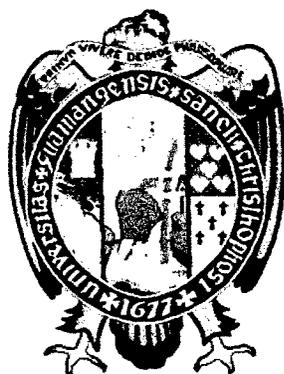


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHESIÓN AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN ADULTOS MAYORES
DEL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA- AYACUCHO, 2011.**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
ELVIS MANUEL ECHEVARRIA QUISPE**

SMITH CHÁVEZ HUAMANÍ

AYACUCHO - PERÚ

2012

A los productores de la ciencia y tecnología, porque de ellos en gran medida depende el progreso de los pueblos y el desarrollo de la humanidad.

Smith

A Dios por ser quien nos ilumina, a mi madre por brindarme la mejor herencia de obtener una carrera profesional basada en principios y valores y a mis demás familiares por su tolerancia y comprensión durante el proceso de mi aprendizaje.

Elvis

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por habernos acogido en el desarrollo de nuestras habilidades y competencias

A la Facultad de Enfermería, por formar nuestras habilidades y destrezas con bases científicas sólidas y con perfil ético en el desenvolvimiento de nuestra tan abnegada labor.

A la asesora: Mg. Lidia González Paucarhuanca, por sus, aportes y orientaciones durante el desarrollo de la presente investigación.

A todos lo docentes de la Facultad de Enfermería pues de ellos nos queda presentes sus enseñanzas.

A los pacientes del Hospital de ESSALUD Ayacucho por su apoyo en la aplicación de los instrumentos de recolección de datos en el presente trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: REVISIÓN DE LITERATURA	11
1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	11
1.2. BASE TEÓRICA – CIENTÍFICA	14
1.3. HIPÓTESIS	21
1.4. VARIABLES	21
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	23
2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	23
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	23
2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	23
2.5. ÁREA DE INVESTIGACIÓN	23
2.6. POBLACIÓN	23
2.7. MUESTRA	23
2.7.1. TAMAÑO DE MUESTRA	23
2.7.2. TIPO DE MUESTREO	
2.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
2.9. PROCEDIMIENTO	24
2.10. PROCESAMIENTO DE DATOS	25
2.11. PLAN DE PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	25
CAPÍTULO III: RESULTADOS	26
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXO	51

TITULO

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

Autores

CHAVEZ, S. y ECHEVARRIA, E.

RESUMEN

La adhesión al tratamiento antihipertensivo, es la medida como el paciente asume las normas o consejos dados por el personal de salud, en cuanto a los estilos de vida y al tratamiento farmacológico. La adhesión se expresa como el grado de conciencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el incumplimiento de los mismos por el paciente. La presente investigación tuvo por objetivo determinar los factores relacionados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga. Ayacucho, 2011. El diseño se enmarca en una investigación cuantitativa, aplicada, no experimental y transversal Correlacional. La población estuvo constituida por 300 (100%) adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Hospital II de EsSalud; mientras que la muestra, aleatoria simple, por 169 (56.3%) adultos mayores. Se utilizó como técnicas la entrevista y como instrumentos, la guía de entrevista y el test de Morisky – Green - Levine.

Los resultados de la investigación determinaron que, en el Hospital II EsSalud Huamanga, el 69,8% de adultos mayores no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 30,2% si logró esta adhesión. Contrastando la hipótesis se concluye que, los factores sociodemográficos como: grupo de edad entre 60 a 69 años, sexo masculino, nivel de instrucción primaria, soporte familiar inadecuado y contextuales como: esquema terapéutico de politerapia, presencia de alguna comorbilidad cardiovascular, efectos secundarios y tiempo de tratamiento mayor de 9 años están asociados con la no adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga ($p < 0,05$).

PALABRAS CLAVE: Adhesión, tratamiento antihipertensivo y adulto mayor.

TITLE:

FACTORS RELATED TO THE ACCESSION TO THE ELDERLY ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN HUAMANGA ESSALUD HOSPITAL. AYACUCHO, 2011.

Authors

CHAVEZ, S. y ECHEVARRIA, E.

ABSTRACT

Adherence to antihypertensive therapy is measured as the patient accepts the rules or advice given by health personnel, in terms of lifestyle and pharmacological treatment. Adherence is expressed as the level of awareness among the lines suggested by the professional and non-compliance by the patient themselves. The present investigation aimed to determine the factors associated with adherence to antihypertensive therapy in older adults treated at the Hospital EsSalud Huamanga Ayacucho, 2011. The design is part of a quantitative research, software, non-experimental and cross-correlation. The population consisted of 300 (100%) elderly Control Program of Hypertension EsSalud Hospital II, while the sample, simple random, by 169 (56.3%) older adults. Was used as interview techniques and instruments, the interview guide and test Morisky - Green - Levine.

