría del déficit del auto cuidado
- Teoría de sistemas de enfermería.

La teoría de autocuidado describe cómo y porque las personas cuidan de sí mismas, Orem considera el término “auto” como el todo de un individuo (necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y al “cuidado” como todas las actividades que se realizan para mantener la vida y desarrollarse con normalidad. Siendo, el autocuidado, las actividades que las personas inician y ejecutan para el mantener la vida y la salud en su propio beneficio y bienestar. Para desarrollar estas actividades y perpetuar el autocuidado, Orem expone que existen unos requisitos de autocuidado, estos son: requisitos universales, requisitos de desarrollo y los de alteraciones o desviaciones de la salud <sup>(28)</sup>.

Los requisitos universales son las demandas que todo individuo tiene para mantenerse vivo entre estos están: aporte suficiente de agua, aire, alimentos, equilibrio entre la actividad física y el reposo, entre la interacción social y la soledad, proveer cuidados en relación a los procesos de eliminación, la prevención de peligros de la vida, el bienestar y promoción del funcionamiento humano. Los requisitos de desarrollo están relacionados con la creación y mantenimiento de condiciones que favorezcan el desarrollo durante las distintas etapas de vida y procesos vitales en las que involucra además la promoción de condiciones y experiencias para facilitar el desarrollo de prácticas intelectuales, interaccionales y sociales, esenciales para vivir en sociedad.

Y tener la capacidad de proveer cuidados en dos tipos de situaciones: la primera prevenir los efectos negativos de las condiciones negativas que rodean al individuo; segundo proveer cuidados para disminuir los efectos negativos existentes y que podrían representar una demanda creciente para la capacidad del individuo de confrontar las propias necesidades de autocuidado. Los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud son expresados en el momento en que la persona está expuesta a cambios en su funcionamiento fisiológico normal, la demanda de cuidado aumenta y sobrepasa su capacidad de autocuidado, es en este momento en el cual el individuo tiene que ir en busca de ayuda de otras personas para cumplir con los requisitos pues no es capaz de cumplirlos a cabalidad por la situación de salud que atraviesa.

La capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades requiere: tener capacidades fundamentales y de disposición (sensación, percepción, memoria y orientación), tener la habilidad de comprometerse con el autocuidado (máxima atención y vigilancia, control de la energía y del cuerpo, conocimiento, razonamiento, motivación y toma de decisiones), y finalmente la capacidad de operacionalizar las decisiones (investigar y emitir juicios sobre sí y su entorno, tomar decisiones) auto reflexionadas de autocuidado y construye medidas para satisfacer su autocuidado por sí mismo <sup>(28)</sup>.

Teoría de déficit de autocuidado: Es la relación que existe entre la agencia y las demandas de autocuidado, donde las capacidades de autocuidado no pueden satisfacer las demandas; entendiéndose este último como la relación entre los requisitos de autocuidado que existen y lo que debería hacerse para satisfacerlos. Teoría de sistemas de enfermería: Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero <sup>(23)</sup>, el o los contextos en los que se desenvuelven estos dos actores (Paciente – Enfermera), que son fundamentales y determinan la capacidad de autocuidado del individuo, ya que dicha capacidad se puede ver afectada en algún grado por el personal de salud, siendo estos sistemas series y secuencias de las acciones enfermeras sobre las necesidades de autocuidado de los pacientes, para proteger y regular su autocuidado <sup>(29)</sup>.

Orem considera tres sistemas de enfermería: el totalmente compensatorio, el parcialmente compensatorio y de soporte-educación, donde la función principal del personal de salud para la recuperación y mantenimiento de la salud son de vital importancia <sup>(29)</sup>.

- Sistema Totalmente compensatorio: En el que la enfermera tiene que hacerse cargo de satisfacer los requisitos universales por incapacidad o limitación del paciente para satisfacerlos por cuenta propia. Debe cumplir este papel hasta que el individuo recupere la capacidad de satisfacerlos por cuenta propia o haya aprendido a adaptarse a cualquier limitación y satisfacerlos por sí mismo.
- Sistema Parcialmente Compensatorio: En el que la enfermera sigue cumpliendo su papel de compensatoria, pero en la que el individuo cumple un papel más participativo en toma de decisiones y acciones, es decir otorga mayores responsabilidades al individuo.
- Sistema de Apoyo-Educativo: En el que la enfermera cumple un papel fundamental y al que mayor énfasis se debería otorgar, pues se encarga de regular y apoyar los procesos de toma de decisiones por parte del individuo para el desarrollo de las capacidades de autocuidado <sup>(29)</sup>.

La falta de adherencia se da por una interrelación de factores propios de la persona, de su entorno, de la propia enfermedad, así como de los servicios de salud ofrecidos. Esto nos lleva a concluir que la capacidad o agencia de autocuidado mencionada por Orem, está determinada por la forma en que el individuo realiza maniobras, ve su salud y así mismo pone en práctica acciones para mantenerla equilibrada, y que tiene en cuenta unos requisitos tanto intrínsecos como extrínsecos que pueden alterar la demanda y oferta de autocuidado. Y que también puede verse afectada por las acciones tanto positivas como negativas desarrolladas por el personal de salud en especial el área de enfermería, por ser el ente que mantiene mayor contacto con el individuo y por lo tanto puede ejercer mayor impacto en las acciones a realizar por este en pro de su salud.

Es así que la adherencia comprende acciones de autocuidado complejas que resultan de recibir adecuada orientación sobre los tratamientos, implicando cambios en el estilo de vida; siendo fundamental para el éxito, un proceso razonado y la decisión del paciente <sup>(29)</sup>. Vemos entonces que la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem es una herramienta ideal y un complemento apropiado para el análisis de esta problemática a la luz de la teoría con el fin de tomar la adherencia como un comportamiento de autocuidado.

## **2.3. Conceptual**

### **2.3.1. Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria crónica, que hasta el día de hoy es definida como una enfermedad sin etiología. La elevación anormal y persistente es la manifestación clínica indispensable, indicado desde cifras de 140 mmHg en sístole y/o 90 mmHg en diástole <sup>(17)</sup>; por lo tanto, se considera hipertensos a quienes atraviesan persistentemente el umbral de la presión arterial por encima del cual hay sólidas de que el tratamiento antihipertensivo favorecerá su pronóstico.

Específicamente, la creciente evidencia de los ensayos antihipertensivos sugiere que muchos individuos con alto riesgo o con comorbilidades particulares deben tener diferentes umbrales de hipertensión <sup>(30)</sup>.

La enfermedad hipertensiva no tiene cura, pero su objetivo fundamental es reducir la presión arterial para evitar los eventos cardiovasculares <sup>(31)</sup>.

#### **a) Etiología**

Hipertensión primaria (esencial o idiopática): se da en más del 95% de casos de HTA, aunque aún no presenta una causa identificable, por lo que existen múltiples factores asociados, aunque sin demostrar causalidad. Existe la teoría genética, aunque no está definido el gen responsable.

Hipertensión secundaria: Corresponde al 5% de casos con causa identificable (Enfermedad renal, enfermedades endocrinas, miscelánea, medicamentos); al resolver la etiología se desencadenará un buen control de la PA e incluso la curación. <sup>(32)</sup>.

## **b) Fisiopatología**

La presión arterial se regula mediante numerosos factores neurohormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos. Múltiples factores modificables y no modificables como herencia, estilo de vida, S.N. simpático hiperactivado, gran ingesta de sal o sustancias liberadas del endotelio enfermo, pueden modificar el gasto cardiaco o la resistencia vascular periférica, iniciando la enfermedad.

El principal determinante de la persistencia de la Hipertensión es considerado “angiotensina II” como potente vasoconstrictor y facilitadora del crecimiento celular. Un acompañante de la enfermedad hipertensiva, es la disfunción endotelial que promueve la proliferación celular, así como la liberación de muchas sustancias vasoactivas, protrombóticas y procoagulantes que precipitarán en aterosclerosis precoz.

La hipertrofia e hiperplasia vascular hacen referencia al incremento de la matriz extracelular y de la resistencia vascular periférica, son causantes de la hipertrofia miocárdica y el desarrollo de complicaciones vasculares (aterosclerosis), cardiacas (insuficiencia cardiaca, isquemia miocárdica y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia, encefalopatía), oftalmológicas (retinopatía hipertensiva), urológicas (disfunción eréctil) y la insuficiencia renal <sup>(33)</sup>.

## **c) Factores de riesgo asociados**

- **Factores y determinantes sociales:** Urbanización, envejecimiento, educación, vivienda.

- **Factores de riesgo conductuales:** Dieta malsana (el consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa, y de cantidades insuficientes de frutas y hortaliza), tabaquismo, sedentarismo, uso nocivo de alcohol.
- **Factores de riesgo metabólicos:** Dislipidemias, diabetes mellitus, obesidad (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>; perímetro abdominal: varones  $\geq 102$  cm; mujeres  $\geq 138$  cm), sobrepeso (IMC 25- 29.9 kg/m<sup>2</sup>), Antecedente familiar de primer grado para enfermedad coronaria prematura.

#### d) Cuadro clínico

Signos y síntomas: Aunque no siempre se tienen síntomas, a veces la hipertensión provoca cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal.

Se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vascular los trastornos cognitivos agudos. Estos síntomas no deben ser ignorados ya que puede peligrar la vida de la persona, aunque no siempre pueden ser interpretados como indicativos de hipertensión. La presión alta es una advertencia y una grave señal de la necesidad de cambiar significativamente el modo de vida. La hipertensión es una patología que puede matar en silencio<sup>16</sup> y casi siempre se identifica a un hipertenso con complicaciones crónicas como la hipertrofia de ventrículo izquierdo, insuficiencia cardiaca congestiva, problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o disfunción eréctil.

#### e) Diagnostico

##### - Criterios de diagnóstico

Cribado y detección temprana de hipertensión arterial

La periodicidad con la cual un paciente debe realizarse un control de presión arterial no existe, no hay evidencia suficiente pero sí es necesario realizarlo<sup>(26)</sup>.

Toda la población mayor o igual a 18 años debe de realizarse un control de presión arterial y repetirse cada 5 años solo si la presión arterial está en rangos normales (PAS <120 mmHg y PAD<80 mmHg) y no esté asociado a ningún factor de riesgo. Si presenta algún factor de riesgo cardiovascular o si los valores presentan rangos de una pre-hipertensión, deberá repetirse los controles anualmente.

Para el diagnóstico de hipertensión es preciso medir la tensión arterial durante algunos días antes. La presión arterial se mide dos veces al día uno por la mañana y otro por la tarde. La persona tiene que estar sentada y luego se procede a tomar la primera medición luego con un intervalo mínimo de un minuto se procede a tomar la segunda medición. Se descartan las mediciones del primer día y se toma el valor promedio de todas las restantes para confirmar el diagnóstico de hipertensión.

