



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“NIVEL DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN
PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS ATENDIDOS
EN CENTRO DE SALUD DE MORROPE
LAMBAYEQUE - 2016”**

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Bachiller Correa Rondan Betty Ysabel

Pimentel-Perú

2016

DEDICATORIA

A Dios, por concederme a los mejores padres y al mejor hijo, por la vida misma que me obsequia y en esta ocasión por permitirme culminar mi carrera profesional

A Cristóbal y Felicita, mis padres, quienes constituyen el cimiento en la construcción de mi vida, que se consolida ahora con la culminación de mi formación profesional, sembrando en mi los deseos de permanente superación.

A Julio, mi hijo por ser la fuerza que me impulsa a luchar en la vida, a él con mucho amor, este trabajo cuya esencia se centra en un logro importante en nuestras vidas.

Betty Ysabel

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme el don de la perseverancia para alcanzar mis metas.

A la plana docente de la escuela de enfermería por las enseñanzas impartidas durante mi formación profesional.

A la asesora Dra María del Socorro Gallo Gallo, por su acertado asesoramiento en el proceso de desarrollo de la tesis.

Al Dr. Edwing Lebert Fanzo Niquen, gerente del centro de salud de Mórrope, por facilitarme la realización de mi trabajo de tesis.

A los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope por acceder a participar en la investigación.

A la Universidad Alas Peruanas-Filial Chiclayo, por albergarme como estudiante, durante toda mi formación profesional.

A todas las personas que me apoyaron con palabras alentadoras para seguir desarrollándome.

La autora

ÍNDICE

CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	14
1.2 Formulación del Problema de Investigación	16
1.2.1 Problema principal	16
1.2.2 Problemas secundarios	16
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo principal	17
1.3.2 Objetivos secundarios	17
1.4 Justificación e importancia	18
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio de investigación	21
2.1.1 A nivel internacional	21
2.1.2 A nivel nacional	26

2.4	Definición de términos básicos	59
-----	--------------------------------	----

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1	Hipótesis general	62
3.2	Hipótesis específicas	62
3.3	Variables	63
3.3.1	Definición conceptual de las variables	63
3.3.2	Operacionalización de las variables	64

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1	Tipo y diseño de investigación	68
4.2	Nivel de la investigación	68
4.3	Métodos	68
4.4	Población y muestra	69
4.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	71
4.5.1	Tipos de técnicas e instrumentos	71
4.5.2	Procedimientos para la recolección de datos	71
4.5.3	Criterios de validez y confiabilidad de los instrumentos	72
4.5.4	Consideraciones éticas	73

CAPÍTULO V

5. ANALISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1	Análisis de la investigación	75
-----	------------------------------	----

5.2	Resultados de la investigación	75
5.3	Contrastación de hipótesis	86
5.4	Discusión de los resultados	87
CONCLUSIONES		91
RECOMENDACIONES		92
REFERENCIAS DE INFORMACIÓN		93
ANEXOS		
Anexo N° 01: Matriz de consistencia		105
Anexo N° 02: Consentimiento informado		110
Anexo N° 03: Instrumentos		111
Anexo N° 04: Solicitud de permiso de ejecución de proyecto		120

RESUMEN

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema recurrente y global que impide que la morbimortalidad asociada a enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, pueda ser evitada o controlada.

La presente investigación, tiene como objetivo determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope Lambayeque – 2016.

La base teórica conceptual, se sustenta en las teorías del Autocuidado de Dorothea Orem y en el modelo de adaptación de Callista Roy. La metodología utilizada, fue un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal, mediante entrevista semiestructurada, constituido por tres partes: la primera, es un cuestionario de adherencia farmacológica y no farmacológica; la segunda parte, determinar los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica y finalmente la tercera parte, determinar los hábitos de vida que llevan los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de salud de Morrope.

La muestra fue de ciento ochenta y seis pacientes hipertensos, estudiados durante un periodo de 4 meses.

Los resultados indican que el nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope-Lambayeque 2016, es no adherente e incumplidor.

Palabras clave: Adherencia, paciente, hipertensión

ABSTRACT

Nonadherence to drug therapy is a recurrent global problem that prevents morbidity and mortality associated with chronic diseases such as hypertension, can be avoided or controlled.

This research aims to determine the level of adherence in adult hypertensive patients treated at the Health Center Mórrope Lambayeque - 2016.

The conceptual theoretical basis, is based on the theories of Dorothea Orem Self-Care and model adaptation Callista Roy. The methodology used was a prospective, descriptive study, cross-sectional, through semi-structured interview consists of three parts: the first is a questionnaire pharmacological and non-pharmacological adherence; the second part, determine the factors that influence adherence and finally the third part, determine the lifestyle habits that lead hypertensive patients treated at the Health Center Morrope.

The sample was one hundred eighty six hypertensive patients studied over a period of 4 months.

The results indicate that the level of adherence in adult hypertensive patients treated at the Health Center Mórrope-Lambayeque 2016, is non-stick and non-compliant.

Keywords: adherence, patient, hypertension

INTRODUCCIÓN

La adherencia, entendida como el grado hasta el cual los pacientes siguen, o cumplen, exactamente el tratamiento prescrito por el médico, es un factor fundamental en los tratamientos farmacológicos. La falta de adherencia es muy frecuente y reduce, o incluso puede anular completamente, la eficacia de muchos tratamientos, siendo un factor de riesgo especialmente en las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, siendo necesario que el paciente tome diariamente sus medicamentos para evitar complicaciones posteriores. Esto se agudiza en países subdesarrollados, asociados a los escasos recursos económicos que se designan al sector de salud, y por otra parte, los esfuerzos del equipo de salud debe estar encaminado, no solamente a emitir un diagnóstico y prescripción sino también hacer una consejería que permita asegurar que los pacientes cambien de conducta para tener una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Según datos publicados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados se sitúa en torno al 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aún menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico, es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que afecta especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial.

Frente a esta problemática, el trabajo de investigación que se presenta, crea la necesidad de determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope - Lambayeque 2016?.

El estudio está estructurado en cinco capítulos:

En el capítulo I: Describe de la realidad Problemática, comparándolas con realidades a nivel mundial, nacional, regional así como el lugar de aplicación del estudio. El objetivo principal de la investigación, fue determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope, para poder promover el autocuidado de los pacientes evitando complicaciones y mejorando sus estilos de vida. El estudio se justifica porque permitirá determinar si existe o no adherencia farmacológica o no farmacológica y poder tomar las medidas respectivas y proponer estrategias que permitan disminuir el porcentaje de pacientes hipertensos no controlados, evitando complicaciones y asegurar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de estos pacientes.

En el capítulo II: Se describe el marco teórico que ayudó a tener mayores elementos de juicio para conocer el fenómeno estudiado, así mismo, los antecedentes del estudio de investigación a nivel internacional, nacional y local relacionado con la investigación, teniendo en cuenta los hallazgos de cada uno de ellos.

En el capítulo III: En coherencia a la problemática identificada y a los objetivos establecidos, se plantea la hipótesis queda planteada lógicamente de la siguiente manera: El nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos

atendidos en el Centro de Salud de Mórrope. Lambayeque 2016, es bajo definiéndose claramente la terminología usada para la Operacionalización de las variables e indicadores de estudio.

En el capítulo IV: Se presenta la metodología de la investigación, el tipo investigación es cuantitativa, prospectivo porque analiza la causa del nivel de adherencia en el presente y estudia el efecto del problema posteriormente, permitió recoger los datos, analizarlos con un método explicativo, descriptivo, de corte transversal porque describe variables y analiza en un solo momento es decir una sola intervención y nivel de investigación es un diseño descriptivo no experimental. La población y muestra objeto de estudio fue de 186 pacientes; la técnica utilizada fue la entrevista abierta semi estructurada

En el capítulo V: Se muestran los resultados, con el análisis correspondiente, que permiten contrastar las hipótesis y la discusión de los resultados mediante tablas y gráficos estadísticos.

En este contexto la presente investigación pretende obtener resultados que sirvan de base para proponer estrategias de intervención comunitaria a cargo de un equipo multidisciplinario de salud, dirigida a pacientes hipertensos con el objetivo de tener la información pertinente acerca de su percepción personal y actitudes hacia la terapia farmacológica y no farmacológica, así como de sus hábitos y factores que influyen en la adherencia.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que existe un elevado número de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados sin ser conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la hipertensión arterial cursa sin síntomas. ⁽¹⁾

La prevalencia de hipertensión arterial a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente, estimando que para el año 2025 la padecerían 1.500 millones de personas. Las estadísticas sobre hipertensión arterial para países latinoamericanos indican la prevalencia de 22.8%, en Chile de 26.1%, en Argentina de 26.8%, en Brasil de 32.4%, en Venezuela de 33% en Uruguay 3.4%. Por otro lado se sabe que la hipertensión solo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68.4%). De éstos, el 53.6% recibe tratamiento, pero el control adecuado solo se logra en el 27% de los casos diagnosticados. ⁽²⁾

En el Perú Agustí, afirma que la prevalencia de hipertensión arterial es del 23.7% de la población total (varones 13.4% y mujeres 10.3%). Con prevalencias de 22.1% para la sierra, 22.7% para la selva y 27.3% para la costa, pero con marcadas diferencias entre algunas zonas. Se afirma además que los hipertensos diastólicos fueron predominantes en la sierra, sobre los 3000msnm.y que 55% de la

población no sabía que era hipertensa y de quienes recibían tratamiento, solo 45.1% estaba compensado. ⁽³⁾

En el Perú la prevalencia de hipertensión arterial es de 14.8%, siendo los hombres más afectados (18.5%) que las mujeres (11.6%). La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en Lima Metropolitana (18.2%), En Lambayeque la prevalencia es de 14.1%. Mientras que un 30% desconoce que vive con este silencioso mal.

En el distrito de Mórrope la prevalencia de hipertensión arterial es de 16.6%, tiene una población con estilos de vida inadecuados, con una actividad física un tanto sedentaria y la alimentación con excesos de sal como pescado salado que llevan como refrigerios para la semana al trabajo y otros productos con aditivos que también contienen sodio; por otra parte el desconocimiento sobre la enfermedad, sus costumbres como la brujerías, los curanderos, hechicerías y el trabajo duro u arduo que son en zonas lejanas y que se quedan haciendo semanas en las minas de sal, minas de yeso, que les impide llegar al centro de salud; así el paciente no sabe acerca de las consecuencias que trae una hipertensión, esta enfermedad se acrecienta y produce daño orgánico como problemas renales y cardiovasculares de no ser controlado, es muy importante que los pacientes que padecen de hipertensión tengan el conocimiento acerca de esta patología y cumplan con el tratamiento terapéutico prescrito (adherencia) tanto

farmacológico como no farmacológico por la cual muestran el desinterés y abandono del tratamiento. ⁽⁵⁾

El Centro de Salud Mórrope está inmerso en esta problemática para dar a conocer a la comunidad las medidas preventivas, como los estilos de vida saludable para no llegar a la hipertensión, a través de sesiones educativas trípticos, que por falta de recursos humanos y presupuesto no se llegan a realizar.

Motivo por el cual se planteó el siguiente problema de investigación
¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope - Lambayeque 2016?

1.2 Formulación del Problema de Investigación

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope - Lambayeque 2016?

1.2.2 Problemas secundarios

¿Cómo se caracteriza el aspecto Sociodemográfico de los pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope-Lambayeque 2016?

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope- Lambayeque 2016?

¿Cuáles son los factores que influyen en el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope. Lambayeque 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo principal

Determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope- Lambayeque 2016.

1.3.2 Objetivos secundarios

- ✓ Caracterizar a los pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud Mórrope-Lambayeque 2016.
- ✓ Conocer el nivel de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope-Lambayeque 2016.
- ✓ Identificar los factores que influyen en el nivel de adherencia pacientes hipertensos adultos atendidos en el centro de salud de Mórrope- Lambayeque 2016.

1.4 Justificación e importancia

En el Perú, una de cada tres personas padece de hipertensión arterial, un 30% desconoce que vive con este silencioso mal.⁽⁶⁾

El distrito de Mórrope tiene una población con estilos de vida inadecuados, con una actividad física un poco sedentaria y la alimentación con exceso de sal y otros productos con aditivos que también contienen alto contenido de sodio. Por otra parte existe desconocimiento sobre la hipertensión y las consecuencias en la salud, razón por la cual muestran desinterés y abandono del tratamiento. Teniendo en cuenta que la prevalencia de hipertensión es de 16.6%.⁽⁷⁾, se justifica la investigación porque va a determinar el nivel de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes hipertensos adultos tanto farmacológico como no farmacológico para tomar medidas respectivas y proponer estrategias de salud que permitan superar este problema elevando el nivel de adherencia en los pacientes hipertensos, así como disminuir el porcentaje de hipertensos no controlados, evitando complicaciones y asegurar la calidad de vida ⁽⁷⁾

Además, la investigación contribuirá con un procedimiento de acercamiento hacia el paciente y el uso de herramientas que midan el cumplimiento de su tratamiento tomando en cuenta los factores sociales, demográficos y particulares de los servicios de salud influyentes en el cumplimiento, es decir que se logre un nivel adecuado de adherencia al tratamiento.⁽⁸⁾

La situación actual en la que los profesionales de la salud asumen que los pacientes cumplen estrictamente su prescripción y no se preocupan del uso final de los medicamentos, intentará describirse desde una perspectiva en la cual se realice el monitoreo del uso de medicamentos y se preocupen por identificar y revertir las causas por las cuales los pacientes incumplen su medicación. ⁽⁸⁾

Así mismo, servirá como marco de referencia para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio de investigación

2.1.1 A nivel Internacional

Noack, k Et.Al (2012) Chile. En la tesis titulada “La Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay”

El objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico de un grupo de pacientes hipertensos en control en el consultorio del Hospital Comunitario de Yungay, mediante la aplicación del Test de Morisky-Green y analizar factores que podrían estar relacionados con el nivel de adherencia. El estudio fue descriptivo prospectivo observacional en el que se entrevistó a los pacientes, utilizando el Test de Morisky Green y considerando otras preguntas en relación a género, edad, escolaridad, red de apoyo y número de medicamentos. En todos los casos se midieron los niveles de presión arterial. Los resultados indicaron que se incluyeron 74 pacientes. El 70.3% eran mujeres. El promedio de edad fue de 65.3 años, solo un 45.9% presento adherencia al tratamiento y un 47.9% obtuvo presión arterial bajo control. Entre los factores estudiados, el 51% tenía educación básica incompleta y el promedio de antihipertensivos fue de 1.75. La discusión resulto la falta de adherencia al tratamiento tiene relación directa con el mal control de presión arterial, por lo que incrementar su investigación y educación en el seguimiento de los pacientes

hipertensos debería ser uno de los principales objetivos de los programas cardiovasculares.⁽⁹⁾

Zurera I, Caballero M y Ruíz M (2014) España Córdoba .En la tesis titulada “Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso”

El estudio tuvo como objetivo fue conocer las motivaciones personales, que intervienen en la modificación de los hábitos, adherencia y conocimiento de la enfermedad, en un grupo de pacientes hipertensos. El estudio fenomenológico realizado en el ámbito hospitalario, mediante entrevistas semi estructuradas. La muestra fue de dieciocho pacientes con hipertensión arterial no controlada, asociada a síndrome metabólico y/u obesidad (con IMC>30), durante un periodo de 4 meses en la consulta de UGC Nefrología/HTA, del HURS de Córdoba. En los resultados se determinó tres categorías temáticas con las que dan respuesta a los objetivos de estudio: Sensibilización acerca del riesgo cardiovascular al que están expuestos y conocimiento de la propia enfermedad, razonando los motivos que impulsan o retraen al paciente hipertenso a adherirse al tratamiento y relación entre cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Conclusiones: La falta de adherencia al tratamiento, se manifiesta por una falta de voluntad entre los pacientes hipertensos refractarios, más que por un problema de información, siendo

necesaria una intervención por parte del personal de enfermería enfocado a profundizar en la misma.⁽¹⁰⁾

Peña J (2014) España Navarra. En la tesis titulada “Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao.”