#### - **Procedimientos diagnósticos**

Dentro de los procedimientos diagnósticos tenemos a la historia médica, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales. Tienen como objetivo:

- a) Determinar el nivel de presión arterial, la exactitud es indispensable
- b) Identificar causas secundarias potenciales
- c) Determinar el riesgo cardiovascular global según factores de riesgo y daño de órgano blanco clínico o subclínico.
- d) Un buen diagnóstico y toma de decisiones terapéuticas acertadas.

#### **f) Complicaciones**

- Daño a órgano blanco (asintomático)
- Corazón: ocasionando hipertrofia ventricular izquierda.
- Sistema vascular arterial: presión de pulso  $\geq 60$ mmHg e índice tobillo-brazo  $< 0,9$  o velocidad de la onda de pulso carotideo femoral  $>10$  m/s o engrosamiento de carótida (grosor íntimo medio  $>0,9$  mm).
- Ojos: retinopatía hipertensiva.

- Riñón: microalbuminuria (30-300 mg/24h) y TFGe  $\leq 60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

#### **g) Evento cardiovascular o renal manifiesto**

- Enfermedad cerebrovascular: hemorragia cerebral, accidente isquémico transitorio, ictus isquémico.
- Enfermedad coronaria: angina, infarto de miocardio, cirugía de revascularización coronaria o revascularización coronaria con intervención coronaria percutánea.
- Insuficiencia cardiaca con o sin función sistólica preservada.
- Enfermedad arterial periférica sintomática en extremidades inferiores.
- Enfermedad renal crónica con TFGe  $< 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> de superficie corporal; proteinuria ( $> 300$  mg/24 h).
- Retinopatía avanzada: papiledema, hemorragias o exudados.

#### **h) Tratamiento no farmacológico**

Los cambios en el estilo de vida en pacientes no hipertensos son necesario para retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la hipertensión arterial también así prevenir o retrasar el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA; por otro lado, reducir la presión arterial en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, con una menor cantidad de número y dosis de medicamentos antihipertensivos. Son indicaciones de gran importancia en el manejo del hipertenso. Las medidas que reducen la P.A. son:

- Restricción de la ingesta de sal.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Consumo de frutas y verduras, y alimentos bajos en grasa.
- Reducción y control de peso.
- Actividad física regular.
- Evitar exposición al humo de tabaco.



Es importante que la familia esté involucrada en el manejo integral del paciente con hipertensión arterial.

### **i) Tratamiento farmacológico**

Inicio de terapia farmacológica: El inicio de indicar medicamentos antihipertensivos dependerá de la evaluación integral del paciente según los niveles de riesgo cardiovascular que se le ha adjudicado, tomando en consideración: nivel de la P.A. sistólica y diastólica, presencia de daño clínico o subclínico en los órganos blanco y factores de riesgo. A continuación se detallan quienes pueden iniciar la terapia:

- Hipertensos que han realizado cambios en el estilo de vida de 3 a 6 meses con riesgo cardiovascular bajo y no han obtenido las metas en la P.A.
- Hipertensos con P.A. sistólica  $\geq 160$  mmHg o diastólica  $\geq 100$  mmHg.
- Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado.
- Los grupos de medicamentos antihipertensivos de primera elección en monoterapia corresponden a: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, B-bloqueadores, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, diuréticos tipo tiazidas y bloqueadores de los canales de calcio.
- En personas mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los (B-bloqueadores como primera elección.
- El inicio de monoterapia podrá realizarse con uno de los agentes antihipertensivos mencionados:
  - Enalapril, 10 a 20 mg por día, por dos días
  - Losartán, 50 a 100 mg por día, por dos días
  - Hidroclorotiazida, 12.5 a 25 mg por día
  - Amlodipino, 5 a 10 mg por día.

## Terapia farmacológica combinada

El principio de la respuesta clínica será fundamental para iniciar la terapia farmacológica combinada. Si en 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo no se llega a alcanzar la meta o si hay ausencia de eficacia a la dosis inicial convencional de un agente único se deberá decidir usar una terapia farmacológica combinada.

En algunos pacientes que se combina la terapia precozmente (4 semanas en monoterapia) o desde el principio:

1. Aquellos que muestren niveles de P.A.S  $\geq 160$ mmHg o P.A.D  $\geq 100$ mmHg.
2. Síndrome metabólico.
3. Hipertensos con riesgo cardiovascular moderado a más.
4. Adulto mayor
5. Obesidad

### **2.3.2. Adherencia al tratamiento farmacológico**

La adherencia es la estrategia que favorece el mantener y continuar un tratamiento médico a una persona, de tal manera que se logren cambios significativos en sus hábitos y comportamientos para mejorar su vida.

Haynes et en el año 1979 definieron el "cumplimiento" como la medida en que el comportamiento (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la recomendación médica o los consejos de salud; por lo tanto, el incumplimiento es la medida en que estas instrucciones no se logran <sup>(27)</sup>.

La OMS combinó las definiciones desarrolladas por Haynes et al con una de Rand para obtener su definición de adherencia al tratamiento a largo plazo como la medida en que el comportamiento de una persona (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida)

corresponde a las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica.

Más tarde, Osterberg y Blaschke declararon el término "adherencia".

... es preferido por muchos proveedores de atención médica, porque el cumplimiento sugiere que el paciente sigue pasivamente las órdenes del médico y que el plan de tratamiento no se basa en una alianza o contrato terapéutico establecido entre el paciente y el médico.

Para la OMS (2004) el término adherencia terapéutica abarca diversos comportamientos relacionados con la salud, considerando el término médico como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria <sup>(28)</sup>.

La OMS ha identificado cinco dimensiones de adherencia <sup>(29)</sup>:

**Factores sociales y económicos:** como edad, raza, sexo, estado socioeconómico y educativo.

**Factores relacionados con el paciente:** como disposición al cambio, control y autoeficacia, creencias sobre la salud, alfabetización en salud, falta de conocimiento, olvido y miedo a la dependencia.

**Factores relacionados con la terapia,** incluida la complejidad y el costo del tratamiento, especialmente los costos de bolsillo, y los efectos adversos.

**Factores del sistema de atención médica,** como la relación médico-paciente, la carga de trabajo del médico y el agotamiento, los incentivos mal alineados y ausentes, y la coordinación de la atención ausente o limitada y la integración del cuidado.

#### **a) Factores Asociados con el Incumplimiento**

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen estrategias de la salud pública contemporánea en las que el estilo de vida y los comportamientos individuales de las personas en relación con la salud son fundamentales.

El comportamiento humano y el estilo de vida tienen en la actualidad, destacada importancia como determinante del proceso salud enfermedad, en unión de otros factores de tipo biológico, ambientales y sociales.

Los comportamientos desempeñan un papel importante en el curso de las enfermedades y, en este contexto, el cumplimiento por parte del paciente de las prescripciones médicas es una manifestación de lo planteado.

El control de las enfermedades crónicas y en consecuencia el incremento o la preservación de la calidad de vida depende mucho de que las personas logren adherirse adecuadamente a los regímenes terapéuticos que cada una exige para su buena evolución.

Existen factores determinantes en el desarrollo de comportamientos de las personas que condicionen su respuesta a ciertas situaciones y hacen que se asuma determinada conducta específica.

A estos elementos se denominan de diversas maneras como barreras percibidas para asumir ciertas conductas de salud, factores básicos condicionantes, factores determinantes, factores que influyen, dimensiones ínter-actuantes y determinantes de comportamientos de Promoción de la salud.

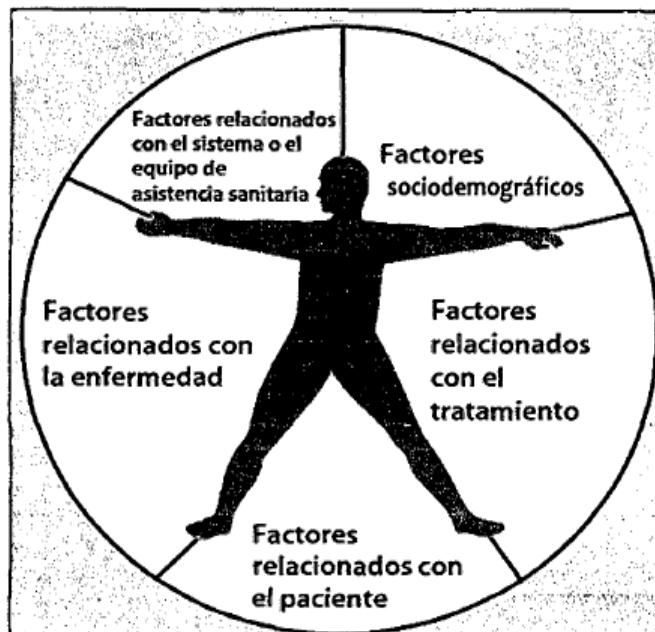
Como marco de referencia para esta investigación y basado en la organización del material obtenido en la revisión de literatura, se consideran solo como soporte teórico las cinco dimensiones interactuantes anotadas en el documento "Adherencia a los tratamientos a larga plazo: pruebas para la acción de la OMS" (2004).

El modelo teórico de la OMS consta de cinco dimensiones de cumplimiento o adherencia al tratamiento médico (Ver Figura 1). Estos son:

- Factores Sociodemográficos
- Factores relacionados con la enfermedad
- Factores relacionados con el tratamiento
- Factores del Sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria
- Factores relacionados con el paciente.

FIGURA N° 1

Esquema teórico integrador utilizado en la investigación para el estudio del incumplimiento al tratamiento.



Fuente: OMS (2004)<sup>1</sup> Adherencia a los tratamientos a largo plazo.

La dinámica del proceso se expresa en dos sentidos: en una dinámica estructural de interrelación entre los componentes.

Para la práctica médica habitual esta concepción de cinco dimensiones correlacionadas ayuda a elaborar estrategias de acción que permitan la intervención eficaz y el seguimiento de los pacientes.

#### - **Factores sociodemográficos**

La OMS señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos aspectos como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención, el alto costo del transporte y medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia (OMS, 2004).

El informe técnico de la OMS reporta las siguientes variables socioeconómicas como importantes en la adherencia para la hipertensión: Analfabetismo, el bajo nivel educativo, desempleo, suministro limitado de medicamentos y elevado costo de la medicación, la falta de redes de apoyo social efectivos las condiciones de vida inestable, la lejanía, el costo elevado, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares y los conflictos sociales como las guerras y los desplazamientos forzados.

El costo elevado de los medicamentos y la atención se informa constantemente como una causa importante de la falta de adherencia terapéutica en los países en desarrollo. Para alcanzar buenas tasas de adherencia a los tratamientos se requiere financiamiento general y sostenible, protección del estado en salud, precios asequibles y sistemas de distribución de medicamentos de forma confiables.

#### - **Factores relacionados con la enfermedad**

Constituyen exigencias relacionadas con la enfermedad, tales como: la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción de riesgo de las personas, la importancia de seguimiento del tratamiento y la prioridad asignada a la adherencia.

La presencia o no de síntomas es clave para la acción y son los catalizadores de la adherencia. Quien experimente un conjunto de

síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a la medicación, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia.

La duración de la enfermedad puede relacionarse de manera inversa con el cumplimiento o adherencia al tratamiento: cuanto más tiempo haya tenido una persona hipertensión, menos probable es que se adhiera al tratamiento. Sin embargo, contrario a lo que sugiere el sentido común, no se ha demostrado que un aumento de la gravedad de los síntomas promueva un mayor cumplimiento del tratamiento.

Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente.

Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático esta es menor. Los síntomas constantes facilitan la adaptación y en consecuencia pueden contribuir a bajar el cumplimiento, así como las características de los propios síntomas, como ser alarmantes o percibirse como peligrosos pueden estimular el cumplimiento de las prescripciones.

#### - **Factores relacionados con el tratamiento**

Los factores del tratamiento tienen un carácter básicamente médico y se refiere a las características del régimen del tratamiento. La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio comportamental que exige el tratamiento, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o exige pautas nuevas de comportamiento. También son variables relacionadas con la complejidad el número, la frecuencia del consumo y la combinación

de distintos tipos de medicamentos. Se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento.

De acuerdo al modelo de la OMS, son muchos los factores relacionados al tratamiento que influyen sobre el cumplimiento o a la adherencia, como la complejidad del régimen médico y su duración, los fracasos anteriores, los cambios frecuentes de tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. En general, al ser más complejo el régimen, menos probable será que la persona lo siga. Los indicadores sobre la complejidad del tratamiento incluyen la frecuencia del comportamiento de autocuidado, es decir, el número de veces por día que la persona debe realizar un comportamiento.

- **Factores asociados con el sistema de salud y el equipo de asistencia de Sanitaria.**

El efecto de los servicios de salud poco desarrollados, la deficiencia en la distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas y la falta de incentivos para ello. También trata la necesidad de que en la formulación de políticas de salud y en la actuación de los directivos de salud se contemplen las consecuencias de cumplimiento o adherencia al tratamiento médico, para evitarlas; esta demanda impone la necesidad de elevar, el diagnóstico y la intervención en la Adherencia terapéutica, a estrategia prioritaria del sistema de salud lo cual puede ser reflejado en las propuestas de objetivos y acciones de los programas de atención, prevención y control de las enfermedades, sobre todo las crónicas.

En este caso, la HTA. Dentro de la organización de los servicios de salud, son elementos a tener en cuenta, las dificultades en el acceso, la falta de personal o los cambios sistemáticos del profesional de asistencia. Por lo tanto, las intervenciones que encaran el cumplimiento o adherencia al tratamiento médico adaptarse a las exigencias particulares relacionadas



con la enfermedad experimentada por la persona. Para lograrlo, los sistemas y el personal médico deben desarrollar medios para evaluar con exactitud no solo la adherencia, sino también los factores que contribuyen a ella.

#### - **Factores relacionados el paciente**

En el proceso de adherencia al tratamiento intervienen aspectos psicológicos cognitivos, motivacionales y volitivos. Los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la misma. Las creencias de la persona sobre la enfermedad, su motivación en el tratamiento, su autoconfianza, las expectativas del resultado y las consecuencias de la adherencia deficiente, influyen sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores de la persona que influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido, el estrés, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuada en el control de síntomas y el tratamiento, él no se adhiere a conductas saludables y a las indicaciones médicas.

El padecimiento de una enfermedad es un evento estresante, que implica el uso por el paciente de determinadas estrategias de afrontamiento a la misma, dadas las complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento físico y psicológico como dificultades en la autoimagen, la autoestima, miedos y peligros percibidos ante una posible amenaza a la vida laboral, familiar, social y la muerte.

Los pacientes pueden desarrollar modos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema y también modos dirigidos al control de las emociones.

El afrontamiento dirigido a la solución del problema está encaminado a su definición, a la búsqueda de soluciones y alternativas, a la consideración de estas en base a su costo y beneficio, a su elección y aplicación. Los dirigidos al control de las emociones tratan de controlar y reducir las que resultan desagradables y que aparecen como consecuencia del estrés. El padecimiento de una enfermedad es un evento estresante, que implica el uso por el paciente de determinadas estrategias de afrontamiento a la misma, dadas las complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento físico y psicológico, como dificultades en la autoimagen, la autoestima, miedos y peligros percibidos ante una posible amenaza a la vida laboral, familiar, social y la muerte.

#### **b) Razón de la no adherencia al tratamiento**

La falta de adherencia a la medicación antihipertensiva es común. Se han encontrado factores que reducen la adherencia <sup>(30)</sup>:

##### **Características del paciente y la enfermedad:**

- Asintomático
- Condición crónica
- Condición suprimida, no curada
- Sin consecuencias inmediatas de detener la terapia
- Aislamiento social
- Situación perturbada en casa
- Enfermedad psiquiátrica

Los pacientes con hipertensión tienen problemas especiales relacionados con la naturaleza de su enfermedad.

Una minoría sustancial de individuos hipertensos desconoce en gran medida la definición, las posibles causas, las secuelas y las necesidades terapéuticas de la hipertensión.

Una variedad de factores puede contribuir a la falta de conocimiento, como los siguientes:

La mayoría de los individuos hipertensos son asintomáticos y, por lo tanto, con frecuencia tienen poca motivación para buscar o seguir un tratamiento.

La hipertensión a menudo comienza antes de los 40 años cuando muchas personas, especialmente los hombres, reciben atención médica preventiva mínima. La prevalencia de la aparición temprana de la hipertensión aumenta a medida que aumenta la adiposidad de la población. No es sorprendente que el control de la hipertensión sea más bajo en estas edades más jóvenes, especialmente en los hombres.

Los pacientes con hipertensión, rara vez se presentan solo con hipertensión. Por el contrario, a menudo se presentan múltiples afecciones crónicas que incluyen hiperlipidemia, obesidad, diabetes, artritis, depresión y reflujo gastroesofágico.

El reconocimiento de la hipertensión a menudo provoca una fuerte reacción de negación. Además, el diagnóstico conlleva una considerable amenaza económica y social para algunas personas.

Pérdida de empleo, seguro y potencia sexual), lo que puede inhibir aún más al paciente de aceptar el diagnóstico y el tratamiento efectivo.

### **Características del tratamiento**

- Larga duración de la terapia
- Regímenes complicados
- Medicamentos costosos
- Los efectos secundarios de los alimentos
- Múltiples modificaciones del comportamiento
- La falta de horarios específicos de días
- Largo tiempo de espera en la oficina

La terapia de la hipertensión plantea varios desafíos de adherencia, que a menudo se ven agravados por las prácticas clínicas, como el uso de regímenes complejos y costosos que pueden tener efectos adversos, en general, los resultados demostraron que la adherencia al tratamiento de la hipertensión en el primer año es muy pobre. Además, parece que el tratamiento inicial con nuevas clases de fármacos, como los antagonistas de la angiotensina II, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, y los bloqueadores de los canales de calcio favorecen la adherencia al tratamiento.

En particular, los efectos secundarios son comunes y desalientan la adherencia. Los ejemplos incluyen impotencia y efectos manifiestos o sutiles sobre el estado de ánimo y el funcionamiento psicológico, todos los tratamientos antihipertensivos, incluido el placebo, están asociados con efectos secundarios cognitivos. Estos efectos secundarios rara vez son claros e incluyen el estado de ánimo, la calidad del sueño, la sedación diurna y diversas funciones neuropsicológicas.

La adherencia subóptima es una barrera de los beneficios de los medicamentos. Por lo tanto, debe darse el interés que merece la adherencia, como el fenómeno complejo y de larga data que es.

### **c) Evaluación de la adherencia**

Las técnicas más sofisticadas para evaluar la adherencia incluyen mediciones de medicamentos en muestras de orina o sangre, monitores electrónicos de medicación y el uso de píldoras que emiten una pequeña señal eléctrica desencadenada por ácido gástrico detectada por un sensor abdominal, En los Estados Unidos, los ensayos para evaluar los niveles séricos de la mayoría de los medicamentos antihipertensivos están disponibles en la práctica clínica, y los costos de estas pruebas están cubiertos por la mayoría de los planes de seguro de salud. Por el contrario,

los pastilleros electrónicos están limitados a entornos de investigación y no están disponibles para uso clínico.

La medición de la adherencia y su evaluación son probablemente más importantes en la práctica clínica. A lo largo de los años se ha ido proponiendo diferentes métodos de medida, aunque todos comparten el mismo problema, ya que no existe un patrón de referencia aceptado (gold standard), por lo tanto, no se puede evaluar la validez de los distintos métodos de medida propuestos. Las metodologías utilizadas para medir la adherencia se dividen en directas e indirectas; las primeras se relacionan a la concentración en sangre u observación de la ingesta, y medidas indirectas son de más fácil aplicación y mayor utilización. Engloban diversas herramientas y métodos para conocer el grado de adherencia, ya sea desde la información recopilada del paciente, la respuesta al tratamiento, o a partir del análisis de la medicación dispensada en las farmacias en el caso de las enfermedades crónicas.

En general son sencillos de realizar, pero con un grado de subjetividad elevado. La técnica más utilizada para evaluar la adherencia es preguntar al paciente (test de Morisky Green, brief medication questionnaire, etc.). Estos métodos indirectos (basados en la entrevista) poseen mayor validez si se pregunta por la medicación tomada en el último mes, en comparación con los que preguntan por la última semana. Además, los métodos que valoran la adherencia por entrevista clínica son de poca utilidad. Es sencillo, aunque sujeto a sesgos, como la complacencia con el entrevistador, los problemas del paciente para comprender qué es una adherencia inapropiada y la influencia que puede tener la evolución de la enfermedad. Otro método ampliamente utilizado ha sido el recuento de comprimidos. En general sobre estima la adherencia y se basa en el supuesto de que los comprimidos no presentados por el paciente han sido consumidos por este. Tiene la limitación de que es fácilmente manipulable por el paciente.