El objetivo de este estudio fue determinar el grado de conocimiento y la adherencia terapéutica que tienen sobre esta enfermedad. Se realizó en una muestra de 50 pacientes hipertensos residentes en Bilbao a través de un cuestionario que analizaba sus conocimientos y el grado de cumplimentación terapéutica. El 75.6% eran hombres y el 24.4% mujeres. La edad media era de 58 años. El nivel de conocimientos era mayor en hombres, influyendo el nivel de formación académica, puesto que a mayor formación, mayor nivel de conocimientos. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones higiénico dietéticas, el 40% de la población no cumple con las recomendaciones de ejercicio, el 51.1%, al tiempo y el 53.3%, a la constancia, siendo mayor el cumplimiento en las mujeres en los tres casos (72'2%, 63'3% y 63'3% respectivamente). En relación a la dieta, se observa que la población tiene mayor adherencia al consumo de frutas y verduras (73.3%), mientras que a pesar de que se sabe que el consumo de sal incrementa los niveles de presión arterial, lo incumple el 31.1%. El 20% de la población evita el tabaquismo y el 30.8% el consumo de alcohol. La conclusión se aprecia amplios campos de mejora en el manejo de la HTA. Este estudio apoya estrategias de mejora en

la transmisión de la información a los pacientes hipertensos y sus familiares.⁽¹¹⁾

Coque, I (2011) Ecuador, Ambato. En la tesis “Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del hospital Carlos Andrade Marín”.

El objetivo de este estudio fue determinar los principales factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín. La investigación es descriptiva transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 20 años con diagnóstico previo de Hipertensión Arterial y en tratamiento, se estableció una población de 98 pacientes, compuesta por 52 hombres (53.1%) y 46 mujeres (46.9%), se aplicó una encuesta diseñada específicamente para este estudio en el que se recogió información sobre aspectos sociodemográficos y factores personales relacionados con adherencia al tratamiento como son: hábitos, conocimiento sobre la enfermedad, acudir a controles médicos, entender las indicaciones y si el paciente piensa que el tratamiento mejora su salud, se diseñó una escala para determinar el nivel de adherencia de los pacientes. Los resultados muestran que la población estudiada, un 44,9% tiene mala adherencia, el 27,6% tiene un buen nivel de adherencia, igual porcentaje a los pacientes que se adhieren de forma regular; el género y la edad no

mostraron una relación directa en la adherencia, los paciente en actividad laboral tienden a adherirse en menor porcentaje (17%) en relación a los jubilados (63%). Las Conclusiones, se determinó que la asociación absoluta de todos los factores personales que se estudiaron van a generar un buen nivel de adherencia en la población hipertensa, por los que se recomienda realizar intervenciones que sean innovadoras, participativas y críticas para esta problemática.⁽¹²⁾

Merino L (2013) España, Pamplona. En su tesis titulada: “Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo”.

El objetivo fue estudiar el grado de cumplimiento terapéutico en un grupo de pacientes del programa de hipertensión arterial en del Centro de Salud de Arnedo, y en base a los resultados atendidos una propuesta de mejora. Estudio descriptivo y observacional. Se estudia 126 pacientes, catalogados como hipertensos del programa, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2013, a través de una encuesta diseñada para este fin de forma anónima y voluntaria. La encuesta incorporó el test de Morisky-Green-Levin, validado para la valoración del grado de cumplimiento en población hipertensa, al que se añadieron una serie de preguntas. Se encontró un 52% de pacientes cumplidores frente al 48% de incumplidores. Las conclusiones son la gran parte de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente el tratamiento antihipertensivo; los pacientes hipertensos mayores de 65 años

son menos adherentes del tratamiento, que los menores de dicha edad; el 97% de los pacientes confía en su equipo sanitario (UBA) cuando presenta alguna duda sobre la medicación. ⁽¹³⁾

2.1.2 A Nivel nacional:

Ocampo, P (2011) Chimbote-Perú. En la tesis titulada "El grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos". El objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y los factores determinantes de la no adherencia. Bajo un modelo de seguimiento farmacoterapéutico domiciliario se intervinieron 204 pacientes de las provincias de Trujillo y Chimbote (84 y 120, respectivamente) entre noviembre de 2010 y enero de 2011. Para determinar el grado de cumplimiento se utilizaron tres test normalizados: Test de Heiness Sackett, Test de Moriski Green Lavine y Test de Recuento de Tabletas. Los factores que influyen sobre la no adherencia se determinaron mediante un test de 20 preguntas agrupadas en 5 dimensiones consideradas como los más influyentes. Los resultados muestran un alto nivel de coincidencia en la identificación de pacientes no adherentes en los tres instrumentos, tanto en Trujillo como Chimbote (60.83 y 79.76%, respectivamente). El entorno social (27.47% y 22.72%) y la percepción del trato del personal de salud (20.7% y 20.53%) fueron las dimensiones que influenciaron más negativamente. Individualmente, los factores más

resaltantes fueron la automedicación (13.53% y 8.61%) y la inasistencia a citas programadas (12.88% y 7.59%). Se concluye que los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes el entorno social y una percepción negativa del trato del personal de salud. ⁽¹⁴⁾

Díaz, H (2011) Chimbote-Perú. En la tesis titulada “El grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos”

En la investigación el autor demostró que existe una marcada prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes 82.29% la mayoría de los test el nivel de adherencia estuvo por debajo de 17.71 %. Los test muestran diferencias significativas y no significativas entre ellos las actitudes del paciente frente a la enfermedad y conocimiento de la misma por parte del paciente, conocimiento las características del tratamiento ,percepción de la calidad de los servicios de salud, condiciones sociales y económicas. Los factores negativos que más influyen para la no adherencia son aquellos asociados con las dimensiones del desconocimiento de las características del tratamiento por parte del paciente y la enfermedad en sí del paciente. ⁽¹⁵⁾

Romero, Mytanchiva P (2011) Perú, Iquitos. En la tesis titulada “La adherencia al programa de tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos del CAP”

El objetivo, fue determinar el nivel de adherencia al programa de tratamiento de la hipertensión arterial primaria en adultos hipertensos del CAP III-Metropolitano Iquitos Es Salud, 2011, durante los meses de agosto a noviembre del 2011. El estudio descriptivo, no experimental, transversal, medido a través de la aplicación del cuestionario MBG (Martín-Bayarré-Grau). La muestra estuvo constituida por 62 pacientes, 36 (58.1%) mujeres y 26 (41.9%) hombres, que acudieron al Programa para su control y continuación del tratamiento en el referido Centro Metropolitano. Los resultados del estudio fueron el 57.29% del total de la población encuestada alcanzó 29.14 puntos, lo cual se ubica en la categoría de adherencia parcial (18 – 37 puntos). El 42.71% del total de la población encuestada alcanzó menos de 18 puntos, lo cual se ubica en la categoría de falta de adherencia al programa (0 – 17 puntos).⁽¹⁶⁾

Apaza G (2013) Perú - Tacna. En la tesis titulada “Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano ESSALUD - Red Tacna 2013”.

La falta de adherencia es la principal razón de los pobres resultados observados en el control de la Hipertensión arterial, la cual debe

procurarse desde las fases tempranas, a fin de evitar complicaciones cardiovasculares. El objetivo fue determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la hipertensión arterial en los pacientes del Programa. Se realizó un estudio correlativo, prospectivo y observacional. De una población de 1563 se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA ($p=0,019$), además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes ($OR=1,93$). Se concluye que la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA. ($p=0,001$).⁽¹⁷⁾

Moya, L. (2011) Perú Trujillo, En la tesis titulada: "Grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud Jerusalén. Distrito La Esperanza - Trujillo junio-agosto de 2011".

El objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos, los determinantes de la no adherencia y postular un perfil de la actitud de los pacientes acerca de la adherencia a su tratamiento. Bajo el modelo de una intervención farmacéutica domiciliaria se abordaron 24 pacientes en su domicilio

que referían atenderse en el Centro de Salud “Jerusalén” La Esperanza - Trujillo. La intervención se basó en el Método Dader de intervención farmacoterapéutica. Para determinar el grado de cumplimiento se utilizaron cuatro test normalizados: el test de Haynes - Sackett, el test Morisky -Green - Levine, el test de Recuento de Tabletas y el test de Factores Influyentes. Para determinar los factores influyentes se utilizó un test de 20 preguntas que miden el impacto de 5 grupos de factores influyentes de acuerdo al perfil propuesto por la OMS En promedio los resultados de los tres test específicos muestran una marcada prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes 83.33 %. No obstante en la mayoría de los test el nivel de adherencia estuvo por debajo de 16.67%. Los resultados de los test muestran diferencias no significativas entre ellos. Los factores negativos que más influyen para la no adherencia son aquellos asociados con las dimensiones relacionadas con su tratamiento y la percepción de los pacientes hacia el personal de salud. Se sugiere, sobre la base de los resultados, construir estrategias educativas personalizadas que ataquen los factores influyentes a fin de revertir progresivamente los niveles de incumplimiento. ⁽¹⁸⁾

2.1.3 A nivel local:

La Torre J, Plasencia J (2013). En la tesis titulada “Nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque abril – junio 2013”.

El objetivo fue determinar el nivel de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos atendidos. Estudio de enfoque cuantitativo, se trata de una investigación descriptiva – exploratoria, de corte transversal y prospectiva. La muestra estuvo conformada por 62 pacientes, obtenida a través de un muestreo aleatorio simple. La información se obtuvo a partir de un instrumento validado y se procesó en el programa Microsoft office Excell. Las conclusiones son que el 85% de los pacientes no es adherente según el CAT-HTA (cuestionario de adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial). Las condiciones socioeconómicas y demográficas, el factor relacionado con el paciente y el trato del personal de salud, son los factores con los porcentajes de mayor efecto negativo, con respecto a la adherencia. Los hábitos de vida de los pacientes hipertensos son inadecuados. ⁽¹⁹⁾

De los Santos, F (2014). En la tesis titulada “Adherencia al tratamiento terapéutico y a la dieta en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital II Chocope –Chiclayo Es Salud”.

El objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento terapéutico y a la dieta en pacientes hipertensos que se atienden en el hospital II Es Salud Chocope. Investigación descriptiva, prospectiva, transversal y prospectiva, con una muestra de 40 pacientes que se atendían en Medicina General. Las Conclusiones evidenciaron que, 22 pacientes fueron varones y 18 mujeres; el 32% de los pacientes de género masculino tienen de 28 a <58 años de edad, el 28% de las mujeres tienen de 38 a <58 años de edad. El 32% de pacientes tiene primaria completa, y el 27% tiene secundaria completa, La mayor proporción de los pacientes tienen de 41 a 51 años, el 67% de los pacientes tienen conocimientos limitados sobre hipertensión y cumplen parcialmente el tratamiento terapéutico y son incumplidores de la dieta. ⁽²⁰⁾

Carrasco M, (2013) Chiclayo. En la tesis titulada: “Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia de la Clínica Millenium Chiclayo-Departamento. Lambayeque. Septiembre – diciembre 2013.”

El objetivo de la investigación fue determinar la eficacia de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia en pacientes hipertensos intervenidos. Fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutica basado en una modificación del método DADER, de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la

información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas Farmacoterapéutica y test de Morisky. El resultado obtenido en el trabajo según el test Morisky dio el nivel de significancia según la prueba no paramétrica McNemar para datos dicotómicos de $p= 0.500$ (no significativo), en forma general se podría decir que de 12 pacientes no adherentes (100%) sólo tres de ellos no cambiaron su conducta (25% no adherentes) dando como resultando con respecto a la adherencia que de 12 pacientes con baja adherencia (100 %) se pudo cambiar la conducta de forma positiva a 9 pacientes, dos de ellos (16.7%) alta adherencia y a siete de ellos (58.3%) a mediana adherencia. En conclusión el seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia de a pacientes hipertensos no fue significativa. ⁽²¹⁾

Chambergó W, Clavijo Dafne, Loli J, et. Al (2011) Lambayeque.

En la Tesis titulada “Factores de riesgo asociados a Hipertensión arterial en pacientes del Hospital Provincial Docente Belén en el periodo Marzo- Mayo del año 2011”.

El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a hipertensión arterial, caracterizándose la población de pacientes hipertensos según variables demográficas y clínicas de interés así como los factores socioculturales se asocian con mayor frecuencia a la Hipertensión Arterial. El método que se utilizó fue un cuestionario donde se obtuvo información sobre datos socioculturales,

antecedentes de tabaquismo, hábito alcohólico, sedentarismo, alimentación y antecedentes familiares, el mismo que se aplicó el cuestionario en los casos y controles a través de una entrevista con los sujetos. Asimismo se midió el grado de obesidad en cada uno de los pacientes encuestados a partir del IMC, para esto se utilizó el peso y la talla registrados en las historias clínicas. En los resultados se aprecia un mayor porcentaje de los que tienen antecedentes familiares con HTA, es decir 29 hipertensos de los 40 casos representado en un 72.5%. Con relación al índice de masa corporal, 31 entrevistados que están en el rango de 27kg al 37kg / cm² tienen hipertensión arterial, es decir el 77.5 % de los 40 casos detectados. Se concluyó que no necesariamente, el consumo del tabaco y el alcohol tiene predominancia en la generación de la HTA, sin embargo, es de preocupación que los antecedentes de familiares con HTA y el sobrepeso IMC si son generadores de la hipertensión. En todo caso es necesario aplicar la prevención ante los factores de riesgos.⁽²²⁾

Soto V, Zavaleta J, Bernilla J (2000). Chiclayo. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo EsSalud 2000.