Una vez que se establece la falta de adherencia al medicamento, se deben hacer todos los esfuerzos para identificar las barreras a la adherencia a la

medicación. Se debe desarrollar un plan para mejorar la adherencia en asociación con cada paciente de acuerdo con su situación específica. Sin embargo, estas opciones no están disponibles para la práctica clínica habitual y pueden no ser factibles en la atención primaria. Por consiguiente, existe otra manera de evaluar la adherencia, la escala de adhesión de medicación de Morisky (MMAS-4) es otra herramienta comúnmente utilizada para estimar la probabilidad de falta de adherencia.

En general, las recomendaciones más efectivas para la mejora de la adherencia es simplificar el tratamiento, brindar instrucciones claras, tener recordatorios, reconocer el esfuerzo del paciente y el soporte familiar. Existen numerosos test que sirven para evaluar la adherencia terapéutica.

#### **d) Métodos para mejorar la adherencia**

Las pautas para mejorar la adherencia del paciente son las siguientes:

- **Establecer el objetivo de la terapia:** lograr la presión arterial objetivo con efectos secundarios mínimos o nulos.

- **Educar al paciente sobre la enfermedad y su tratamiento.** o Involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre medicamentos y cambios en el estilo de vida.

Alentar el apoyo familiar.

Mantener contacto con el paciente o Animar visitas y llamadas telefónicas o comunicaciones electrónicas al médico tratante.

Brindar retroalimentación al paciente sobre las lecturas de la presión arterial en el hogar durante las visitas al consultorio y entre visitas al consultorio, especialmente en pacientes con hipertensión no controlada.

Preguntar sobre la adherencia sin juzgar y explore si se omite alguna dosis de medicamento.

Reconocer que los medicamentos pueden ser costosos y tener efectos secundarios no deseados.

Ponerse en contacto con pacientes que no regresen para citas programadas.

- **Mantener la atención económica y simple** o Hacer el mínimo esfuerzo por encontrar causas secundarias.

Obtener datos de laboratorio de seguimiento solo anualmente, a menos que se indique con más frecuencia.

Tomar la presión arterial en el hogar.

Usar la menor cantidad de dosis diarias de medicamentos que se necesitan; usar combinaciones de una sola píldora cuando sea posible y trabajar con una farmacia que consolide los resurtidos para pacientes que toman múltiples medicamentos recetados.

Adaptar la medicación a las rutinas diarias.

Usar medicamentos genéricos.

Pedir al paciente que proporcione una lista de medicamentos preferidos del seguro.

Use pastillero, envase tipo blister o recordatorios electrónicos (p. Ej., Aplicación para teléfono inteligente).

- **Prescribir según los principios farmacológicos** o Agregar un medicamento a la vez, aunque a veces es apropiado comenzar el tratamiento con una combinación de una sola píldora.

Usar medicamentos de acción más prolongada con una variación de disminución de la presión arterial mínima.

Usar combinaciones moderadamente dosificadas para minimizar los efectos secundarios (p. Ej., Inhibidor de la ECA o BRA con dosis bajas de diurético y / o amlodipino).

Otros o Comenzar con pequeñas dosis, con el objetivo de reducciones de 5 a 10 mmHg en cada paso.

Tomar medicamentos inmediatamente después de despertarse por la mañana o después de las 4 a.m. si el paciente despierta temprano.

Valorar gradualmente, particularmente bloqueadores beta.

Estar dispuesto a suspender la terapia sin éxito y probar un enfoque diferente, especialmente en pacientes que ya toman múltiples medicamentos antihipertensivos.

Ajustar la terapia para mejorar los efectos secundarios que no desaparecen espontáneamente.

Continuar agregando medicamentos efectivos y tolerados, por etapas y en dosis suficientes, para lograr el objetivo de la terapia.

#### **2.4. Definición de términos básicos**

**Hipertensión arterial:** enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología. Caracterizada por una elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica o diastólica sobre los 140 mm Hg y 90 mm Hg respectivamente.

**Adherencia al tratamiento:** Grado de comportamiento de una persona sobre las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.



## **III. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Hipótesis**

#### **1.3.1. Hipótesis general**

H<sub>1</sub>: Los factores asociados están relacionados a la adherencia del tratamiento de pacientes con hipertensión arterial atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

#### **1.3.2. Hipótesis específicas**

##### **Hipótesis específica 1**

Existe asociación entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

##### **Hipótesis específica 2**

Existe asociación entre los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

##### **Hipótesis específica 3**

Existe asociación entre los factores relacionados con la terapia y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

##### **Hipótesis específica 4**

Existe asociación entre los factores relacionados con el paciente y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

### **3.2. Definición conceptual de variables**

Variable: Factores asociados en la adherencia al tratamiento antihipertensivo

### 3.2.1. Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
FACTORES ASOCIADOS EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTI-HIPERTENSIVO	<p><b>Definición conceptual</b> Son condiciones que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud</p>	<p><b>Factores socio económico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidad económica para cubrir necesidades básicas.</li> <li>- Cubre costos de medicamentos.</li> <li>- Recursos económicos para el traslado.</li> <li>- Dificultad en el cambio de dieta.</li> <li>- Capacidad para la lectura.</li> <li>- Apoyo familiar o de otras personas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)?</li> <li>2. ¿Puede costearse los medicamentos?</li> <li>3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?</li> <li>4. ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos?</li> <li>5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?</li> <li>6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?</li> </ol>	<p>Ventaja para adherencia al tratamiento. 10 – 12 puntos</p> <p>Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento 8 – 9 puntos</p> <p>No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento 0 – 7 puntos</p>
	<p><b>Definición operacional</b> Los factores son la condición en la que se encuentra la persona respecto a su contexto socioeconómico, también referido a la relación terapéutica del usuario con el servicio y el equipo de salud, en cuanto a su satisfacción en la atención que</p>	<p><b>Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recibe respuestas a inquietudes y dificultades.</li> <li>- El médico sabe que cumple el tratamiento.</li> <li>- Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos.</li> <li>- Recibe información sobre la organización de la toma de medicamentos.</li> <li>- El médico y la</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?</li> <li>8. ¿Se da cuenta que el médico controla su Tratamiento por las Preguntas que le hace?</li> <li>9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?</li> <li>10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?</li> </ol>	<p>Ventaja para adherencia al tratamiento. 13 – 16 puntos</p> <p>Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento 10 – 12 puntos</p> <p>No puede responder</p>

<p>recibe resultado de esta interacción, asociada en la adherencia al tratamiento antihipertensivo por parte del paciente.</p> <p>Está representado por el interés que tiene el paciente acerca del conocimiento de su enfermedad, la importancia que representa seguir el tratamiento y las perspectivas que tiene de éste, además de su percepción sobre su capacidad para cumplir con el régimen indicado, así como también antihipertensivo por parte del paciente. Que se encuentra asociada con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.</p>	<p><b>Factores relacionados con la terapia</b></p>	<p>enfermera lo comprenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recibe información en forma clara y sencilla.</li> <li>- Recibe información sobre los resultados del tratamiento en su salud.</li> <li>- El médico comparte la esperanza en la mejoría.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades para continuar el tratamiento.</li> <li>- Cumple las citas programadas.</li> <li>- Dificultades para entender el tratamiento.</li> <li>- Suspende el tratamiento.</li> <li>- Presenta dificultades para cumplir el tratamiento.</li> <li>- Existen hábitos difíciles de cambiar.</li> </ul>	<p>11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?</p> <p>12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?</p> <p>13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?</p> <p>14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?</p> <p>15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?</p> <p>16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?</p> <p>17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?</p> <p>18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?</p> <p>19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?</p> <p>20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?</p>	<p>con comportamientos de adherencia al tratamiento 0 – 9 puntos</p> <p>Ventaja para adherencia al tratamiento. 10 – 12 puntos</p> <p>Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento 8 – 9 puntos</p> <p>No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento 0 – 7 puntos</p>
--	--	---	---	---

		<p><b>Factores del paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certeza de que el tratamiento es beneficioso.</li> <li>- Interés por conocer sobre su salud.</li> <li>- Percepción de la importancia de seguir el tratamiento.</li> <li>- Responsabilidad en la salud.</li> </ul>	<p>21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?</p> <p>22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?</p> <p>23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?</p> <p>24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?</p>	<p>Ventaja para adherencia al tratamiento. 7 – 8 puntos</p> <p>Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento 6 puntos</p> <p>No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento 0 – 5 puntos</p>
--	--	--	---	---

## IV.DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, ya que se realiza una sola medición en un tiempo determinado de los sujetos y se evalúa de forma concurrente a la exposición y el evento de interés.

El diseño fue no experimental, ya que no se realizó ningún tipo de intervención para alterarla o modificarla.

### 4.2. Método de investigación

Descriptivo, puesto que se describirán las características fundamentales de las variable en estudio y cada uno de sus indicadores, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento.

### 4.3. Población y muestra

#### Población

La población estará conformada por los pacientes que ingresen por el servicio de emergencia con el diagnóstico de hipertensión arterial, para calcular la población esperada durante la aplicación del instrumento se sacó el promedio de los tres últimos meses:

MESES	# DE PACIENTES
Enero	260
Febrero	279
Marzo	178
Promedio = $\frac{Ene+Feb+Mar}{3}$	N= 239

La población estimada será de 239, por tanto, ésta será considerada la población de la cual se obtendrá la muestra según la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{\varepsilon^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N = 644, tamaño de la población

Z = 1.96, nivel de confianza

p = 0.5, probabilidad de éxito

q = 0.5, Probabilidad de fracaso

e = 0.05, error de precisión

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 239}{0.05^2 \times (239 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{229.5356}{0.595 + 0.9604} = 147.57$$

Entonces, el tamaño de la muestra inicial es de 148 pacientes, y sobre este cálculo se obtendrá el tamaño de la muestra ajustada:

$$n_o = \frac{n}{1 + \frac{n - 1}{N}}$$

$$n_o = \frac{148}{1 + \frac{(148 - 1)}{239}} = 91.47$$

Quedando una muestra ajustada final de 91 pacientes con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia. Para su selección se aplicará el muestreo no-probabilístico y los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial con más de un mes de haber adquirido la enfermedad y que estén recibiendo tratamiento antihipertensivo y que entiendan el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que voluntariamente no acepten participar en la investigación
- Pacientes con registros incompletos en su ficha clínica

#### **4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado**

Hospital Essalud II De Cañete

#### **4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información**

La técnica fue la encuesta, y el instrumento el cuestionario. Esto será ejecutado con previo consentimiento informado para la obtención de la información.

Se solicitó autorización al Jefe de Recurso Humanos, al jefe de la Unidad de capacitación, docencia e investigación, y al Médico del Servicio para la realización del presente estudio; luego se procedió a encuestar a los pacientes hipertensos que desearon colaborar con el estudio explicando los objetivos del mismo.

La recolección de datos se realizó a través de un Test elaborado por Morisky Gree Levine para valorar la adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 2),

#### **4.6. Análisis y procesamiento de datos**

La base de nuestro estudio se confeccionará con el programa Excel 2013. Para el procesamiento de los datos, se usó el paquete estadístico STATA 11,1. En la parte analítica descriptiva, las variables cuantitativas, se evaluarán mediante promedios y desviación estándar, evaluando la normalidad, las variables categóricas se analizarán utilizando frecuencias y porcentajes. Para la estadística inferencial se usará modelo lineal generalizado (GLM), usando la familia binomial y la función de enlace log, obteniéndose los OR crudos (ORc) e intervalos de confianza al 95%(IC95%), de esta misma manera se realizará el análisis multivariado, obteniéndose los OR ajustados (ORa) y sus IC95%, usando la familia Poisson y la función de enlace log, se ajustó por modelos robustos, se considerará un  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Resultados descriptivos

TABLA 5.1.1

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN FACTORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD II DE CAÑETE. 2019

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	N°	%
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento.	51	56%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	40	44%
Ventaja para adherencia al tratamiento	0	0%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRÁFICA 5.1.1

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN FACTORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD II DE CAÑETE. 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** El 56% (59) de los participantes no presenta comportamientos de adherencia al tratamiento según factores; en comparación al 44% (40) con riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento. En general los pacientes con hipertensión arterial no tienen condiciones socioeconómicas, manejo de su terapia y propios de sí mismo; y tampoco factores externos relacionados con el proveedor, el sistema y equipo de salud.



TABLA 5.1.2  
FACTORES SOCIOECONOMICOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD  
II DE CAÑETE. 2019

FACTORES SOCIOECONÓMICOS	N°	%
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	73	80%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	14	15%
Ventaja para adherencia al tratamiento	4	4%
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRÁFICA 5.1.2  
FACTORES SOCIOECONOMICOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD  
II DE CAÑETE. 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** El 80% (73) de los encuestados no tiene comportamientos de adherencia al tratamiento en la dimensión factores socioeconómicos; el 15% (14) presenta riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia; el 4% (4) tiene ventaja para la adherencia al tratamiento. Esto nos da a conocer que estos pacientes existen limitaciones de los recursos monetarios que le impiden satisfacer sus necesidades básicas y cumplir con la terapéutica asistiendo al proveedor que es EsSalud.

TABLA 5.1.3  
FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD II DE CAÑETE. 2019

<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	73	80%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	17	19%
Ventaja para adherencia al tratamiento	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRAFICA 5.1.3  
FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD II DE CAÑETE. 2019



**Interpretación:** Se observa que del 100% de pacientes encuestados en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete (91 personas), el 80% (73) no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud; el 19% (17) presenta riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud; el 1% (1) tiene ventaja para adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud.

TABLA 5.1.4  
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA DE PACIENTES  
HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL ESSALUD II DE CAÑETE. 2019

FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA	N°	%
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	53	58%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	35	38%
Ventaja para adherencia al tratamiento	3	3%
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRAFICA 5.1.4  
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA DE PACIENTES  
HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL ESSALUD II DE CAÑETE. 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

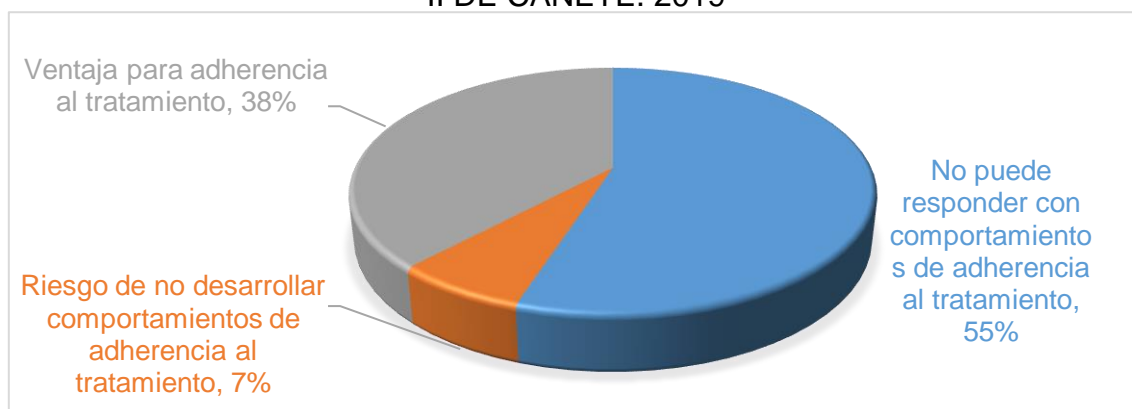
**Interpretación:** Se observa que el 58% (53) no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con la terapia; el 38% (35) presenta riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con la terapia; el 3% (3) tiene ventaja para adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con la terapia. Estos resultados nos indican que los pacientes presentan limitaciones relacionados con su ocupación, distancia al hospital, costumbres e información relacionados al uso correcto de su tratamiento farmacológico.

TABLA 5.1.5  
FACTORES RELACIONADOS CON LOS PACIENTES HIPERTENSOS  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD  
II DE CAÑETE. 2019

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	N°	%
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	50	55%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	6	7%
Ventaja para adherencia al tratamiento	35	38%
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

TABLA 5.1.5  
FACTORES RELACIONADOS CON LOS PACIENTES HIPERTENSOS  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESSALUD  
II DE CAÑETE. 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** El 55% (50) no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con el paciente; el 7% (6) presenta riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con el paciente; el 38% (35) tiene ventaja para adherencia al tratamiento en referencia a la dimensión factores relacionados con el paciente. En estas limitantes encontramos la falta de compromiso con el autocuidado, la disposición para mejorar su salud y el manejo de su enfermedad.

## 5.2. Resultados inferenciales

TABLA 5.2.1  
ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES Y ADHERENCIA

FACTORES	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO				TOTAL	
	Con adherencia		Sin adherencia			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SOCIOECONÓMICOS</b>						
No puede responder con comportamientos de adherencia	14	15.4%	59	64.4%	73	80.2%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia	3	3.3%	11	12.1%	14	15.4%
Ventaja para adherencia al tratamiento	3	3.3%	1	1.1%	4	4.4%
<b>RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD</b>						
No puede responder con comportamientos de adherencia	12	13.2%	61	67.0%	73	80.2%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia	7	7.7%	10	11.0%	17	17.0%
Ventaja para adherencia al tratamiento	1	1.1%	0	0.0%	1	1.1%
<b>RELACIONADOS CON LA TERAPIA</b>						
No puede responder con comportamientos de adherencia	17	18.7%	36	39.6%	53	58.2%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia	3	3.3%	32	35.2%	35	38.5%
Ventaja para adherencia al tratamiento	0	0.0%	3	3.3%	3	3.3%
<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE</b>						
No puede responder con comportamientos de adherencia	11	12.1%	39	42.9%	50	54.9%
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia	2	2.2%	4	4.4%	6	6.6%
Ventaja para adherencia al tratamiento	7	7.7%	28	30.8%	35	38.5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>22.0%</b>	<b>71</b>	<b>78.0%</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

TABLA 5.2.2  
FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA

FACTORES	Prueba Estadística Chi Cuadrado de Pearson			
	gl	Xi2 calculado	Xi2 tabulado	Valor p
<b>SOCIOECONÓMICOS</b> No puede responder con comportamientos de adherencia Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia Ventaja para adherencia al tratamiento	2	6.894	5.9915	0.032
<b>RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD</b> No puede responder con comportamientos de adherencia Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia Ventaja para adherencia al tratamiento	2	8.510	5.9915	0.014
<b>RELACIONADOS CON LA TERAPIA</b> No puede responder con comportamientos de adherencia Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia Ventaja para adherencia al tratamiento	2	7.665	5.9915	0.022
<b>RELACIONADOS CON EL PACIENTE</b> No puede responder con comportamientos de adherencia Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia Ventaja para adherencia al tratamiento	2	8.531	5.9915	0.007

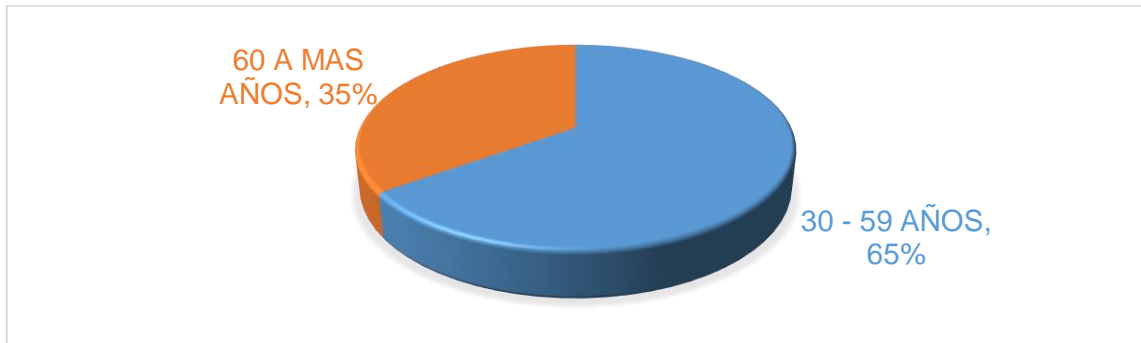
### 5.3. Otro tipo de resultados estadísticos

Tabla N°5.3.1  
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN  
EDAD, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II  
ESSALUD CAÑETE 2019.

EDAD	N°	%
30 - 59 años	59	65%
60 años a más	32	35%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

Gráfico N°5.3.1  
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN  
EDAD, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II  
ESSALUD CAÑETE 2019.



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** Se observa que del 100% de pacientes encuestados en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete (91 personas), el 65% (59) son adultos maduros y el 35% (32) son adultos mayores. Este resultado nos indica que existe mayor incidencia de personas de 30 a 59 años porque epidemiológicamente esta enfermedad se inicia desde los 30 años, además la edad de estas son factores de riesgo para estilo de vida inadecuado que conduce a una complicación de dicha edad.