El objetivo fue precisar los factores determinantes por los que los pacientes asegurados abandonan el Programa de Hipertensión Arterial. El diseño fue un estudio epidemiológico analítico de casos y controles. Los materiales y métodos son 126 pacientes que abandonaron el Programa por más de seis meses y los 252 controles

los que continuaban en el mismo, pareados según sexo, edad, procedencia y estadio de hipertensión; excluyéndose los que tuvieron complicaciones o cambios de adscripción. Se aplicó una encuesta a domicilio. Los resultados indicaron que el factor conocimiento inadecuado de la enfermedad tuvo un OR de 15.3, seguido del desinterés en el control mensual (OR: 14.6), incumplimiento del tratamiento por normalización de las cifras de presión arterial (OR: 13.8) o incumplimiento por no tener molestias (OR: 13.2), los que en conjunto tienen que ver con una conciencia inapropiada de la enfermedad. Otros factores fueron inalterabilidad del estilo de vida (OR: 4.5) y efectos adversos del medicamento (OR: 1.9), no encontrándose asociación con el maltrato del profesional asistencial, hacinamiento, incomodidad, horarios inadecuados o problemas económicos o de traslado del paciente. Conclusión: El conocimiento inadecuado sobre la hipertensión arterial fue el principal factor determinante del abandono del Programa de Hipertensión Arterial en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Es salud ⁽²³⁾.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Sistematización de la variable 1: Nivel de adherencia

Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta. ⁽²⁴⁾

Haynes R.Brian. (1979); define como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”⁽²⁵⁾

Hentinen (1988), quien considera la adherencia como "un proceso de cuidado activo y responsable, en el cual el individuo trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud"⁽²⁵⁾

El término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por tanto,

resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.⁽²⁶⁾

2.2.1.2 Importancia:

La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas es un problema de enorme magnitud en todas las áreas y niveles de la atención médica.⁽²⁷⁾

Se acepta que el cumplimiento de las prescripciones médicas es fundamental para la recuperación y el mantenimiento de la salud del paciente, aun cuando la relación entre adhesión al tratamiento y evolución del estado de salud es extremadamente compleja. El no cumplimiento de los tratamientos tienen un elevado costo social, tanto económico como laboral.⁽²⁷⁾

2.2.1.3 Factores que determinan la adhesión al tratamiento biomédicos:

- Tipo de enfermedad: aguda, crónica, limitante, dolorosa, etc
- Características del tratamiento: medicamentos, dosis, frecuencia, secundarios, invasividad, prolongación en el tiempo, curativo, paliativo, exigencia de cambios de estilos de vida, etc.
- Problemas psicológicos y sociales:
- Psicología y psicopatología del paciente: creencias acerca de la salud, depresión, autoestima, enfermedad mental, etc
- Factores socio familiares: soporte social, relaciones

familiares, nivel económico, etc.

Culturales: hábitos alimentarios, idioma, religión.

Asistenciales

Relación médico- paciente: comunicación, manejo de la información, etc. Características del profesional de la salud: conocimiento, actitud, destreza, Creencias acerca de la salud, etc.

Disponibilidad y acceso a la atención médica: cobertura asistencial, transporte, distancia, etc .⁽²⁸⁾

2.2.1.4 Factores relacionados con la no adhesión a los tratamientos

a. Relacionados con el paciente:

- Discapacidades sensoriales
- Falta de comprensión
- Creencias acerca de la salud inapropiadas o conflictivas, la medicina sólo es necesaria cuando hay síntomas presentes.
- Expectativas no adecuadas acerca del tratamiento.
- Concepciones socioculturales o populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- Modelos implícitos de enfermedad.
- Apatía y pesimismo.
- Fracaso en el reconocimiento de que se está enfermo y se necesita medicación
- Historia actual o anterior de no cumplimiento de otros

tratamientos.

- Características de la situación social del paciente.
- Falta de soporte social.
- Situación familiar inestable
- Entorno que no facilita la adhesión (por ej.: cambios frecuentes de domicilio)
- Situaciones estresantes (por ej.: pobreza o desempleo)
- Falta de recursos (por ej.: transporte, dinero, falta de ayuda para el cuidado de los niños). ⁽²⁹⁾

b. Relacionados con la enfermedad:

- Situación crónica sin síntomas evidentes, Sintomatología estable y complicaciones.

c. Relacionadas con el tratamiento:

- Complejidad del tratamiento (por ej. medicación múltiple)
- Tratamiento de larga duración.
- Efectos secundarios de la medicación o medicación: preparación, forma y vía de administración (ej. cápsula, tableta o inyección)
- Rotulación inapropiada o defectuosa.
- Envase de diseño incómodo o difícil de manejar. ⁽³⁰⁾
- Relacionadas con la atención médica:
- Falta de continuidad en el cuidado
- Esperas prolongadas

- Períodos de tiempo demasiado prolongados entre una y otra consulta.
 - Falta de individualización de la hora acordada (por ej.: consulta masificada, atención por orden de llegada)
 - Inconvenientes asociados al funcionamiento y localización del centro de atención: (por ej.: horarios, distancia del transporte público, dificultades de estacionamiento, etc.)
 - Supervisión profesional inadecuada
 - Costo
- d. Relacionadas con la interacción profesional de la salud- paciente:
- Mala comunicación.
 - Fallas en la actitud o en la conducta verbal y no verbal por parte del paciente y de quien le atiende.
 - Fracaso del médico en detectar las preocupaciones y sentimientos negativos del paciente.
 - Insatisfacción del paciente.
 - Mala relación médico paciente. (por ejemplo: manejo inadecuado de la información, falta de empatía, supervisión inadecuada del tratamiento, etc.)⁽³¹⁾

2.2.1.5 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico:

Se pueden agrupar en cuatro grandes dimensiones:

- a. Relacionados con el paciente y su entorno:

Sexo, edad, nivel de instrucción, nivel de apoyo familiar y social, conocimiento sobre la enfermedad, creencias sobre la enfermedad o mitos de la salud etc. ⁽³¹⁾

Entre los principales factores que dificultan el cumplimiento del tratamiento se encuentran el deterioro cognitivo o sensorial del paciente, pérdida de visión o audición o estados alterados de ánimo que pueden hacer que el paciente no procese bien la información, que no aprenda correctamente o no recuerde toda la información y, como consecuencia, no siga de forma adecuada las instrucciones. ⁽³¹⁾

En el caso de la hipertensión arterial los principales factores que dificultan la adhesión son:

- Conocimientos y habilidades inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento.
- Desconocimiento de los costos y beneficios del tratamiento.
- No aceptación del monitoreo. ⁽³¹⁾

b. Relacionados con la enfermedad:

La hipertensión, al tratarse de una patología crónica genera mayores problemas de adherencia que las patologías agudas. ⁽³¹⁾

La ausencia de síntomas percibidos por el paciente hace que disminuya la tasa de adhesión. El grado de aceptación de la enfermedad juega un papel muy importante, siendo mayor la adherencia en los pacientes que la tienen más asumida. ⁽³¹⁾

c. Relacionados con el tratamiento:

El tratamiento de la hipertensión generalmente es complejo, siendo necesaria la toma de varios fármacos en diferentes momentos del día, lo que dificulta su cumplimiento.

La mala tolerancia a los fármacos y la presencia o temor a reacciones adversas también afecta negativamente a la adhesión por parte de los pacientes. ⁽³¹⁾

Por último, también hay que tener en cuenta que el tratamiento de la hipertensión arterial requiere realizar algunas modificaciones en el estilo de vida del paciente que pueden resultar difíciles de introducir y mantener debido a sus costumbres y hábitos previos ⁽³¹⁾

d. Relacionados con el equipo asistencial:

Se ha demostrado la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y la relación terapéutica entre el profesional de salud y el paciente. ⁽³¹⁾

Otros factores influyentes son la continuidad asistencial y una adecuada accesibilidad al centro. ⁽³¹⁾

La implicación del personal de enfermería juega un papel importante en la detección de problemas en adherencia y refuerzo del plan terapéutico, en la supervisión del seguimiento del paciente. La falta de adiestramiento y conocimiento por parte del personal sanitario hace que disminuya la adhesión ⁽³¹⁾

2.2.1.6 Teorías de Enfermería

Teoría de Sistemas

En el presente estudio se considera que la teórica que concierne en este caso es la de Callista Roy, porque subraya que en su intervención, el profesional de enfermería debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones, contiene cinco elementos esenciales:

1. Paciente
2. Meta de la enfermería
3. Salud
4. Entorno
5. Dirección de las actividades (facilitan la adaptación)

Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.⁽³²⁾

2.2.2 Sistematización de la variable 2: Paciente hipertenso

2.2.2.1 Definición:

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica. Según el séptimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII) se considera que un individuo adulto mayor de 18 años es hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual de 140 mm Hg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual de 90 mm Hg. Los valores referenciales de presión arterial (PA) son los siguientes:⁽³³⁾

	NORMOTENSIÓN O HTA CONTROLADA			HTA		
CATEGORÍA (SEH/ESC)	ÓPTIMA	NORMAL	N-ALTA	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
PAS (mmHg)	<120	120-129	130-139	140-159	160-179	≥180
PAD (mmHg)	<80	80-84	85-89	90-99	100-109	≥110
	NORMAL	PREHIPERTENSIÓN	ESTADIO 1	ESTADIO 2		

Las cifras de TA son un importante indicador del riesgo cardiovascular de un paciente, pero no son el único. La mayoría de los pacientes presenta, además de la HTA, otros factores de riesgo cardiovascular, así como daños orgánicos o condiciones clínicas que potencian sus respectivos

efectos negativos. Por ello, a la hora de determinar la necesidad y el tipo de tratamiento y control de un paciente es imprescindible realizar una evaluación integral, teniendo en cuenta sus características personales.⁽³³⁾

Según la O.M.S. y el Séptimo Reporte del Comité Nacional de prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión

Los Valores normales de la tensión arterial: ⁽³⁴⁾

Tensión sistólica o máxima: < 120 Hg

Tensión Diastólica o mínima: < 80 mHg

Todas aquellas cifras que resultaran por fuera de estos límites son anormales, tanto por debajo (Hipotensión: < 90/60 mmHg) como por encima (\geq 120/80 mmHg). Los niveles de presión para cada categoría pueden variar, aunque siempre considerando hipertensión niveles \geq 140/90 mm Hg.⁽³⁴⁾

Las llamadas cifras “normales” de presión arterial han ido variando a través de los años. El último consenso para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, publicado en mayo de 2003 por el National Heart, Lung and Blood Institute y el National High Blood Pressure Education Program de los Estados Unidos, define como presión normal aquella menor de 120/80 y considera como “prehipertensión” las cifras entre 120-139/80-89. Estos cambios obedecen a que se ha observado que el daño causado por la presión

arterial empieza a presiones que antes considerábamos “normales”⁽³⁵⁾

Los esfuerzos de los profesionales de la salud deben estar dirigidos, por tanto, no solo hacia proveer un adecuado diagnóstico y la prescripción racional de medicamentos sino además hacia asegurar que los pacientes adhieran de manera consciente y responsable el tratamiento prescrito.

⁽³⁶⁾

Esta actividad, va más allá de las responsabilidades de los profesionales de la salud, y generalmente el proceso de seguimiento post prescripción no se lleva a cabo.⁽³⁶⁾

2.2.2.2 Las causas:

- Factores genéticos hereditarios: Las probabilidades de padecer hipertensión arterial son dobles en aquellas personas cuyos padres o familiares directos son también hipertensos respecto a los que no tienen estos antecedentes. .
- Alimentación inadecuada: Una alimentación inadecuada, rica en sal y grasas saturadas aumenta la tensión arterial.
- Obesidad: Las personas obesas tienen de dos a tres veces más probabilidades de padecer esta enfermedad que aquellas que no tienen sobrepeso.
- Edad: A medida que las personas van envejeciendo se produce un endurecimiento de las arterias que dificulta el paso de la sangre por las mismas y conlleva el aumento de la presión arterial. Existe un factor de riesgo claro a partir de los 65 años.

- Sexo: Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres a padecer hipertensión. Las mujeres, mientras tienen la regla, se encuentran más protegidas que los hombres por la influencia de las hormonas femeninas o estrógenos. Sin embargo esta protección desaparece cuando se produce la menopausia, momento en que la mujer tiene más probabilidades de sufrir esta enfermedad que el hombre.
- Estrés: El estrés permanente suele producir muchas veces esta enfermedad. Se han realizado estudios que demuestran que la situación económica de un individuo puede generar estrés. Y este estrés produce aumento de la presión arterial. Se vio como aquellas personas con trabajos peor pagados, o que tenían muy poco dinero presentaban índices más elevados de hipertensión.
- Alcohol: un uso moderado de alcohol favorece la circulación, pero un uso no moderado de alcohol conlleva un aumento de la tensión arterial y la posibilidad de caer en el alcoholismo. Una ingesta diaria superior a 40 g de alcohol puede producir un aumento de la tensión arterial.
- Tabaco: El tabaco es uno de los peores enemigos del sistema circulatorio. Además de producir numerosas enfermedades vasculares. Impide que los tratamientos o las sustancias que podrían ayudar al hipertenso sean absorbidos por el organismo.⁽³⁷⁾

2.2.2.3 Síntomas de la hipertensión arterial:

En la mayoría de los casos al principio no se presentan síntomas pero otras veces se producen:

mareos, náuseas, dolor de cabeza, zumbido de los oídos, cansancio, sudoración excesiva, dificultad al respirar, opresión en el pecho, manos y pies que se duermen o experimentan hormigueo, etc.⁽³⁷⁾

2.2.2.4 Complicaciones:

Daño en los vasos sanguíneos (arterioesclerosis)

Daño cerebral

Insuficiencia cardíaca congestiva

Enfermedad renal crónica

Ataque cardíaco

Enfermedad cardíaca hipertensiva

Accidente cerebrovascular

Pérdida de la visión

2.2.2.5 Prevención:

Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a controlar la presión arterial:

- Deje de fumar.
- No consuma más de un trago al día para las mujeres o dos para los hombres.

- Consuma una alimentación rica en frutas, verduras y productos.
 - Lácteos bajos en grasa, en tanto reduce la ingesta de grasa total y saturada.
 - Haga ejercicio de manera regular. Si es posible, durante 30 minutos la mayoría de los días.
 - Si padece diabetes, mantenga el azúcar en la sangre bajo control.
 - Baje de peso, en caso de tener sobrepeso, ya que el exceso de peso le agrega tensión al corazón. En algunos casos, la pérdida de peso puede ser el único tratamiento necesario.
 - No consuma más de uno o dos tragos de alcohol al día.
- Trate de manejar el estrés.⁽³⁸⁾

2.2.2.6 Tratamiento de la Hipertensión:

El abordaje terapéutico de los pacientes hipertensos se realiza de forma tanto farmacológica como no farmacológica, siendo de gran importancia una buena adhesión y seguimiento de ambas modalidades.⁽³⁹⁾

2.2.2.7 Tratamiento no farmacológico:

El tratamiento no farmacológico de la HTA tiene gran importancia ya que tiene como objetivo es disminuir la Tensión arterial y el riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos gracias a medidas dirigidas a cambiar el estilo de vida y los hábitos no saludables.

Estos cambios deben ser instaurados en todos los pacientes hipertensos o con PA normal/alta como tratamiento inicial o bien complementando el tratamiento farmacológico.⁽⁴⁰⁾

Cambios en el estilo de vida: Indicada para todos los hipertensos y la población en general, pues reducen los nuevos casos de HTA.

Finalidad:

- a. Bajar las cifras de PA elevadas.
- b.-Controlar FR cardiovascular y condiciones clínicas asociadas.
- c.-Reducir el número y dosis de las drogas antihipertensivos.

Sin embargo, el tratamiento no farmacológico no ha probado hasta el momento que prevenga las complicaciones cardiovasculares en los hipertensos y además, la adherencia a largo plazo es relativamente baja. Por ello, no debe demorarse innecesariamente la administración de fármacos, especialmente en pacientes de alto riesgo.⁽⁴¹⁾

Restricción del consumo de sal: la ingesta de sal está en relación directa con el aumento de la TA y el riesgo cardiovascular. Por ello se recomienda disminuir su consumo a 5g/día o eliminarla de la dieta.⁽⁴²⁾

Se han de evitar alimentos con alto contenido en sal, disminuir la cantidad de sal utilizada para cocinar los alimentos, evitar el consumo de alimentos envasados y precocinados así como la comida rápida.⁽⁴²⁾

Desde la Sociedad Española de Cardiología y la Liga contra la

Hipertensión Arterial (SELELHA) se procedió a mantener con las industrias un acuerdo para reducir la cantidad de sal de los alimentos. “menos es más” (menos sal implica una mejor salud).⁽⁴¹⁾

Limitación del consumo de alcohol: el consumo de alcohol se relaciona con un aumento de las cifras de PA y prevalencia de hipertensión. Se recomienda a los pacientes hipertensos que no consuman alcohol, o que lo hagan de forma moderada (menos de 30g/día en varones y 20g/día en mujeres).⁽⁴²⁾

Aumento de la actividad física: El ejercicio físico aeróbico tiene un efecto antihipertensivo moderado, que aumenta cuando va acompañado de una disminución de la ingesta de calorías. Se recomienda realizar cualquier tipo de actividad física aeróbica (la actividad física ha de ser fundamentalmente de resistencia; caminar, correr, nadar).⁽⁴²⁾

Como mínimo se exige caminar durante 30-45min diarios al menos 5 días a la semana.

En cualquier caso la cantidad y el tipo de ejercicio ha de ser personalizada para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, la forma física, las preferencias de la práctica deportiva.

No se recomiendan los ejercicios (como el levantamiento de pesas) ya que pueden tener un efecto vasopresor.

Abandono del tabaco: es una de las medidas más eficaces en la prevención de enfermedades cardiovasculares⁽⁴²⁾

Modificación de los hábitos dietéticos: se recomienda aumentar el

consumo de frutas (2-3 piezas de fruta al día), verduras (2 o más raciones al día de verdura y hortalizas), legumbres (al menos 3 veces por semana) y productos lácteos desnatados y sustituir gran parte de la carne por pescado. ⁽⁴²⁾

También se aconseja consumir con mayor frecuencia carnes blancas (aves sin piel o conejo) que rojas, embutidos u otras carnes procesadas (hamburguesas, salchichas) y aumentar el consumo de pescados a 3 veces por semana como mínimo. Se ha de limitar el consumo de mantequilla y margarina, las bebidas azucaradas, la bollería y la repostería y alimentos o platos precocinados.

2.2.2.8 Tratamiento farmacológico

Numerosos estudios han demostrado la eficacia del tratamiento farmacológico en la reducción de la tensión arterial y la morbimortalidad cardiovascular en los pacientes hipertensos. Por ello, es ampliamente utilizado para el control de sus cifras de presión arterial. ⁽⁴³⁾

Esta situación hace que resulte fundamental para los profesionales de enfermería un conocimiento en profundidad de los fármacos antihipertensivos, sus recomendaciones de uso, dosis y efectos adversos para poder informar y educar al paciente hipertenso, así como para poder realizar una correcta valoración y seguimiento del cumplimiento en consulta. ⁽⁴³⁾

Diuréticos	Clortalidona, hidroclorotiazida
Distales	Amilorida, espirinolactona
Bloqueantes betaadrenérgicos	Acebutol, atenolol, bisoprolol, timolol, propranolol.
Calcio antagonistas	Amlodipino, diltiazam, felodipino
Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	Benazepril, ranipril,
Bloqueantes alfa 1 adrenergico	Doxazosina

Los distintos fármacos Antihipertensores tienen que dar lugar, finalmente, a una reducción del gasto cardíaco, una disminución de las resistencias periféricas o, en mayor o menor grado, ambos efectos simultáneamente.⁽⁴⁴⁾

Para iniciar el tratamiento se deben tener en cuenta el grado de hipertensión arterial, la presencia de lesión en órganos diana, la presencia de enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo cardiovascular.⁽⁴⁴⁾

El tratamiento debe comenzar con una dosis baja del fármaco(s) elegido. Esta elección ha de ser individualizada para cada paciente

teniendo en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de los distintos grupos de fármacos. ⁽⁴⁴⁾

Se recomienda utilizar un fármaco de acción prolongada (que dure 24h) y que sólo requiera una toma diaria. La eficacia del fármaco se comprobará en un plazo de 4 a 6 semanas. ⁽⁴⁴⁾

El objetivo principal suele ser reducir la TA por debajo de 140/90mmHg (o valores inferiores si es tolerado) en pacientes hipertensos y por debajo de 130/80 en diabéticos y pacientes de alto riesgo cardiovascular. ⁽⁴⁴⁾

No suele lograrse el control de la PA mediante la monoterapia, por lo que muchos de los pacientes necesitarán que se asocien varios fármacos.

Para la elección de un determinado fármaco o combinación de fármacos ha de tenerse en cuenta:

La experiencia previa del paciente favorable o desfavorable con un determinado tipo de fármaco.

El perfil de riesgo cardiovascular del paciente y el efecto de los fármacos sobre éste. ⁽⁴⁵⁾

La presencia de daño orgánico, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal o diabetes. (Se ha de evitar utilizar

betabloqueantes junto con diuréticos en pacientes con síndrome metabólico o riesgo de Diabetes de nueva aparición).⁽⁴⁵⁾

Presencia de otros procesos que limiten el uso de algunos grupos de fármacos.

Posibles interacciones con otros fármacos.

El costo del fármaco tanto para el paciente como para el servicio de salud.⁽⁴⁵⁾

2.2.2.9 Teorías de Enfermería:

a. Teoría del Autocuidado

El déficit de autocuidado descrito por Orem se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.⁽⁴⁶⁾

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar.

Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar.⁽⁴⁶⁾

Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia. ⁽⁴⁶⁾

En las variadas aplicaciones prácticas de esta teoría, entre las que se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud. ⁽⁴⁶⁾

b. Modelo de Promoción de la Salud

Nola Pender, autora del Modelo de Promoción de la Salud, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. ⁽⁴⁶⁾

2.3. Bases legales

✓ LEY N° 27657 - LEY DEL MINISTERIO DE SALUD

Capítulo I: Del Ministerio de Salud

Artículo 2º

De la naturaleza del Ministerio de Salud El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural. ⁽⁴⁷⁾

✓ LEY N° 26842 - LEY GENERAL DE SALUD:

Título I De los Derechos Deberes y Responsabilidades concernientes a la Salud Individual

Artículo 5º.-

Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable.⁽⁴⁷⁾

✓ **LEY DE LA ENFERMERA(O) LEY N° 27669**

Capítulo I

Artículo 2

La Enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.⁽⁴⁷⁾

✓ **LEY N° 30021- LEY DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

Los encargados de promover la educación nutricional es el Ministerio de Educación y Salud en los ámbitos de su competencia, incorporando en el diseño curricular nacional los programas de promoción de hábitos alimentarios, realizando campañas, charlas informativas, acciones de difusión, y promoción de la alimentación saludable.⁽⁴⁸⁾

2.4. Definición de términos básicos

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad de la pared arterial, que se caracteriza por un aumento de su espesor y disminución de la luz de la arteria.

Nivel de adherencia

Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal de salud. Es decir son las formas de cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. ⁽⁴⁹⁾

Paliativo

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento así como brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar así como el de su familia.

Paciente hipertenso

Persona con padecimiento de hipertensión arterial, cuya presión arterial está por encima de 140/90 mmHg.

Adherencia terapéutica

Es describir la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el médico. Se define como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud.⁽⁵⁰⁾

Adherencia terapéutica no farmacológica

Grado del comportamiento de una persona para cumplir con las indicaciones prescritas referente a su estilo de vida.

Adherencia terapéutica farmacológica

Grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, en este caso) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.⁽⁵¹⁾

Estilo de Vida Saludable

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que con llevan a la satisfacción de las necesidades humanas, para alcanzar el bienestar y la vida.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis general

El nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope - Lambayeque 2016, es no adherente e incumplidor.

3.2 Hipótesis específicas

- ✓ Los datos sociodemográficos que caracterizan a los pacientes son la edad, la procedencia, sexo y presión arterial.

- ✓ El nivel de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope - Lambayeque 2016, es bajo.

- ✓ Los factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope - Lambayeque 2016 son los relacionados con: Los pacientes, la enfermedad, el tratamiento, el trato del personal de salud, los socioeconómicos y demográficos y los hábitos de vida.

3.3. Variables

3.3.1 Definición conceptual de las variables

Adherencia terapéutica: Grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida.

Pacientes hipertensos: Persona que padece de hipertensión arterial. La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo.

3.3.2 Operacionalización de las variables

3.3.2.1 Variable Independiente: Adherencia terapéutica

3.3.2.2 Variable Dependiente: Pacientes hipertensos

		<p>c. Relacionados con el tratamiento</p> <p>d. Relacionados con el personal de Salud</p> <p>e. Socioeconómicos y demográficos</p> <p>3. Hábitos de Vida:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Nunca deja de tomar sus medicamentos así se sienta que le cae mal? - ¿Únicamente toma sus medicamentos indicados por su médico? - ¿Toma sus medicamentos sin sentirse aburrido ni cansado? - ¿Lleva sus medicamentos siempre cuando viaja? - ¿Acude puntualmente a sus citas médicas en las fechas establecidas? - ¿Confía en su médico en todo momento? - ¿Siente que su médico se preocupa por Ud. siempre? - ¿Entiende las indicaciones sobre los medicamentos para la hipertensión correctamente? - ¿Dispone siempre de dinero para adquirir los medicamentos? - ¿El trabajo le permite cumplir con su medicación correctamente? - ¿Consigue sus medicamentos cerca a su domicilio con facilidad? - ¿Acude al establecimiento de salud con fácil accesibilidad? - ¿Consume aceite al cocinar en todo momento? - ¿Utiliza la sal al cocinar siempre? - ¿Ingiere bebidas alcohólicas regularmente? - ¿Fuma cigarrillos o alguien en casa frecuentemente? - ¿Consume café frecuentemente? - ¿Lleva un régimen dietético estricto? 	<p>Encuesta estilos de vida.</p>
--	--	--	--	----------------------------------

Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Técnicas e instrumentos
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Pacientes hipertensos</p>	<p>Persona que padece de hipertensión arterial</p>	<p>Hipertensión:</p> <p>- Estadio 1</p> <p>- Estadio 2</p>	<p>140 – 159mg/hg</p> <p>90 – 99mg/hg</p> <p>160 - ≥180mg/hg</p> <p>100- ≥110 mg/hg</p>	<p>Cuestionario</p>

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y diseño de investigación

De acuerdo con el periodo en que se capta la información: **Prospectivo:** Analiza la causa del Nivel de adherencia en el presente y estudia el efecto del problema posteriormente.

De acuerdo con la evaluación del fenómeno estudiado, la investigación es de:

Corte transversal: Se estudia en un solo momento, es decir una sola intervención, un corte en un punto específico del tiempo (mayo- julio del 2016).

De acuerdo con la comparación de las poblaciones, el estudio es: **Descriptivo:** Porque va a describir el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que analiza el estudio es:

De observación o Descriptiva: Porque observa y describe el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

4.2. Nivel de la investigación

Es un diseño descriptivo no experimental

4.3. Métodos

Los principales métodos que se utilizaron en la investigación son: método directo, Observación indirecta, análisis, síntesis, inducción y deducción.

Observación: Se realizó una observación indirecta con la aplicación de un cuestionario.

Análisis.- Descomposición de elementos que conforman la totalidad de datos obtenidos, para clasificar y reclasificar el material recogido desde el punto de vista de la investigación cuantitativa.

Síntesis: Sintetiza los principales hallazgos de la investigación.

Inducción y deducción.- Se utilizó para la elaboración de los resultados estimados y la discusión de éstos. De esa manera se pudo elaborar de manera precisa y concreta las conclusiones finales de la investigación.

4.4. Población y muestra

La población está conformada por los pacientes adultos que se atienden en el Centro de Salud de Mórrope, durante los meses de Mayo a Julio, que son en su totalidad 1915 pacientes.

Muestra

La muestra se calculó con la siguiente fórmula:

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

Dónde:

N= 1915, tamaño de población.

Z²= valor numérico obtenido de la distribución normal estándar, correspondiente a un grado de confianza del 95%.

Z → 1.96

P= 0,16 proporción de pacientes adultos hipertensos, según los últimos indicadores.

q= 1-p = 1 - 0.16 = 0.84

E= 0.05, error de estimación permisible

Reemplazando en la fórmula tenemos:

$$n = \frac{1915(3.84)(0.16)(0.84)}{0.05^2(1914) + 3.84(0.16)(0.84)} \quad n = 186$$

Criterios de inclusión:

Tener más de un año de diagnosticado. Ser adulto.

Estar presente en el centro de salud durante la aplicación de instrumentos y técnicas seleccionadas.

Estar dispuesto a colaborar con su participación en la investigación, con consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes hipertensos esenciales con otras enfermedades crónicas.

Pacientes con problemas físicos o mentales que impidan participar.

Pacientes que no deseen participar.