TABLA 5.3.2

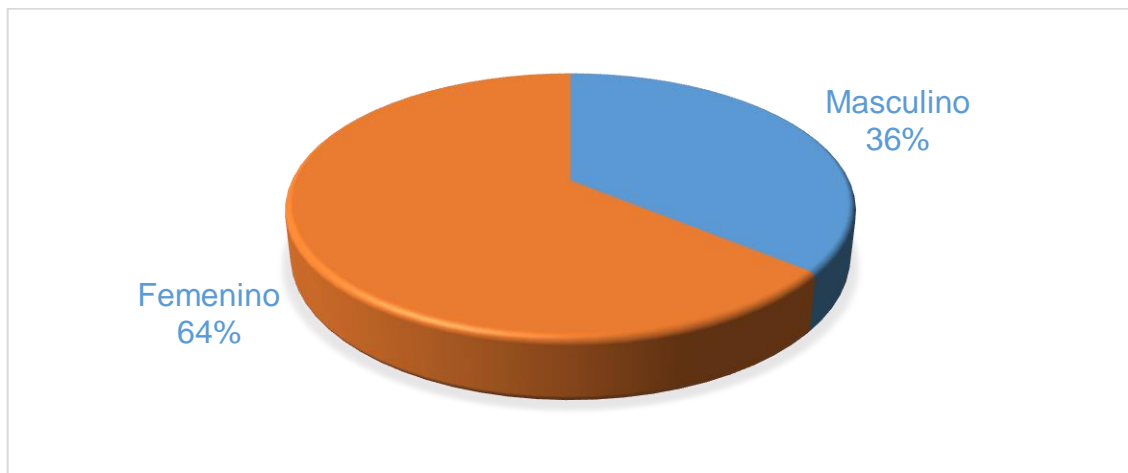
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN SEXO, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019

SEXO	N°	%
Masculino	33	36%
Femenino	58	64%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRAFICO 5.3.2

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN SEXO, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** En cuanto al sexo el 64% (58) son mujeres en relación al 36% (33) son hombres. Estos datos se fundamentan epidemiológicamente, ya que esta enfermedad tiene predisposición genética.



TABLA 5.3.3

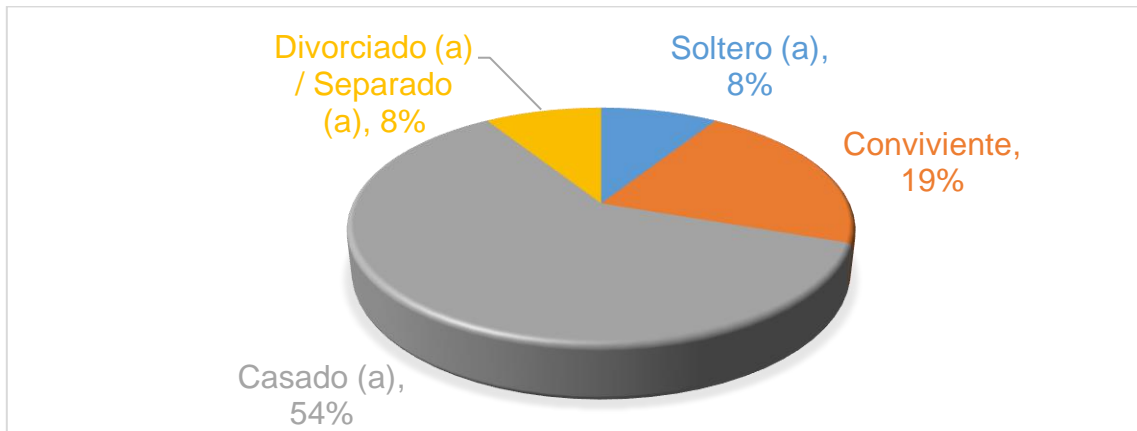
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ESTADO CIVIL, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero (a)	7	8%
Conviviente	17	19%
Casado (a)	49	54%
Divorciado (a) / Separado (a)	7	8%
Viudo (a)	11	12%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRAFICO 5.3.3

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ESTADO CIVIL, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** Según esta tabla el 54% (49) son casados, con el 19% (17), seguido por los convivientes, con el 12 % (11), después los viudos con el 8% (7) y finalmente encontramos a los solteros y divorciados con el 8% (7) respectivamente. Esto nos indica que las personas comprendidas en los grupos atareos del estudio, guardan relación con los patrones sociales del estado civil, además es un factor de riesgo para las complicaciones de la hipertensión arterial de los adultos, adultos mayores.

TABLA 5.3.4

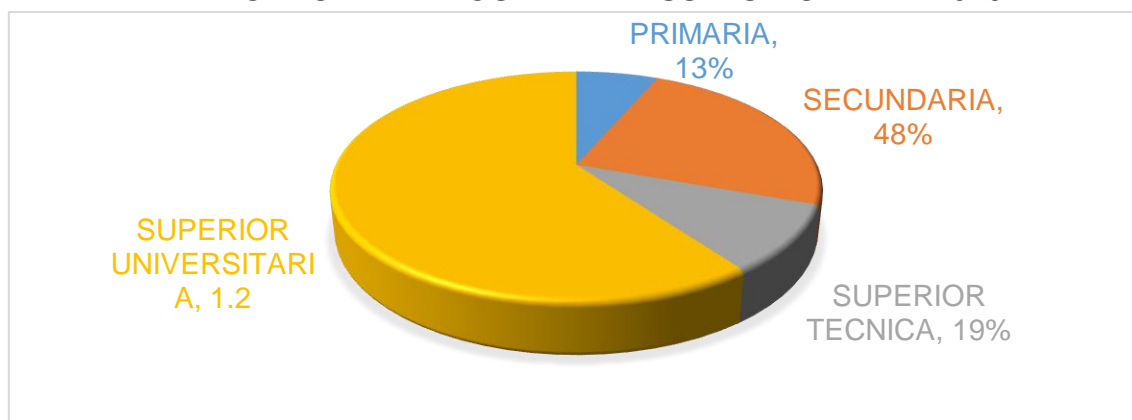
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	12	13%
Secundaria	44	48%
Superior técnica	17	19%
Superior universitaria	17	19%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRAFICO 5.3.4

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** Según la presente tabla, el grado de instrucción que mayor predomina es Secundaria 48% (44), seguido de los que tienen grado de instrucción Superior Técnica y Universitaria con el 19% (17) respectivamente; y finalmente a los que poseen grado de instrucción Primaria con el 13 % (12). Esto nos indica que le grado de instrucción predominante guarda relación con el grupo etario de los pacientes del estudio, además de los factores de riesgo de las prácticas de los estilos de vida.

TABLA 5.3.5

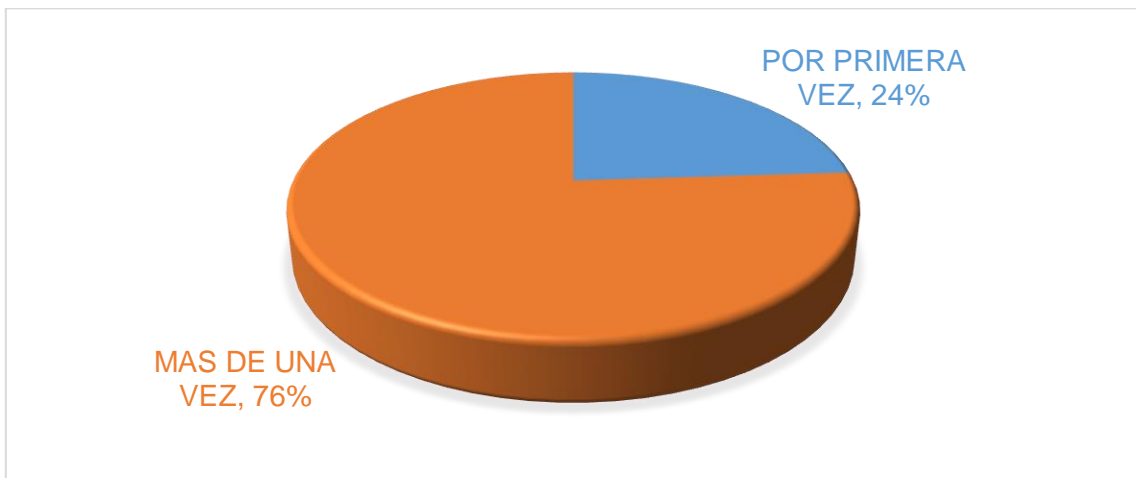
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019

ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	N°	%
Por primera vez	22	24%
Más de una vez	69	76%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRAFICO 5.3.5

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** Nos muestra que el 76% (69) ingresan más de una vez al Servicio de Emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete con el diagnóstico de Hipertensión Arterial, mientras que el 24 % (22) ingresó por primera vez con este diagnóstico al Servicio mencionado. Este resultado nos indica que los pacientes con este diagnóstico recayeron de manera continua por los diferentes factores y estilos de vida y la poca adherencia al tratamiento.

TABLA 5.3.6

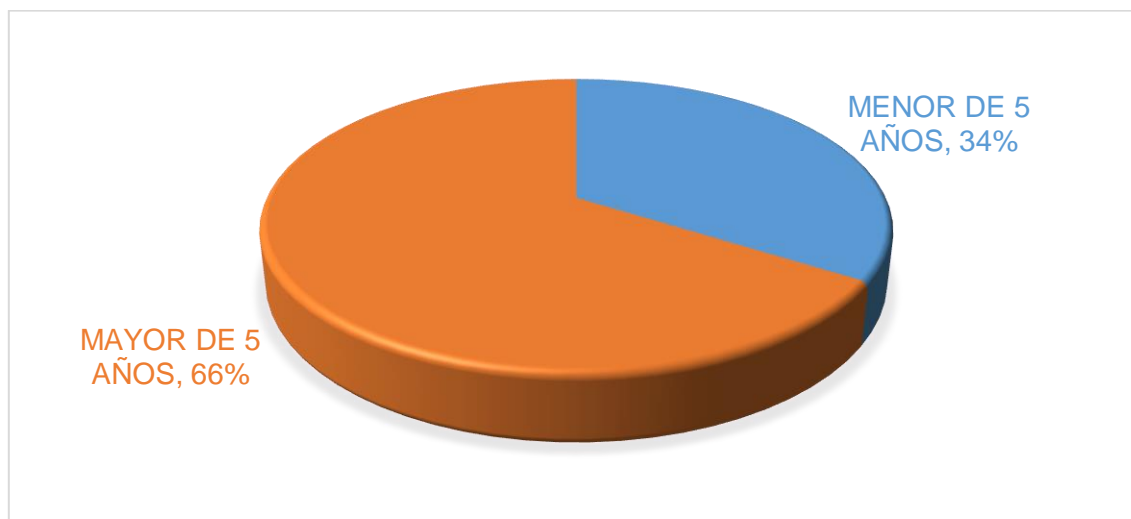
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL POR TIEMPO DE ENFERMEDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019

TIEMPO DE ENFERMEDAD	N°	%
Menor de 5 años	31	34%
Mayor de 5 años	60	66%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

GRAFICA 5.3.6

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL POR TIEMPO DE ENFERMEDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD CAÑETE 2019



Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con hipertensión arterial en el Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Cañete, junio de 2019

**Interpretación:** El presente resultado nos muestra que mayoritariamente el 66% (60) tiene un tiempo de enfermedad mayor de 5 años en comparación con el 34% (31) tiene un tiempo de enfermedad menor de 5 años. El resultado mayoritario guarda relación con la edad de los pacientes; porque epidemiológicamente hablando la edad promedio de inicio de la enfermedad es de 30 a 40 años.

## VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 6.1. Contrastación y demostración de las hipótesis con los resultados

Este apartado tiene el propósito de presentar el proceso que conduce a la demostración de la Hipótesis en la investigación.

#### PRUEBA DE HIPÓTESIS

A continuación, se realiza la prueba de la hipótesis general planteada.

Existe asociación entre los factores y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

#### Pasos para la prueba de hipótesis Chi cuadrado (Hipótesis general)

##### Paso1. Tablas de contingencia (datos)

Para contrastar las hipótesis se han elaborado las tablas de contingencia (capítulo V de resultados) con todos los factores y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

##### Paso 2. Formulación de la hipótesis $H_0$ y $H_1$ .

$H_0$ : No existe asociación entre las variables.

$H_1$ : Existe asociación entre las variables.

**Paso 3. Suposiciones:** La muestra es una muestra aleatoria simple.

**Paso 4. Estadística de prueba:** La estadística de prueba es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

##### Paso 5. Distribución de la estadística de prueba:

Cuando  $H_0$  es verdadera,  $\chi^2$  sigue una distribución aproximada de Chi cuadrado, la cual se ubica en la tabla  $\chi^2$ , para  $\alpha = 0.05$  y su respectivo grado de libertad.

**Paso 6. Regla de decisión:** Rechazar hipótesis nula ( $H_0$ ) si el valor de  $\chi^2$  calculado es mayor o igual a de  $\chi^2$  tabulado.

**Paso 7. Cálculo de la estadística de prueba:** Si, al desarrollar las frecuencias esperadas se observa que la mínima esperanza es 4.00, que se encuentra entre 3 y 5, se usará la corrección de Yates, que es la siguiente:

$$Yates = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(|O_{ij} - E_{ij}| - 0.5)^2}{E_{ij}}$$

**Paso 8. Decisión estadística:** Para cada factor se procede a comprobar la hipótesis nula ( $H_0$ ).

**Hipótesis específica 1:**

**H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

**H<sub>1</sub>:** Existe asociación entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

Dado que se obtuvo un  $\chi^2$  de 6.894 > 5.9915, se procede a rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), pudiéndose afirmar que existe asociación estadísticamente significativa ( $0.032 < 0.05$ ) entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete, 2019.

**Hipótesis específica 2:**

**H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

**H<sub>1</sub>:** Existe asociación entre los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

Dado que se obtuvo un  $\chi^2$  de  $8.510 > 5.9915$ , se procede a rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), pudiéndose afirmar que existe asociación estadísticamente significativa ( $0.014 < 0.05$ ) entre los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete, 2019.

### **Hipótesis específica 3:**

**H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre los factores relacionados con la terapia y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

**H<sub>1</sub>:** Existe asociación entre los factores relacionados con la terapia y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

Dado que se obtuvo un  $\chi^2$  de  $7.665 > 5.9915$ , se procede a rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), pudiéndose afirmar que existe asociación estadísticamente significativa ( $0.022 < 0.05$ ) entre los factores relacionados con la terapia y la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete, 2019.

### **Hipótesis específica 4:**

**H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre los factores relacionados con el paciente y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

**H<sub>1</sub>:** Existe asociación entre los factores relacionados con el paciente y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.

Dado que se obtuvo un  $\chi^2$  de 8.531 > 5.9915, se procede a rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), pudiéndose afirmar que existe asociación estadísticamente significativa ( $0.007 < 0.05$ ) entre los factores relacionados con el paciente y la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete, 2019.

## **6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares**

En relación a la investigación sobre:

Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes hipertensos del servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de cañete, 2019. En la variable factores asociados a la adherencia encontramos que el 56% no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento. En cuanto a sus dimensiones. De los cuales los factores económicos, 80% no pueden responder con tratamiento de adherencia, además de los factores relacionados con el proveedor con el 80%, además los factores relacionados con la terapia donde no puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento con el 58%; finalmente los factores relacionados con el paciente que no pueden responder con comportamiento de adherencia al tratamiento con el 55%, mientras que en la variable adherencia al tratamiento.

Realizado la comparación encontramos trabajos de investigación similares con LIMAYLLA M (2016) Lima en su investigación titulada “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud”, en la cual utilizo el Test de Morisky-Green donde la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino con 55%; también el estudio GARAUNDO C (2018) Lima en su investigación titulada “Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre del 2017”, donde demostró el rango de edad de los pacientes sometidos al estudio en 40-60 años. En cambio ALZA J (2016) en su investigación titulada “Factores asociados a la adherencia terapéutica en



adultos con hipertensión arterial del Hospital I Luis Albrecht EsSalud”, Trujillo-Perú demostró una baja adherencia terapéutica del 61,05% siendo los pacientes mayoritariamente del sexo femenino como factor de riesgo de baja adherencia terapéutica, tamaño del efecto del 12,94%; pero ROJAS W (2016): en su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el hospital III Iquitos – Es salud marzo del 2016”, encontró que el 50,9% de los pacientes sus edades estaban comprendidas entre 40 a 44 años, y de grado de instrucción del nivel secundario con el 32,7%. También SOLÓRZANO M. (2015) en su investigación titulada “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero - mayo 2015”- Venezuela, demostró que la mayoría fueron de sexo femenino con el 60%; mientras que VÁSQUEZ G. (2011) en su investigación titulada “Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial-Guatemala “, encontró el predominio del sexo femenino con 71,84%, donde el 35,18%; se olvida de tomar sus medicamentos. CASTAÑO J. (2015) Colombia en su investigación titulada “Adherencia al Tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales Colombia - 2011”, también encontró predominio del sexo femenino del 73,5%, con una <<adherencia total>> del 45%; finalmente HEDNA K. (2016) Suecia en su investigación titulada “Adherencia a la terapia antihipertensiva y la presión arterial elevada: ¿debemos considerar el uso de múltiples medicamentos?”, encontró la falta de adherencia a cualquier medicamento antihipertensivo con 95%.

### **6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes**

Para ejecutar el estudio de investigación se tuvo en cuenta la autorización de la institución y la participación voluntaria de los pacientes, previo consentimiento informado de ausencia de riesgo y de garantizar el anonimato de la recolección de datos. Se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

**Autonomía:** Principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección.

**Veracidad:** Principio sencillo, en esencia el más vulnerado en la investigación científica. La regulación aclara que: No incluye el error honesto o las diferencias honestas en la interpretación o juicio de los datos. La palabra honestidad, sinónimo de verdad, nos invita a presentar a las autoridades la información sin ser manipulada.

**No maleficencia:** se refiere a la obligación de evitar hacer daño a otros.

**Beneficencia:** Consideramos este principio, pues buscamos con el desarrollo del proyecto actuar en beneficio de otros

**Justicia:** Tratar a los pacientes como corresponda con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideología, social, cultural, económica, etc.)

## CONCLUSIONES

- a) Existe asociación entre los factores socioeconómicos, del proveedor, la terapia y el paciente, con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete, lo que permite aceptar la hipótesis de investigación.
- b) La dimensión factores socioeconómicos, está asociado a la sin adherencia farmacológica antihipertensiva “No puede responder con comportamientos de adherencia” con el 64.4% de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019. Inferencialmente se demuestra que  $6.894 > 5.9915$ , rechazando la hipótesis nula ( $H_0$ ).
- c) La dimensión factores relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud está asociado a la sin adherencia farmacológica antihipertensivo “No puede responder con comportamientos de adherencia” con el 67%, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019. Inferencialmente se demuestra que  $8.510 > 5.9915$ , rechazando la hipótesis nula ( $H_0$ ).
- d) La dimensión factores relacionados con la terapia está asociado a la sin adherencia farmacológica antihipertensivo “No puede responder con comportamientos de adherencia” con el 39.6% de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019. Inferencialmente se demuestra que  $7.665 > 5.9915$ , rechazando la hipótesis nula ( $H_0$ ).
- e) La dimensión factores relacionados al paciente está asociado a la sin adherencia farmacológica antihipertensivo “No puede responder con comportamientos de adherencia” con el 42.9% de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019. Inferencialmente se demuestra que el  $8.531 > 5.9915$ , rechazando la hipótesis nula ( $H_0$ ).

## RECOMENDACIONES

- a) A la dirección del Hospital EsSalud II de Cañete, prestar más atención a los factores asociados a la adherencia al tratamiento, tales como los socioeconómicos, los relacionados al proveedor, a la terapia y al paciente; con la finalidad de mejorar las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento y lograr la recuperación de los pacientes.
- b) A la asistente social del hospital, realizar el seguimiento a los pacientes hipertensos con bajos recursos que ven limitado su tratamiento por no contar con los medios necesarios.
- c) A la jefatura del servicio, evaluar continuamente el desempeño de los profesionales y plantear estrategias de mejora que favorezcan la comunicación entre el personal y la relación con el paciente.
- d) A los profesionales de enfermería, sensibilizar a los pacientes sobre la responsabilidad que tienen sobre su enfermedad y fomentar el autocuidado para favorecer a salud de sus pacientes.
- e) A los profesionales de enfermería, desarrollar un plan de sesión educativa para los pacientes hipertensos que contemple todos los aspectos requeridos para el cuidado pleno del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zachariah PK, Sheps SG, Smith RL: Defining the roles of home and ambulatory monitoring, *Diagnosis*. 1988; 10: 39.
2. Joint National Committee: The seventh report of the Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. 2003; 289: 2560.
3. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. pp. 75-94
4. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2011;21(4):197–201. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1114/1116>
5. Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin JC, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*. 2015;
6. Fernandez-Arias M, Acuna-Villaorduna A, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Malaga G. Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. *PLoS One*. 2014;9(12):1–11.
7. Medication Adherence: Managing for Total Value [Internet]. [citado 2018 Jan 12]. Disponible en: [http://amcp.org/uploadedFiles/FMCP/Resources/FMCP\\_Adherence\\_Slides.pdf](http://amcp.org/uploadedFiles/FMCP/Resources/FMCP_Adherence_Slides.pdf)
8. Patient adherence and the treatment of hypertension - UpToDate [Internet]. [citado 2018 Jan 13]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/>

patient-adherence-and-the-treatment-of-hypertension?search=adherence  
treatment&source=search\_result&selectedTitle=2~150&usage\_type=6