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.5.1. Tipos de técnicas e instrumentos

La técnica será una entrevista abierta semi-estructurada.

El protocolo de investigación, está constituido por tres partes:

La primera parte: Es un cuestionario de adherencia al tratamiento para casos de hipertensión arterial [CAT-HTA]; adherencia a los aspectos farmacológicos y adherencia a aspectos no farmacológicos, constituido por quince preguntas, con la ponderación correspondiente ⁽⁵¹⁾

La segunda parte: Sobre los factores relacionados (OMS) se utiliza una herramienta basada en un cuestionario preelaborado de preguntas cerradas y utilizado por Ocampo en diversas intervenciones comunitarias para medir los factores que influyen sobre la adherencia.

El instrumento tiene fundamento en los factores influyentes sobre la adherencia terapéutica definidos por la Organización Mundial de Salud y otros instrumentos previamente utilizados en investigaciones similares que se orientan a determinar conocimientos, creencias y prácticas sobre el cumplimiento.

El cuestionario está estructurado de una lista de 20 preguntas cerradas acerca de 5 dimensiones influyentes sobre la

adherencia o cumplimiento: Factores relacionados con los pacientes, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el personal de salud y factores socioeconómico y demográfico.

La tercera parte, es un Cuestionario (OMS), con 7 preguntas para estudiar los hábitos de vida, para determinar si son adecuados o no.

4.5.2 Procedimientos para la recolección de datos

El análisis de los datos se hará mediante cifras porcentuales, serán leídas al 95% de confiabilidad. Los resultados se presentarán en tablas estadísticas de una y doble entrada en datos porcentuales utilizando el programa de Microsoft office Excell.

4.5.3 Criterios de validez y confiabilidad de los instrumentos

El cuestionario validado por Varela Arévalo María, Ocampo y Padilla (53,54):

1. Cuestionario: Con 15 preguntas para medir el nivel de adherencia.
2. Cuestionario: Con 20 preguntas para estudiar los factores que influyen en la adherencia.
3. Cuestionario (OMS): Con 7 preguntas para estudiar los Hábitos de vida. Este protocolo ha sido debidamente validado. (Ver anexos 1,2 y 3)

4.5.4 Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la presente investigación se contemplaron los siguientes aspectos éticos:

El consentimiento informado: El consentimiento informado el cual contempla los objetivos de la investigación de las cuales se les dio a todos los participantes que voluntariamente aceptaron apoyarme en la tesis.

Los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de las personas se respetaron, al obtener la información obtenida. Así mismo se guardó la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes.

CAPITULO V

5. ANALISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Análisis de la investigación

Una vez obtenidos los datos, se utilizó un instrumento de investigación (cuestionario) que está constituido por tres partes, para después organizar y procesar los mismos con el programa Microsoft Excel, consolidándose en tablas de doble entrada, las cuales luego fueron interpretadas.

Para la confrontación de hipótesis se hizo de acuerdo a la estructura del instrumento y de las hipótesis formuladas, toda vez que es un estudio descriptivo, más no de asociación, aun cuando la tercera parte corresponde a factores asociados (OMS), pero tiene el valor de la comprobación en sí mismo.

5.2 Resultados de la investigación

Los resultados del estudio de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en Centro de Salud de Mórrope Lambayeque – 2016. Comprende tres partes:

1^{ra} Parte: (Cuestionario CAT- HTA) analiza aspectos sociodemográficos y de presión arterial, así como adherencia al tratamiento.

2^{ra} Parte: Factores que influyen en la adherencia (OMS), estructurada en 5 dimensiones o factores:

- a. Factores Relacionados con el paciente
- b. Factores Relacionados con la enfermedad
- c. Factores Relacionados con el tratamiento
- d. Percepción del trato del personal de salud
- e. Factores socioeconómicos y demográficos

3^{ra} Parte: Hábitos de vida

Tabla n°1

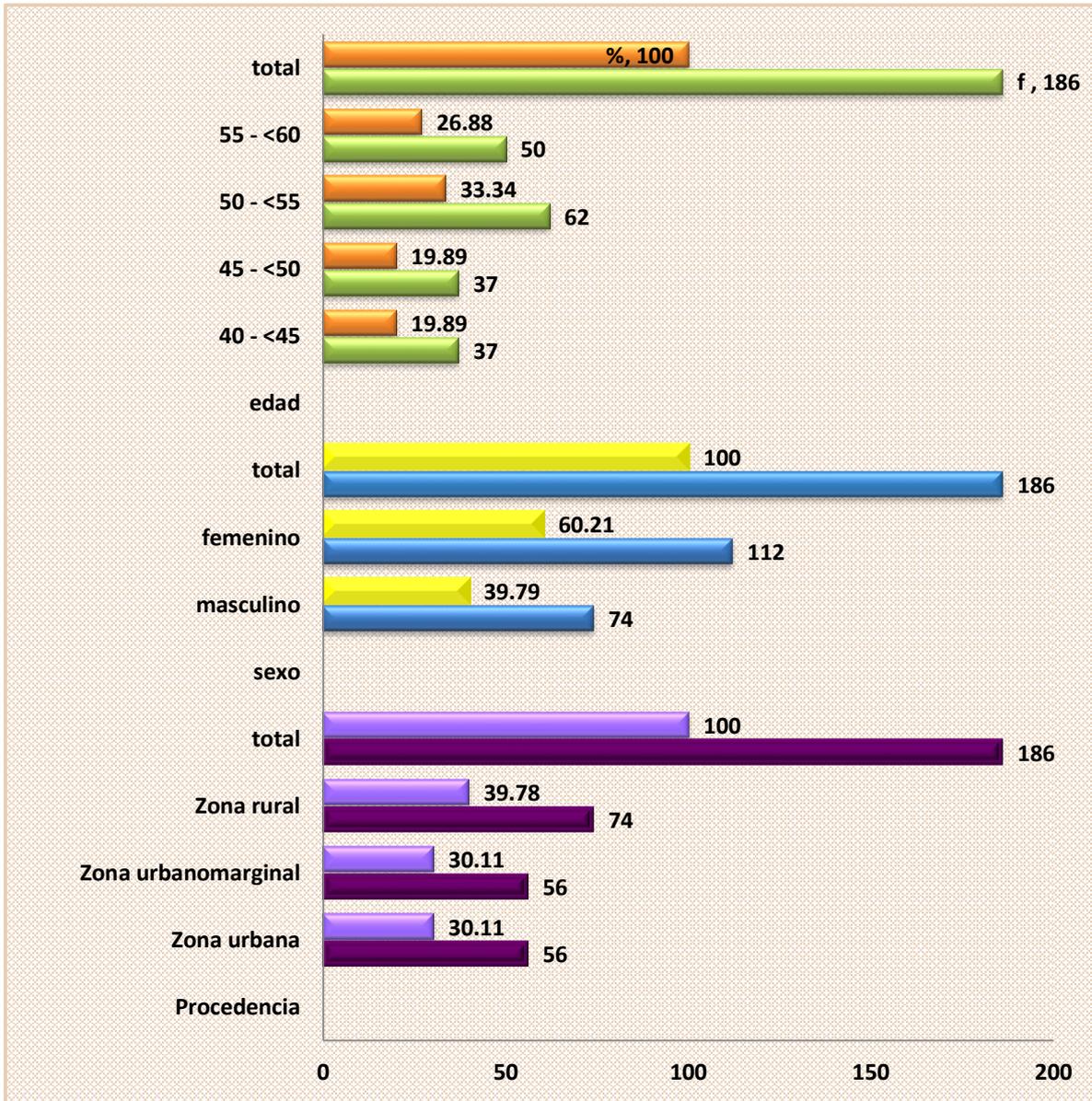
**Pacientes hipertensos adultos atendidos en Centro de Salud de
Mórrope Lambayeque – 2016, según datos sociodemográficos**

ITEM	f	%
Procedencia		
Zona urbana	56	30.11
Zona urbanomarginal	56	30.11
Zona rural	74	39.78
total	186	100.00
Sexo		
Masculino	74	39.79
Femenino	112	60.21
Total	186	100.00
Edad		
40 - 45	37	19.89
45 - 50	37	19.89
50 - 55	62	33.34
55 - 60	50	26.88
total	186	100.00

Fuente: Cuestionario CAT–HTA a Pacientes Centro de Salud Mórrope.

Gráfico N°01

Pacientes hipertensos, según datos sociodemográficos



Fuente: Cuestionario CAT–HTA a Pacientes Centro de Salud Mórrope.

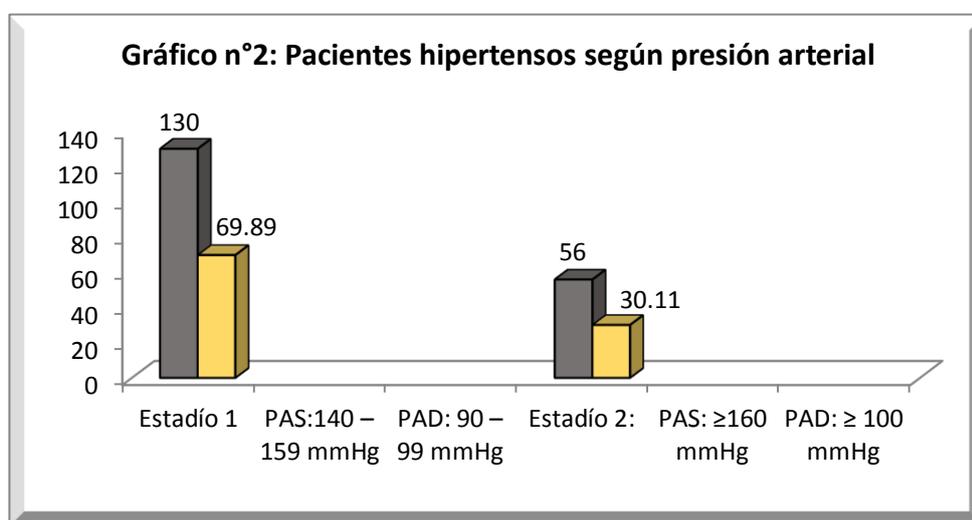
En la Tabla y gráfico N°1, el 39.78% (74) son de procedencia rural, el 30.11% (56) son de la zona urbano marginal y el 30.11% (56) son de procedencia urbana.

Según el sexo, el 60.21% (112) son de sexo femenino y 39.79% (74) masculino. En cuanto a la edad, la de mayor prevalencia fue entre las edades de 50 a 55 años (33.34%)

Tabla N°2
Pacientes hipertensos adultos atendidos en Centro de Salud de
Mórrope Lambayeque – 2016, según presión arterial.

ESTADÍOS (CATEGORÍA JNC-8*)	f	%
Estadio 1 PAS:140 – 159 mmHg PAD: 90 – 99 mmHg	130	69.89
Estadio 2: PAS: ≥160 mmHg PAD: ≥ 100 mmHg	56	30.11
TOTAL	186	100.00

Fuente: Cuestionario CAT–HTA a Pacientes Centro Salud de Mórrope.



*Recomendaciones del JNC 8, las nuevas guías americanas sobre el manejo de la HTA. <http://es.slideshare.net/masaval/hta-jnc-8-en-español>.

La Tabla y Gráfico N°2, muestran el estadio en que se encuentran los pacientes hipertensos, el 69.89% (130 pacientes) se encuentran en estadio 1 y el 30.11% (56) en estadio 2.

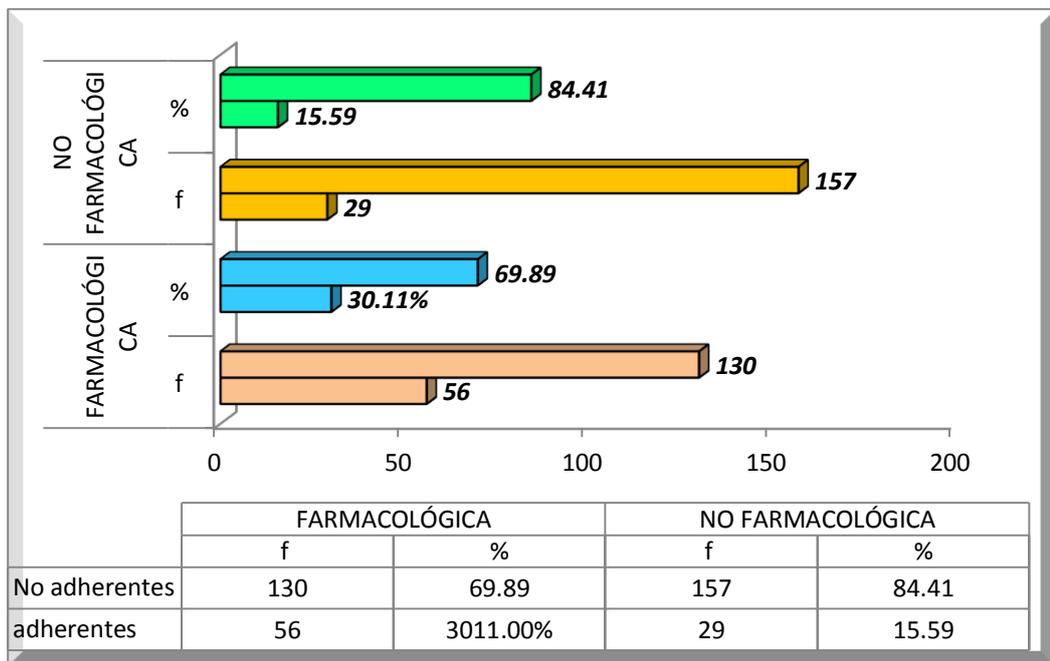
Tabla N°03

**Pacientes hipertensos adultos atendidos en centro de salud de Mórrope
Lambayeque – 2016, según adherencia terapéutica
Farmacológica y no Farmacológica**

ADHERENCIA	ADHERENCIA FARMACOLÓGICA		ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA	
	f	%	f	%
adherentes	56	30.11	29	15.59
No adherentes	130	69.89	157	84.41
total	186	100.00	186	100.00

Fuente: Base de datos de las respuestas valoradas de los pacientes hipertensos Centro Salud Mórrope según nivel de adherencia. Cuestionario CAT-HTA.