9. Arnett DK, Goodman RA, Halperin JL, Anderson JL, Parekh AK, Zoghbi WA. AHA/ACC/HHS strategies to enhance application of clinical practice guidelines in patients with cardiovascular disease and comorbid conditions: from the American Heart Association, American College of Cardiology, and US Department of Health and Human Servi. *Circulation* [Internet]. 2014 Oct 28 [citado 2018 Jan 14];130(18):1662–7. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIR.000000000000128>
10. Sabaté Eduardo. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. [en línea] 2003. [accesado 30 Ago. 2015]; [XIV p.]. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=kcYUTH8rPiwC&hl=es>
11. Vongpatanasin W. Resistant hypertension: a review of diagnosis and management. *JAMA* [Internet]. 2014 Jun 4 [citado 2018 Jan 14];311(21):2216–24. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2014.5180>
12. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2014 Aug 1 [citado 2018 Jan 17];214(6):336–44. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256514001271>
13. Methods to improve compliance [Internet]. [citado 2018 Jan 14].
14. Lloyd Jones DM, Evans JC, Larson MG, Levy D: Treatment and control of hypertension in the community: A prospectiv analysis. *Hypertension*. 2002; 40:640

15. Davis NJ, Billet HH, Cohen HW, Arnsten JH. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. *Ann Pharmacother.* 2005; 39:632
16. Organización Mundial de la Salud, (2004). Adherencia a los tratamientos largos. Pruebas para la acción. Genova. Organización Mundial de la Salud.
17. Madsen, J. (2007) Nonadherence with antidepressant treatment: The role of authoritarian vs. collaborative provider communication styles. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(10-B), pp. 6067.
18. Libertad M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Rev Cubana Salud Pública.* 2015 [citado 12 Ene 2016]; 41(1): 2015. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004)
19. Solórzano M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero - Mayo 2015 [Tesis de segunda especialidad]. Venezuela: Universidad de Carabobo, Valencia; 2015
20. Vásquez G. Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial. (Tesis de grado), Universidad Rafael Landívar, Guatemala. 2016
21. Castaño J, Echeverri C, Giraldo J, Maldonado A, Melo J, Meza G, Montenegro C. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia) 2011. *Rev. Fac. Med.* 2012; [citado 4 Ene. 2016]; 60(03):179-97.
22. Hedna K, Hakkarainen K, Gyllensten H, Jonsson A, Andersson K, Petzold et al. Adherence to Antihypertensive Therapy and Elevated Blood Pressure: Should We Consider the Use of Multiple Medications ? *PLoS*

One. 2 015 Sep. 11; 10(9):e0137451. doi: 10.1371/journal.pone.0137451. eCollection 2 015.

23. Limaylla M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. (Tesis para optar el Grado Académico de Magíster), Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima. 2016
24. Garaundo C. Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017. (Tesis para optar el título de médico cirujano), Universidad Ricardo Palma, Lima. 2018
25. Alza J. Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del Hospital I Luis Albrecht Essalud. (Tesis para obtener el título de Médico Cirujano), Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. 2016
26. Flores Rojas, W. (2016). Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el hospital III Iquitos – essalud marzo del 2016 (tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Peru.
27. Garaundo R. Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
28. Benavent, Amparo. Et. Al. Fundamentos de Enfermería, Capítulo 11-12. Difusión de Avances de Enfermería. Primera Edición. 2001.
29. Velandia, Anita. Et, al. Agencia de Autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con riesgo cardiovascular. Rev. SaludPública. 11 (4): 538-548, 2009.



30. Varela AM. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Redalyc Rev Científica de América Latina*. 2010; 14 (7): 127-139.
31. Editor CAL. Programa de hipertensión arterial gran asistencia y baja adherencia. 2016;23(6):578–9.
32. Vancini Campanharo CR, Oliveira GN, Andrade TFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015;23(6):1149–56.
33. Riester. Validación Ri Champion N [Internet]. [citado 2018 Mar 6]. Disponible en: [http://www.riester.de/fileadmin/user\\_upload/ri-champion\\_N\\_RevA.pdf](http://www.riester.de/fileadmin/user_upload/ri-champion_N_RevA.pdf)

## **VIII. ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

**Título:** FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL EESSALUD II – CAÑETE. 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes hipertensos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es la adherencia en referencia a la dimensión factores socioeconómicos al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete?</li> <li>- ¿Cuál es la adherencia en referencia a la dimensión factores relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud de Cañete?</li> </ul>	<p>Objetivo general:</p> <p>Establecer los factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes hipertensos del servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar si la dimensión, factores socioeconómicos está asociado a la adherencia farmacológica antihipertensivo, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019.</li> <li>- Identificar si la dimensión, factores relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud está asociado a la adherencia farmacológica antihipertensivo, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019.</li> </ul>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Los factores asociados están relacionados a la adherencia del tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe asociación entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.</li> <li>- Existe asociación entre los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.</li> </ul>	<p><b>Variable 1:</b> <b>Factores asociados en la adherencia al tratamiento antihipertensivo</b></p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores socioeconómicos</li> <li>- Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud</li> <li>- Factores relacionados con la terapia</li> <li>- Factores del paciente</li> </ul>	<p><b>Tipo y diseño</b></p> <p>El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal</p> <p>Corte Transversal, ya que se realiza una sola medición en un tiempo determinado de los sujetos y se evalúa de forma concurrente a la exposición y el evento de interés.</p> <p>Diseño no experimental.</p>

<p>referencia a la dimensión factores relacionados con la terapia al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete?</p> <p>- ¿Cuál es la adherencia en referencia a la dimensión factores relacionados al paciente al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete?</p>	<p>factores relacionados con la terapia está asociado a la adherencia farmacológica antihipertensivo, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019.</p> <p>- Identificar si la dimensión, factores relacionados al paciente está asociado a la adherencia farmacológica antihipertensivo, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019.</p>	<p>factores relacionados con la terapia y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.</p> <p>- Existe asociación entre los factores relacionados con el paciente y la adherencia al tratamiento en paciente hipertenso atendido en el servicio de emergencia del Hospital EsSalud II de Cañete.</p>	<p><b>Adherencia al tratamiento antihipertensivo</b></p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adherencia al tratamiento.</li> <li>- No adherencia al tratamiento</li> </ul>	<p><b>muestra</b></p> <p>La población estuvo conformada por 239 pacientes con hipertensión en el servicio de emergencia. La muestra ajustada final fue de 91 pacientes.</p>
--	---	--	---	---

## Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

### INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL EESSALUD II – CAÑETE

Este instrumento fue diseñado por Bonilla y De Reales en el año 2006 en la ciudad de Bogotá en donde se evaluaban cinco dimensiones mediante 72 ítems. Posteriormente fue modificado por Ortiz en el año 2010 en 24 ítems agrupados en cuatro dimensiones

La presente investigación es conducida por LIC SYLVITH SANCHEZ YACHI, LIC ELISA MENACHO PORTILLO, VERONICA GARCIA CHACALIAZA, alumnas de la Universidad Nacional del Callao. La meta de este estudio es establecer los factores asociado a la adherencia del tratamiento en pacientes hipertensos del servicio de emergencia del hospital EsSalud II de cañete, 2019.

Formulario N° \_\_\_\_\_

#### DATOS GENERALES:

- Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )
- Edad:** 30-59 años ( ) 60 a más ( )
- Estado civil:** Soltero ( ) Conviviente ( ) Casado(a) ( )  
Separado(a) ( ) Viudo(a) ( )
- Instrucción:** Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnico superior ( )  
Superior universitario ( )
- Atención en el servicio de emergencia:** Una vez ( )  
Más de una vez ( )
- Años de diagnóstico de Hipertensión Arterial:** 0. < de 5 años ( )  
1. > de 5 años ( )

**INSTRUCCIONES:**

A continuación, encuentra usted una serie de ítems 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 instrucciones que el personal 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.

<b>I DIMENSIÓN: FACTORES SOCIOECONÓMICO</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)?			
2. ¿Puede costearse los medicamentos?			
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			
4. ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos?			
5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?			
6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?			

<b>II DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
8. ¿Se da cuenta que el médico controla su ¿Tratamiento por las Preguntas que le hace?			
9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?			
11. ¿En el caso que usted fallara en su			

tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?			
12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?			
13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			
14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			

<b>III DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			
20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			

<b>IV DIMENSIÓN: FACTORES DEL PACIENTE</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

**INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A LA MEDICACION.  
TEST DE MORINSKI-GREEN-LEVINE**

(Val Jiménez A, 1992)

Instrucciones: Escriba con un lapicero los datos solicitados; marque una "X" la opción que más se aproxime a la verdad.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	si	No
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?	si	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	si	No
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	si	No

ADHERENTE	si	No
RESULTADO		

**Interpretación:**

- Si el paciente responde con un No a las cuatro preguntas del cuestionario, significa que es adherente al tratamiento.
- Si el paciente responde a alguna de estas preguntas con un Sí, significa que no es adherente al tratamiento.



### Anexo 3: Confiabilidad del instrumento

#### CONSISTENCIA INTERNA COEFICIENTE: ALFA DE CRONBACH

Confiabilidad del instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Tipo de confiabilidad: Alfa de Cronbach

Fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

$\alpha$  = Coeficiente: alfa de Cronbach.

K= Número de ítems = 24

$\sum s_i^2$  = Sumatorias de varianzas de ítems= 9.61

$s_t^2$  = Varianza del puntaje total= 53.35

$$\alpha = 0.8556$$

El resultado expresa buena confiabilidad.

#### **Anexo 4: Clasificación de las variables**

Puntos de corte de las categorías para el factor socioeconómico, del instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia al tratamiento:

<b>I. DIMENSIÓN: FACTOR SOCIOECONÓMICO</b>	
Ventaja para adherencia al tratamiento.	10 – 12 puntos
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	8 – 9 puntos
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	0 – 7 puntos

Puntos de corte de las categorías para el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud, del instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia al tratamiento:

<b>II. DIMENSIÓN: FACTOR RELACIONADO CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD</b>	
Ventaja para adherencia al tratamiento.	13 – 16 puntos
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	10 – 12 puntos
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	0 – 9 puntos

Puntos de corte de las categorías para el factor relacionado con el paciente, del instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia al tratamiento:

<b>III.DIMENSIÓN: FACTOR RELACIONADO CON LA TERAPIA</b>	
Ventaja para adherencia al tratamiento.	10 – 12 puntos
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	8 – 9 puntos
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	0 – 7 puntos

Puntos de corte de las categorías para el factor relacionado con el paciente, del instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia al tratamiento:

<b>IV. DIMENSIÓN: FACTOR RELACIONADO CON EL PACIENTE</b>	
Ventaja para adherencia al tratamiento.	7– 8 puntos
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	6 puntos
No puede responder con comportamientos de adherencia al tratamiento	0 – 5 puntos