Gráfico N°3

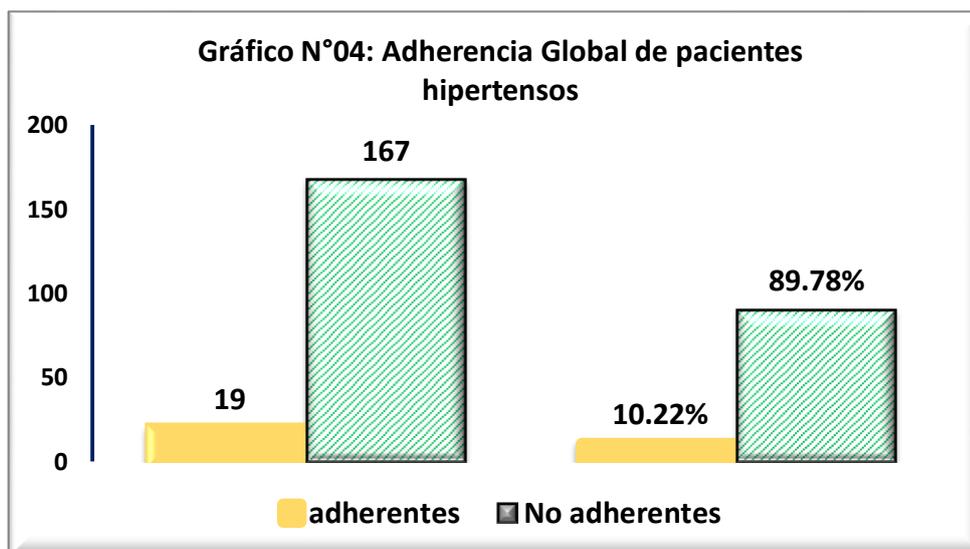


En la tabla y Gráfico N°3 el 69.89% (130), son no adherentes al tratamiento farmacológico, solo el 30.11% (56) son adherentes. En cuanto a la adherencia no farmacológica el 84.41% (157 pacientes) son no adherentes y el 15.59% (29) son adherentes.

Tabla N°4
Pacientes hipertensos adultos atendidos en centro de salud de Mórrope
Lambayeque – 2016, según adherencia global.

ADHERENCIA GLOBAL	f	%
adherentes	19	10.22
No adherentes	167	89.78
total	186	100.00

Fuente: Base de datos de las respuestas valoradas de los pacientes hipertensos Centro Salud Mórrope según nivel de adherencia. Cuestionario CAT-HTA.



En la tabla y gráfico N°4, el 89.78% (167) de los pacientes son no adherentes al tratamiento y solo el 10.22% (19) son adherentes al tratamiento.

Tabla n°5:

Distribución del impacto de los factores influyentes sobre la adherencia de acuerdo a las respuestas valoradas de los Pacientes (N=186) al test de factores influyentes (TFI). Centro de salud de Mórrope Lambayeque – 2016.

DIMENSIONES	Puntaje prom. De las resp. En cada factor.* (max. 20)	Impacto negativo por factor.**	Impacto negativo por cada factor**	% relativo del efecto de cada factor sobre la adherencia. ***
A. Factores relacionados con el paciente (entorno)	15	5	2790	22.39
B. Factores relacionados con la enfermedad	11	9	2046	16.42
C. Factores relacionados con el tratamiento	12	8	2232	17.91
D. Percepción del trato del personal de salud	16	4	2976	23.88
E. Influencia de los factores socioeconómicos y demográficos	13	7	2418	19.40
Puntaje promedio total	67	33	12, 462	100.00

Fuente: Cuadro de distribución de las respuestas valoradas de los pacientes con respecto a los factores que más afecta sobre su adherencia al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

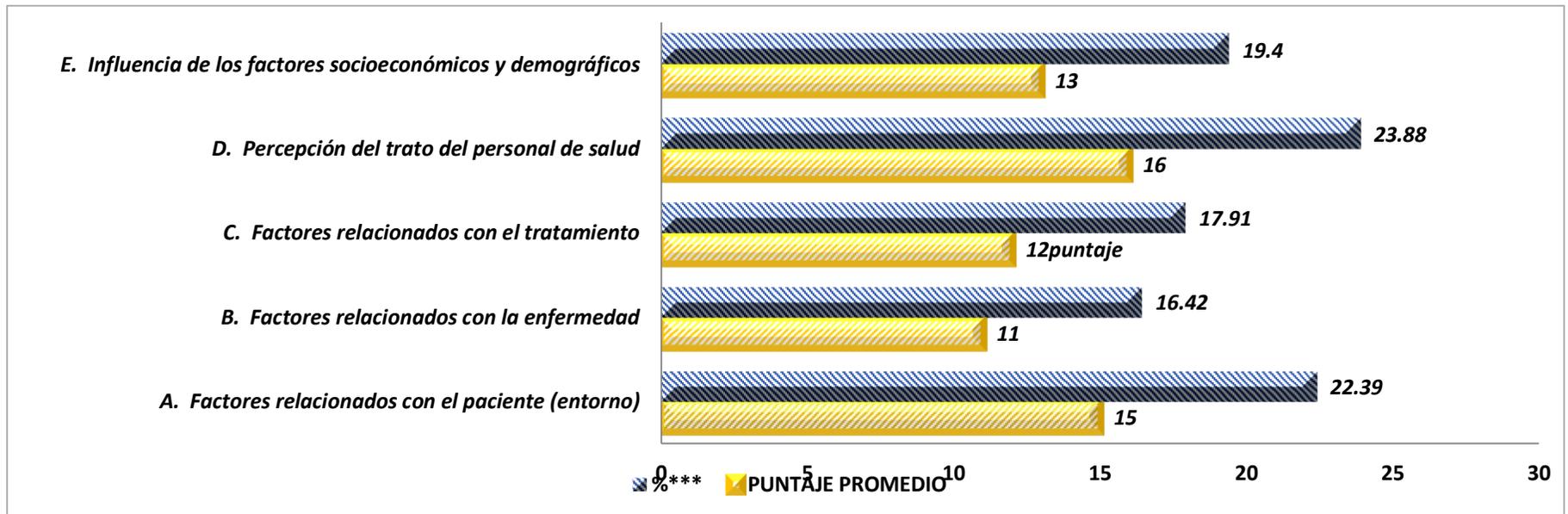
* El puntaje promedio de las respuestas en cada factor representa el valor promedio alcanzado por los pacientes en cada factor de un máximo de 20. El mayor promedio está asociado con los factores que no afectan la adherencia al tratamiento. Lo inverso sucede con el factor que alcanzó el menor valor.

** El impacto negativo es el puntaje por cada factor, que falta para alcanzar el puntaje ideal. Mientras más puntaje falte para alcanzar el puntaje ideal, más negativo el factor para la adherencia.

*** El porcentaje relativo del efecto de cada factor sobre la No adherencia. El menor porcentaje representa mayor efecto negativo sobre la NO adherencia.

Gráfico N°05

Impacto de los factores influyentes sobre la adherencia en pacientes hipertensos



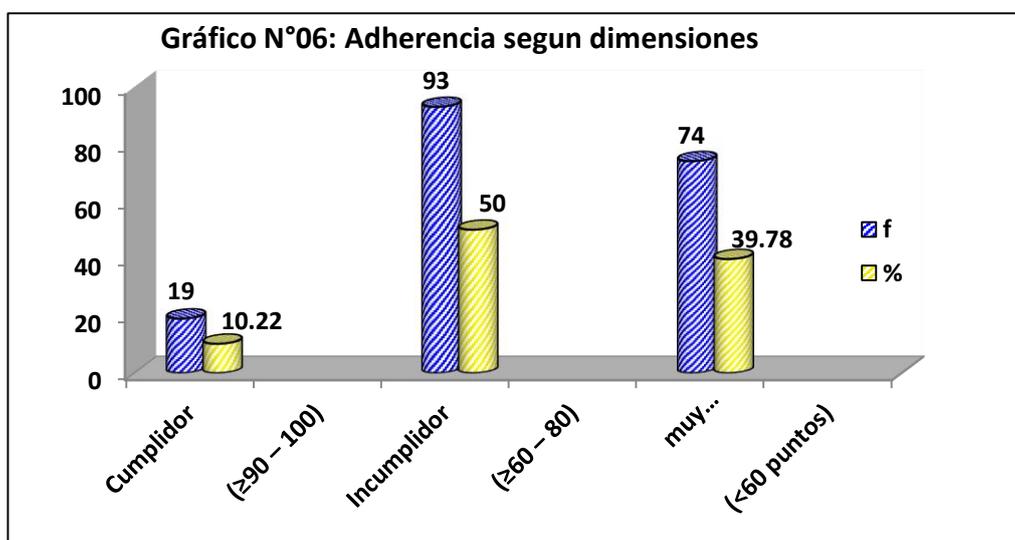
Fuente: Cuadro de distribución de las respuestas valoradas de los pacientes con respecto a los factores que más afecta sobre su adherencia al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

En la tabla y gráfico N°05: los grupos que tuvieron mayor impacto negativo sobre el cumplimiento terapéutico fueron los que están dentro de los factores: relacionados con la enfermedad (9 puntos), dando como resultado el puntaje más bajo en relación a sus respuestas emitidas, seguido de factores relacionados con el tratamiento (8 puntos) y los factores socioeconómicos y demográficos (7 puntos)

Tabla N°6
Pacientes hipertensos adultos atendidos en centro de salud de Mórrope
Lambayeque – 2016, según nivel de Adherencia por factores.

Nivel de Adherencia	f	%
Cumplidor ($\geq 90 - 100$)	19	10.22
Ligeramente cumplidor ($\geq 80 - 90$)	-	-
Incumplidor ($\geq 60 - 80$)	93	50.00
Muy incumplidor (< 60 puntos)	74	39.78
Total	186	100.00

Fuente: Cuadro de distribución de las respuestas valoradas de los pacientes Centro Salud Mórrope con respecto a los factores que más afectan sobre su adherencia al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

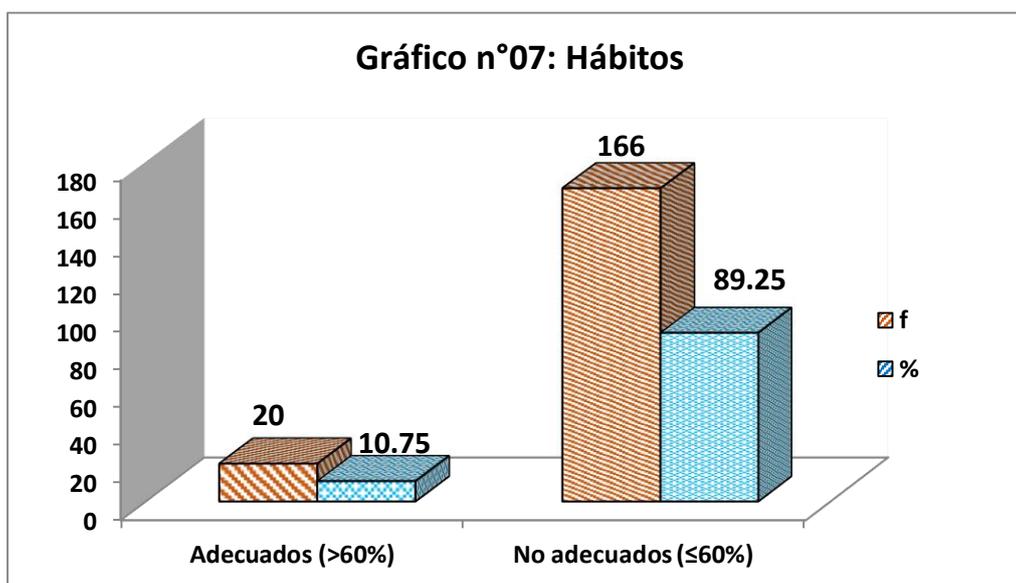


En la tabla y gráfico N°06: Muestra la categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas valoradas de los pacientes al Test de Factores Influyentes (TFI), el 50% (93) de los pacientes están en el nivel de incumplidor, el 39.78% (74) están en el nivel de muy incumplidor y el 10.22% (19) están en el nivel de cumplidor.

Tabla N°7
Pacientes hipertensos adultos atendidos en centro de salud de
Mórrope Lambayeque – 2016, según los hábitos de vida.

HÁBITOS DE VIDA	f	%
Adecuados (>60%)	20	10.75
No adecuados (≤60%)	166	89.25
total	186	100.00

Fuente: Cuestionario CAT–HTA de Pacientes Centro Salud Mórrope,



En la tabla y gráfico N°07: El 89.25% (166) de los pacientes tienen hábitos inadecuados y el 10.75% (20) tienen hábitos adecuados.

5.3 Contrastación de hipótesis.

Hipótesis General:

El nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope-Lambayeque 2016, es no adherente e incumplidor.

Para contrastar las hipótesis del presente estudio se utilizó el manual de escalas de calificación del CAT-HTA. ^(50,51 y 5) considerando la siguiente ponderación.

	PREGUNTAS	PESO	Puntaje Mínimo Y máximo	NIVELES	
				No adherente	adherente
Factor 1: Adherencia a aspectos farmacológicos	1,2,3,4,5	0.6	3 - 12	3 - 10	10.1 - 12
Factor 2: Adherencia a aspectos no farmacológicos	6,7,8,9,10,11,12,13,14,15	0.4	4 – 16.8	4 - 14	14.1 – 16.8
Puntaje total de adherencia al tratamiento			7 – 28.8	7 - 25	25.1 – 28.8

Hipótesis Específica:

En cuanto a los factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope- Lambayeque 2016, se contrastó con la siguiente ponderación.

N° de pregunta por test	Puntajes por pregunta	Puntaje alcanzables	Rangos de puntajes	Categorización por paciente
20	5	100	≥90 - 100	cumplidor
20	4	80	≥80 - 90	Ligeramente incumplidor
20	3	60	≥60 - 80	incumplidor
20	2	40	<60	Muy incumplidor
20	1	20		

En cuanto a los hábitos de vida se contrastó teniendo en cuenta la ponderación:

Son Adecuados: >60%

Son Inadecuados: ≤ 60%

5.4 Discusión de los resultados

La adherencia al tratamiento ha sido definida de diferentes formas, pero principalmente como el cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas. Con el transcurso de los años, se ha ido superando esta connotación reduccionista, otorgándosele cada vez más un papel activo al paciente. Asimismo, la adherencia a otros aspectos no-farmacológicos que hacen parte de los tratamientos (como la modificación de hábitos de vida, actividad física, el manejo de emociones etc., ha empezado a considerarse como importante.

En relación a la distribución de los pacientes según sexo, 74 son varones y 112 mujeres, resultados similares encontró Noack (9), el mayor número de personas hipertensas fue del sexo femenino. La mayoría son de zona rural 74 pacientes, 56 son de procedencia urbano marginal y 56 de zona urbana y la edad de mayor prevalencia fue de 50 a 55 años (Tabla y gráfico N°1)

Se estudiaron a 186 pacientes hipertensos, de los cuales, 130 pacientes (69.89%), en estadio 1 de hipertensión arterial y 56 pacientes (30.11%) están en estadio 2 (Tabla y gráfico N°2). Sin embargo cabe resaltar que todos son pacientes no continuadores a quienes se les ha tenido que

entrevistar fuera del Centro de Salud, aun cuando estaban registrados pero no seguían un control periódico permanente.

En relación a la adherencia al tratamiento, el 69.89% (130) pacientes adultos no son adherentes al tratamiento farmacológico y el 84.41% (157) son no adherentes al tratamiento no farmacológico (Tabla y Gráfico N° 3), resultados similares encontrados en el estudio de Ocampo (14), quien encontró una prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes de 89.59%. Díaz (15) encontró una prevalencia de pacientes hipertensos no adherentes de 82.29%.

Teniendo en cuenta la adherencia global, se encontró que 167 pacientes (89.78%) son no adherentes y 19 (10.22%) son adherentes, concluyendo que el nivel de adherencia terapéutica es bajo, (Tabla y gráfico N°4)

El impacto de los factores influyentes sobre la adherencia de acuerdo a las respuestas valoradas de los pacientes (n=20) al Test de Factores Influyentes (TFI), se observa que los grupos que tuvieron mayor impacto negativo sobre el cumplimiento terapéutico fueron los factores relacionados con la enfermedad (9), dando como resultado el puntaje más bajo en relación a sus respuestas emitidas, seguido de factores relacionados con el tratamiento (8) y los factores socioeconómicos y demográficos (7) (Tabla y grafico N°05). Resultados similares encontrados en la investigación de López (8) los factores más influyentes para la falta de adherencia son los relacionados con las actitudes del

paciente y con las características del tratamiento (medicación, dieta y actividad física). Sin embargo, Ocampo (14), encontró que los factores negativos que más influyen para la no adherencia son aquellos asociados con las dimensiones relacionadas con la percepción de la calidad de los servicios de salud. La torre (19), encontró un impacto negativo mayor en la dimensión que corresponde a las condiciones socioeconómicas y demográficas, el factor relacionado con el paciente y el trato del personal de salud.

La categorización de los pacientes según sus características de adherencia de acuerdo a las respuestas valoradas de los pacientes al Test de Factores Influyentes (TFI), el 50% (93) de los pacientes están en el nivel de incumplidor, el 39.78% (74) están en el nivel de muy incumplidor y el 10.22% (19) están en el nivel de cumplidor. Si consideramos tanto a los pacientes incumplidores como a los muy incumplidores se evidencia que la mayoría tienen una adherencia por debajo de lo esperado es decir como incumplidores. (Tabla y grafico N°06)

Según los hábitos de vida, el 89.25% (166) de los pacientes tienen hábitos inadecuados y el 10.75% (20) adecuados (tabla N°07 y gráfico N°07) o mejor dicho marcadamente inadecuados de manera muy notoria, en la alimentación, consumo de sal y aceites en exceso, falta de ejercicio físico, vida sedentaria, etc; coincidiendo con La Torre (19) quien encontró que la mayoría de su población estudiada tenía los hábitos inadecuados.

Se tiene una población de 186 pacientes hipertensos adultos, con mayor proporción en estadio 1 de hipertensión, con mayor prevalencia de no adherentes tanto al tratamiento terapéutico farmacológico como al tratamiento terapéutico no farmacológico, teniendo en cuenta este aspecto se evidenció una población no adherente al tratamiento terapéutico. Asimismo se sabe por los resultados que el factor relacionado con la enfermedad (9), es el de mayor impacto negativo sobre la adherencia y que en mayor proporción son incumplidores y muy incumplidores asociados a los hábitos inadecuados; por lo tanto el nivel de adherencia terapéutica es bajo.

CONCLUSIONES

1. El nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope-Lambayeque 2016, es no adherente e incumplidor.
2. El 39.78% de pacientes son de procedencia rural, el 30.11% son de procedencia urbano marginal y los otros 56 (30.11%) son de procedencia urbana. El 60.21% de los pacientes son de sexo femenino y el 39.79% son de sexo masculino. La mayor prevalencia fue entre las edades de 50 a 55 años.
3. El nivel de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope, es baja, el 69.89%(130) corresponden a pacientes no adherentes al tratamiento terapéutico farmacológico y 84.41%(157) pacientes no adherentes al tratamiento terapéutico no farmacológico.
4. Los factores que influyen en el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos adultos que tuvieron mayor impacto negativo fueron los relacionados con los factores de la enfermedad (9), factores relacionados con el tratamiento (8) y los factores socioeconómicos y demográficos (7), siendo los hábitos inadecuados los que continúan prevaleciendo.

RECOMENDACIONES

1. Promover la participación de los pacientes en la planificación del tratamiento y en la definición de las metas a lograr a fin de que sus prioridades, estilos de vida, recursos y posibles obstáculos en el cumplimiento del tratamiento sean tomados en cuenta.
2. Desarrollar investigaciones para implementar otros instrumentos y estrategias que puedan medir la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Sobre otras variables y diferentes técnicas de recojo de información como determinar los costos promedios de atención y medir la adherencia mediante métodos clínicos, etc.
3. Difusión por medios masivos de comunicación radial, periodística y televisiva de información sobre la enfermedad, para concientizar a la comunidad acerca de la hipertensión arterial y así colaborar en su prevención y control.
4. Desarrollar programas de consejería dirigidos a los pacientes hipertensos, con un enfoque integral.

Referencias de Información

1. Ordúñez García, Pedro, Pérez Flores, Enrique, Hospedales, James (2010) Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev Panam Salud Publica;28(4):311-318, oct. 2010. Retrieved from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989201000101.
2. De los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos. El séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, NIH Publicación 0352332003. Tomado desde www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf. El 30/01/11.
3. Agusti, C. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med Per. 23(2) 2006 69.
4. INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. 2014. Perú. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf.
5. MINSA Hipertensión arterial 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gov.pe/portada/Especiales/2015/hipertension/index.html>.
6. Fernández L., Guerrero L., Segura J. y Gorostidi M. Papel del personal de Enfermería en el control de la Hipertensión Arterial y en la investigación

cardiovascular. Hipertensión y riesgo cardiovascular. 2010; 27(Supl. 1): 41-52.

Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90003252&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=67&ty=138&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=67v27nSupl.1a90003252pdf001.pdf.

7. Piñaloza Galarza, Shosenka Gabriela. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de huachico de la ciudad de Ambato.
8. López E. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Hospital Pablo Arturo Suarez. 2013. Recuperado el 10 de Abril de 2014, disponible en :http://repositorio.puce.edu.ec/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=80&etal=-1&null=&starts_with=F.
9. Noack Karin, Cornejo-Contreras Guillermo , Noack Karl, Castillo Andrés. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012 (tesis). Disponible en: http://www.revistaanacem.cl/pdf/vol7/7.2-hipertensos_yungay.pdf
10. Zurera Delgado Inmaculada, Caballero Villarraso M^a Teresa, Ruíz García Margarita. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enferm Nefrol [Internet].2014 Dic

citado 2016 Mayo 31;17(14):251-260.Disponible
en:2884201400400003Ing-es.28842014000400003.

11. Peña Sainz de la Maza Jaione. Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao, España 2014. Disponible en: <http://academica.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11277/JaionePe%C3%B1aSainzdeLaMaza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

12. Coque Tutasig, Lucy del Consuelo. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo marzo del 2011 (tesis). DisponibleEn:<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3154/1/TESIS%20GRADUACION.pdf>.

13. Merino Lorena. Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Centro de Salud Puerta de Arnedo. España – Panplona. 2013. Disponible en:<http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7803/Master20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Lorena%20Merino.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Ocampo, R. Influencia de un Programa de Atención Farmacéutica sobre los valores de Hipertensión. Universidad Los Angeles de Chimbote. Línea de Investigación en Farmacia.

15. Díaz Gonzales, Bach Harold Herbertz, and Ericson Felix Castillo Saavedra. Grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud "Progreso" Chimbote junio–setiembre 2011." Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21822.pdf>.
16. Romero Sajami Marco Erick , Tanchiva Iñape Pedro Pablo. Adherencia al programa de tratamiento de hipertensión arterial primaria en adultos del CAP III-Metropolitano Iquitos–ESSALUD-año 2011. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/135/1/TESIS.pdf>.
17. Apaza Argollo Gaby Andrea. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de ESSALUD - Red Tacna febrero 2013. Tesis. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2
18. Moya, Luis : "Grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud Jerusalén. Distrito La Esperanza - Trujillo junio–agosto de 2011". (tesis).
19. La Torre Rubio J, Plasencia Montalvo J. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el hospital provincial Docente Belén de Lambayeque, abril-junio del 2013. (tesis). Repositorio UDCH.

20. De los Santos, F. Adherencia al tratamiento terapéutico y a la dieta en pacientes hipertensos del hospital II. ESSALUD, Chocope, La Libertad, agosto-octubre del 2014. (tesis). Repositorio UDCH.
21. Carrasco Niño Melina Yessenia. Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia de la Clínica Millenium, distrito Chiclayo. Departamento. Lambayeque. Septiembre – diciembre 2013, (tesis). Disponible en:
http://tesis.uladech.edu.pe/bitstream/handle/ULADECH_CATOLICA/210/U008-Repositorio-Tesis-Uladech-Catolica.pdf?sequence=1.
22. Chambergo Macalopú Walter Clavijo León Dafne Loli Cruz Jonathan Ramos Vásquez Shirley Tineo Rodríguez Liana Valera Medianero José Verona
23. Soto Víctor, Zavaleta Segundo, Bernilla José. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud, Chiclayo.
24. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2011.
25. Revista cubana de Salud Pública 30 n.4 Ciudad de la Habana Sep-Dic.2010. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008.

26. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas 2011
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
27. Márquez, E. Factores que influyen en el incumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden, Huelva, España.
Disponible en <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>.
28. Cruz Betancourt Anna, Martínez García Elizabeth, Lara Delgado Heber, Vargas Ramirez Liudmila, Pérez Pérez Abel. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. ccm [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Jun 08] ; 19(4): 656-667. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812015000400006&lng=es.
29. Granados G Roales N. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2007, 7, 3, 393-403.
30. Acosta G. Perez G. De la Noval G. Dueñas H. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev Cubana Enfermer 2005;21(3)
31. Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los

decisores. Ordúñez-García P, Campillo-Artero C, eds. Washington, D.C.: OPS; 2011.

32. Modelos y Teorías de Enfermería. Dirección Electrónica:

<http://teoriasalud.blogspot.pe/p/madeleine-leininger.html>.

33. Fernández L., Guerrero L., Segura J. y Gorostidi M. Papel del personal de Enfermería en el control de la Hipertensión Arterial y en la investigación cardiovascular. Hipertensión y riesgo cardiovascular. 2010; 27(Supl. 1): 41-Disponible

en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90003252&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=67&ty=138&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=67v27nSupl.1a90003252pdf001.pdf .

34. Gutiérrez J. Tratamiento de la hipertensión arterial: cambio de estilo de vida. Colombia Médica. 2011;32(2):99-102.

35. Sociedad Panameña de Cardiología por Baldomero Gonzales Castillo Mayo 2011. <http://cardiologiadepanama.org/pacientes/hipertension-arterial/>

36. Díaz, Mónica. ¿Cómo comenzar el tratamiento del paciente hipertenso?. Rev.argent. cardiol., Buenos Aires, 74,n. 4, agosto 2006. Disponible

en<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482006000400001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 09 jun. 2013.

37. Sanchez Chaparro MA, castells Bescos E. Alteraciones de tensión arterial. Afecciones médicas en fisioterapia. Universidad de Málaga. 2011;capitulo 40:433-447.

38. Grupo de expertos. Pacientes con hipertensión y riesgo cardiovascular. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario. SEFAC. 2011. Disponible en: <http://www.sefac.org>.

39. Pérula de Torres LA, Pulido Ortega L, Pérula de Torres C, González Lama J, Olaya Caro I, Ruiz Moral R. Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos mayores de 65 años polimedcados: resultados de un ensayo clínico controlado por cluster. Med Clin (Barc). 2014; 143:341-48.

40. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud 2013. Información general sobre la hipertensión arterial en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial;2003. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

41. Estilos de Vida. Salud. Perú. Hipertensión Arterial es la primera causa de Enfermedades Cardiovasculares. Peru.Com; 2013 [http://peru.com/estilo-de-vida/salud/peru hipertension arterial primera causa enfermedades cardiovasculares-noticia-139645](http://peru.com/estilo-de-vida/salud/peru-hipertension-arterial-primera-causa-enfermedades-cardiovasculares-noticia-139645).
42. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología. 2013; 66 (11): 880.e1-880.e64. Disponible en:
http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pdf001.pdf
43. Pinto, JL, Fernández de Cano N, Ollero M, Barragán B, Aliaga A, González M. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. Documento de Consenso. Adherencia y cumplimiento terapéutico. Consejo General de Enfermería. 2012.
44. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Consulta regional. Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores [Internet]. 2011 [Citado 16 octubre 2012]. Disponible en:
http://new.ops.org.bo/index.php?option=com_content&task=view&id=1391&Itemid=256

45. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2011 [Internet]. [Citado 10 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/countries/es/index.html>
46. Ayala N, Fernández A, Villegas O. Área de investigación seguro social Costarricense. Control de la hipertensión arterial en las personas atendidas en la caja Costarricense de seguro social [Internet]. 2010 [Citado 11 Octubre 2012]. Disponible en: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/EstudiosRealizados/DCSS_Control_HTA.pdf
47. Congreso de la Republica Ley General de Salud LEY N° 26842 <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>.
48. Ley del Trabajo de la Enfermera(o). Ley N° 27669. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/c_enfermeras/ley_de_trabajo_el_enfermero.pdf.
49. Congreso de la República .Ley 30021, Ley de promoción de la Alimentación saludable. Disponible en: <http://www4.congreso.gob.pe/pvp/leyes/ley30021.pdf>.
50. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir!. Aten Primaria [Internet] 2011 [Citado 17 octubre 2012]. Disponible en:

[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(11\)00249-6.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(11)00249-6.pdf) .

51. Cueva Laura E. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados en pacientes del C.E de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero 2011. Tesis de grado. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Perú. 2011 .

52. Información farmacoterapéutica de la Comarca (INFAC). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. IIBURUKIA. 2011; 19(1): 1-6. Disponible en : http://www.osanet.euskadi.net/r85cevime/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf.

53. Varela Arévalo María. Cuestionario de adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial (CAT-HTA). Grupo de investigación Salud y Calidad de Vida Pontificia Universidad Javeriana Cali – Colombia. 2011.

54. Padilla C. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM. TESIS para optar el grado de magíster en Salud Pública. UNMSM. Facultad de Medicina Humana. Junio 2007. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/padilla_cm/html/indexframeshtml. e15/11/10.

ANEXOS

ANEXO N°1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MARCO TEORICO	METODOLOGIA
<p>Nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el centro de salud de Mórrope. Lambayeque 2016</p>	<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el centro de salud de Mórrope. Lambayeque 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuáles son los datos sociodemográficos que caracterizan a los pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope. Lambayeque 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Caracterizar los factores sociodemográficos de los pacientes adultos hipertensos atendidos en el</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>El nivel de adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope-Lambayeque 2016, es bajo.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICAS</p> <p>Los datos sociodemográficos que caracterizan a los pacientes son la edad, la procedencia, sexo</p>	<p>ADHERENCIA TERAPEUTICA</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>1. Adherencia al tratamiento Farmacológico y no farmacológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Toma todos los medicamentos indicados por el médico para la presión arterial? - ¿Respeto los horarios para la toma de los medicamentos indicados estrictamente? - ¿Ingiere la dosis correcta de medicamentos indicados por el médico? - ¿Suspende el uso de medicamentos para la presión arterial cuando se siente bien con frecuencia? - ¿Asiste a las citas médicas en las fechas señaladas? - ¿Consulta a otros profesionales de la salud para el control de su enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> -Nivel de adherencia -Importancia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. -Factores que influyen en la adherencia. -Teorías de enfermería: Teoría de sistemas: Callista Roy 	<p>Investigación cuantitativa prospectivo</p> <p>Descriptivo</p> <p>Corte trnsversal</p>

	<p>de Mórrope-Lambayeque 2016?</p> <p>¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el centro de salud de Mórrope. Lambayeque 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores que influyen en el nivel de adherencia terapéutica de pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope. Lambayeque 2016?</p>	<p>Centro de Salud de Mórrope. Lambayeque 2016</p> <p>Conocer el nivel de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope. Lambayeque 2016.</p> <p>Identificar los factores que influyen en pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope. Lambayeque 2016</p>	<p>y presión arterial.</p> <p>El nivel de adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica en pacientes adultos hipertensos atendidos en el centro de salud de Mórrope-Lambayeque 2016, es bajo.</p> <p>Los factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope-Lambayeque 2016 son los relacionados con: los pacientes, la enfermedad, el tratamiento, el trato del personal de salud los socioeconómicos</p>		<p>siempre?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se controla la presión arterial fuera de la consulta médica con frecuencia? - ¿Realiza actividad física por costumbre todos los días? - ¿Hace ejercicios físicos distintos a sus actividades cotidianas siempre? - ¿Lleva una dieta baja en sal por régimen dietético? - ¿Evita las dietas con grasas, azúcares y harinas rigurosamente? - ¿Consume alimentos de alto contenido de potasio, come plátano, apio y frutos secos diariamente? - ¿Busca algún mecanismo para sentirse mejora cuando se siente enojado o angustiado frecuentemente? - ¿Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? - ¿Tiene el hábito de fumar todos los días? <p>2. Factores que influyen en la adherencia:</p> <p>a. Relacionados con el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los problemas del hogar le afectan siempre en la toma de 		
--	---	---	--	--	---	--	--

			<p>y demográficos, los hábitos de vida.</p>		<p>sus medicamentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Sus familiares y amigos le ayudan y motivan a tomar sus medicamentos en todo momento? - ¿Siempre guarda sus medicamentos para la hipertensión arterial cuidadosamente? - ¿Cumple su medicación con agrado? <p>b. Relacionados con la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Relaciona su enfermedad con algún castigo, daño o maldad? - ¿Considera siempre que la presión arterial alta es una enfermedad pasajera? - ¿Deja de cumplir las indicaciones médicas cuando se siente mejor? - ¿Conoce bien las complicaciones que trae la hipertensión arterial? <p>c. Relacionado con el tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Nunca deja de tomar sus medicamentos así se sienta que le cae mal? - ¿Únicamente toma sus medicamentos indicados por su médico? - ¿Toma sus 		
--	--	--	---	--	---	--	--

					<p>medicamentos sin sentirse aburrido ni cansado?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Lleva sus medicamentos siempre cuando viaja? <p>D. Relacionado con el personal de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Acude puntualmente a sus citas médicas en las fechas establecidas? - ¿Confía en su médico en todo momento? - ¿Siente que su médico se preocupa por Ud. siempre? - ¿Entiende las indicaciones sobre los medicamentos para la hipertensión correctamente? <p>E. Socioeconómicos y demográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Dispone siempre de dinero para adquirir los medicamentos? - ¿El trabajo le permite cumplir con su medicación correctamente? - Consigue sus medicamentos cerca a su domicilio con facilidad? - ¿Acude al establecimiento de salud con fácil accesibilidad? 	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>3.HABITOS DE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Consumes aceite al cocinar en todo momento? - ¿Utilizas la sal al cocinar siempre? - ¿Ingeres bebidas alcohólicas regularmente? - ¿Fuma cigarrillos o alguien en casa frecuentemente? - ¿Consumes café frecuentemente? - ¿Lleva un régimen dietético estricto? 	<p>La hipertensión Las causas Prevención Tratamiento Teorías de enfermería Teoría del autocuidado Descrito por Orem Modelo de promoción de la salud:Nola Pender</p>	
				<p>PACIENTES HIPERTENSOS</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>HIPERTENSION</p> <p>Estadio 1</p> <p>140 – 159mg/hg</p> <p>90 – 99mg/hg</p> <p>Estadio 2</p> <p>160 - ≥180mg/hg</p> <p>100- ≥110 mg/hg estadio</p>		

ANEXO N°02



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificado con DNI:.....Declaro que he leído la hoja informativa que me han entregado la Bachiller de la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. He recibido suficiente información sobre el Proyecto de investigación titulada: **NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS ATENDIDOS EN CENTRO DE SALUD DE MÓRROPE. LAMBAYEQUE 2016.**

El objetivo de la investigación es: Determinar el nivel de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en de pacientes hipertensos atendidos en centro de salud de Mórrope. Lambayeque 2016.

Respecto a mi participación me han explicado que consiste en responder un cuestionario de 30 preguntas en un tiempo aproximado de 10- 15 minutos, de forma anónima. Además me han instruido que la información recibida será confidencial y sólo con fines de estudio.

Manifiesto que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del ambiente cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones.

Declaro libremente mi conformidad para participar en el Proyecto investigación y autorizo la publicación de sus resultados.

Firma del participante de la investigación

ANEXO N°03

CUESTIONARIO CAT-HTA*

A continuación se presenta una serie de preguntas sobre lo que usted hace actualmente con respecto a su tratamiento para la hipertensión arterial. Escoja una sola respuesta para cada pregunta.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO: _____ DIRECCION: _____ ZONA: _____ FECHA
DE NACIMIENTO: _/___/____ EDAD: ___ ANOS TELEFONO DOMICILIO:
____ OTRO _____ PRESIÓN
ARTERIAL.....

II. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

1. ¿Se toma los medicamentos para la presión arterial que le formuló el médico?
 - a. Sí, me los tomo todos
 - b. Me tomo sólo alguno(s) de ellos
 - c. No me los tomo

2. toma los medicamentos para la presión arterial en los horarios que le indicó el médico?
 - a. Siempre me los tomo en los horarios indicados
 - b. Casi siempre me los tomo en los horarios indicados
 - c. Fallo frecuentemente con los horarios indicados
 - d. Siempre fallo con los horarios indicados

3. ¿Se toma los medicamentos para la presión arterial en las dosis que le indicó el

médico?

- a. Siempre me los tomo en las dosis indicadas
- b. Casi siempre me los tomo en las dosis indicadas
- c. Fallo frecuentemente con las dosis indicadas
- d. Siempre fallo con las dosis indicadas

4. ¿Cuándo se siente bien suspende los medicamentos para la presión arterial?

- a. Siempre que me siento bien los suspendo
- b. Algunas veces los suspendo cuando me siento bien
- c. No los suspendo nunca, aunque me sienta bien

5. ¿Asiste a las citas médicas que le da el médico?

- a. Siempre asisto a las citas médicas
- b. Casi siempre asisto a las citas médicas
- c. Falto frecuentemente a las citas médicas
- d. Siempre falto a las citas médicas.

6. ¿Consulta a otros profesionales de la salud para el control de su Enfermedad (por. ej. Psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.)?

- a. Con bastante frecuencia consulto con ellos
- b. Pocas veces consulto con ellos
- c. Nunca consulto con ellos

7. ¿Se toma la presión arterial fuera de la consulta médica?

- a. Con frecuencia me la tomo fuera de la consulta médica
- b. Pocas veces me la tomo fuera de la consulta médica
- c. Nunca me la tomo fuera de la consulta médica

8. ¿En sus actividades cotidianas realiza algún ejercicio físico (como caminar frecuentemente, subir escaleras, etc.)?
- a. Todos los días
 - b. La mayoría de días de la semana
 - c. Pocas veces a la semana
 - d. Nunca
9. ¿Hace ejercicio físico distinto al que le exige sus actividades cotidianas?
- a. Todos los días
 - b. La mayoría de días de la semana
 - c. Pocas veces a la semana
 - d. Nunca
10. ¿Sigue una dieta baja en sal?
- a. Todos los días
 - b. La mayoría de días de la semana
 - c. Pocas veces a la semana
 - d. Nunca
11. ¿Evita en su alimentación el consumo de grasas, azúcares y harinas?
- a. La mayoría de las veces las evito
 - b. Con bastante frecuencia las evito
 - c. Pocas veces las evito, aunque no muy seguido
 - d. Nunca las evito
12. ¿Procura consumir alimentos altos en potasio, como el plátano, apio y fruto secos?
- a. La mayoría de las veces los consumo

- b. Con bastante frecuencia
- c. Pocas veces los consumo, aunque no muy seguido
- d. Nunca los consumo

13. ¿Cuándo se siente enojado o angustiado, hace algo que le permita sentirse mejor (por ejemplo, desahogarse llorando, buscar a alguien para hablar, distraerse con alguna actividad, buscar el lado bueno de la situación, leer, meditar, etc.)?

- a. La mayoría de las veces hago algo que me hace sentir mejor
- b. Con bastante frecuencia hago algo que me hace sentir mejor
- c. A veces hago algo que me hace sentir mejor
- d. Nunca hago algo que me hace sentir mejor

14. ¿Toma bebidas alcohólicas?

- a. Varias veces en el día
- b. Una vez al día
- c. Por lo menos una vez a la semana
- d. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
- e. No tomo bebidas alcohólicas.

15. ¿Fuma?

- a. Varias veces en el día
- b. Una vez al día
- c. Por lo menos una vez a la semana
- d. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)

e. No fumo

PONDERACIÓN.

	PREGUNTAS	PESO	Puntaje Mínimo Y máximo	NIVELES	
				No adherente	adherente
Factor 1: Adherencia a aspectos farmacológicos	1,2,3,4,5	0.6	3 - 12	3 - 10	10.1 - 12
Factor 2: Adherencia a aspectos no farmacológicos	6,7,8,9,10,11, 12,13,14,15	0.4	4 – 16.8	4 - 14	14.1 – 16.8
Puntaje total de adherencia al tratamiento			7 – 28.8	7 - 25	25.1 – 28.8

*Cuestionario de adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial (CAT-HTA). Grupo de investigación Salud y Calidad de Vida Pontificia Universidad Javeriana Cali – Colombia. María Teresa Varela Arévalo-2011

(46)

III. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA (OMS)

A. FACTORES RELACIONADOS CON EI PACIENTE

1. Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos:
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
2. Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
3. Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
4. Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado:
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca

B. FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

5. Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo:
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
6. Piensa que la presión alta es una enfermedad pasajera:
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
7. Cuando se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas:
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
8. Conoce las complicaciones que puede traer la presión alta:
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca

C. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

9. Deja de tomar sus medicamentos porque siente que le cae mal:
 - a. Siempre
 - b. muchas veces
 - c. algunas veces
 - d. casi nunca
 - e. nunca
10. Alguna vez ha tomado usted otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión, sin la consulta previa con su médico:
 - a. muchas veces
 - b. algunas veces
 - c. casi nunca
 - d. nunca
11. Es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

12. Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

D. FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL DE SALUD:

13. Asiste puntualmente a sus citas con el médico:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

14. Confía usted en lo que el médico le dice y le recomienda tomar:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

15. Siente que el médico se preocupa por usted:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

16. Entiende las indicaciones del médico sobre los medicamentos que toma para la hipertensión

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

E. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS

17. Le alcanza el dinero para su medicación:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

18. Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

19. Cree usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

20. Cree usted que es difícil ir al establecimiento de salud:

a. Siempre b. muchas veces c. algunas veces d. casi nunca e. nunca

PONDERACIÓN

N° de pregunta por test	Puntajes por pregunta	Puntaje alcanzables	Rangos de puntajes	Categorización por paciente
20	5	100	≥90 - 100	cumplidor
20	4	80	≥80 - 90	Ligeramente incumplidor
20	3	60	≥60 - 80	incumplidor
20	2	40	<60	Muy incumplidor
20	1	20		

<u>HÁBITOS DE VIDA</u>	RESPUESTAS	
	no	si
1. Usa aceite al cocinar		
2. Usa sal al cocinar		
3. Consume alcohol		
4. Fuma cigarrillos o alguien en su casa		
5. Hace ejercicios		
6. Consume café		
7. Hace dieta		

Valoración-

Para las preguntas 1, 2, 3, 4 y 6 se consideran adecuadas cuando la respuesta es **NO:>60%** y es

SI: ≤ 60%.

Para las preguntas 5 y 7: Se considera adecuadas cuando la respuesta es **SI: >60%** y es **NO: ≤ 60**

Total:

Inadecuados: ≤ 60

Adecuados: > 60

*Ocampo, R .Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos. Informe de proyecto de línea en Atención Farmacéutica. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2010. ⁽⁶⁾

Padilla C. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM. TESIS para optar el grado de magíster en Salud Pública. UNMSM. Facultad de Medicina Humana. Junio 2007. Tomado de⁽⁵⁴⁾

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/padilla_cm/html/index-frames.html.⁽⁵⁾

ANEXO N°04



"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

SOLICITO: “Permiso para realización de Proyecto de investigación.

Dr. Edwin Lebert Fanzo Niquen. Gerente del CLAS-MORROPE.

Betty Ysabel Correa Rondán identificado con DNI N°16715787 con domicilio legal en Calle Antenor Orrego 807 –Chiclayo ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que como responsable del proyecto **“NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DE PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS ATENDIDOS EN CENTRO DE SALUD DE MÓRROPE. LAMBAYEQUE 2016”** solicito se me brinde el permiso correspondiente para poder realizar estudios de investigación científica en el Centro Materno Infantil teniendo como fin mejorar las condiciones de Calidad de atención en beneficio del paciente y familia como también al personal de enfermería. Se desarrollará en el año 2016 fecha en la que debe culminar dicho proyecto de investigación científica.

Por lo expuesto, agradeceré a usted acceder a lo solicitado.

Lambayeque Mayo del 2016

BETTY Y. CORREA RONDAN