The results of the investigation determined, in the Huamanga EsSalud Hospital II, 69.8% of older adults failed to adhere to antihypertensive treatment,

whereas, 30.2% if achieved this accession. Testing the hypothesis we conclude that sociodemographic factors such as age group 60 to 69 years, male gender, level of primary education, inadequate family support and contextual as therapeutic regimen of combination therapy, presence of any cardiovascular comorbidity, side effects and longer treatment time of 9 years are associated with non-adherence to antihypertensive therapy in older adults treated at the Hospital EsSalud Huamanga ($p < 0.05$).

KEYWORDS: Accession antihypertensive treatment and elderly.

INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor ha incrementado en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor. Según la Organización Mundial de la Salud, las personas mayores de 60 años representan el 10% de la población total del planeta, con variaciones significativas entre las diferentes regiones. Por ejemplo, en Europa la proporción de adultos mayores respecto a la población en general equivale al 20%. En América Latina y el Caribe, Cuba (13.8%) y Argentina (13.4%), constituyen las regiones con mayor número de adultos de la tercera edad (Consejo nacional de Población, 2005).

El envejecimiento de la población mundial incrementa, cada año, en una proporción de 2% en los adultos mayores. Si bien, el envejecimiento de la población se presenta en todo el planeta, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio demográfico. El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud de la población, pero se relaciona con tasas más elevadas de enfermedades

crónicas y degenerativas que afectan la calidad de vida del adulto mayor (Abreu, 2008).

Sin lugar a dudas, la hipertensión arterial es una enfermedad crónica con mayor incidencia en el adulto mayor y la falta de adhesión al tratamiento constituye uno de los problemas que ocasiona enfermedades cardiovasculares (Agámez, 2008).

La hipertensión arterial se encuentra distribuida indistintamente en todas las regiones del mundo y su prevalencia está asociada a factores de riesgo de orden económico, social, cultural, ambiental y étnico (Díaz, 2010).

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2004), la proporción de adultos mayores equivale al 7.5%. A nivel departamental, Ayacucho concentra el mayor porcentaje de adultos de la tercera edad (9.8%), seguido de Puno (9.6%) y Apurímac (9.4%).

La prevalencia de hipertensión arterial, en el ámbito nacional, varía según grupo de edad. En adultos entre 60 a 69 años asciende a 26.2% y en mayores de 69 años a 36.3%, lo que ha convertido a esta enfermedad no transmisible en un problema de salud pública apremiante. Por estrato geográfico, la prevalencia de hipertensión arterial, entre adultos de 60 a 69 años, corresponde a 30.9% en Lima Metropolitana, a 31.9% en el resto de la costa, 21.2% en la sierra y 25.6% en la selva. Entre adultos de 70 a más años, la prevalencia corresponde a 30.9% en Lima Metropolitana, a 31.9% en el resto de la costa, 21.2% en la sierra y 25.6% en la selva (INEI, 2010).

En la Región Ayacucho, se desconoce la prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta mayor y más aún sobre la adhesión al tratamiento. Según Lelly (2002), la adecuada adhesión al tratamiento reduce el riesgo de complicaciones innecesarias que suponen un aumento de gasto sanitario.

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adhesión terapéutica en pacientes hipertensos es sólo del 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. Lo peor, es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que aumenta la incidencia de la hipertensión, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad (Agámez, 2008).

La adhesión terapéutica es un proceso complejo que está influenciado por múltiples factores que ameritan investigación. Se deben tener en cuenta los factores socio-demográficos y contextuales, que la mayoría de las veces interfieren grandemente y no se les da la importancia que realmente ameritan.

En la literatura se emplean indistintamente dos términos para referirse a este fenómeno: el primero es el cumplimiento y el otro la adhesión. El empleo de la definición de cumplimiento ha recibido la crítica de algunos estudiosos, que la catalogan de unidimensional y reduccionista, al no considerar aspectos psicológicos y sobre todo motivacionales del paciente. El término adhesión es entendido como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el

fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general, el término adhesión se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta.

En cada sociedad existen personas, grupos de individuos o familias que presentan más posibilidades que otras, de no adherirse al tratamiento farmacológico por alguna patología. Se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. Por esta razón, un factor se define como cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores (socioeconómicos y demográficos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (Fernández, 2007).

Lelly (2002) considera que, al año, solo el 30% de pacientes se adhieren al tratamiento indicado; siendo las causas de la falta de adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial, la inadecuada interacción médico - paciente y la condición socioeconómica precaria de los adultos mayores.

En el Programa de Control de Hipertensión Arterial del Hospital II EsSalud Huamanga, se ha registrado 300 adultos mayores con hipertensión arterial quienes reciben tratamiento farmacológico (Unidad de Epidemiología, 2011). Los pacientes asegurados acceden en forma permanente y gratuita al tratamiento farmacológico antihipertensivo; sin embargo, se observa con frecuencia el incumplimiento del tratamiento farmacológico sobre todo en

adultos de sexo masculino, lo que genera enfermedades cardiovasculares, particularmente enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca congestiva y que aumenta significativamente el riesgo de enfermedad vascular cerebral.

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos pilares fundamentales. El primero, está orientado a los cambios en el estilo de vida como la adopción de un régimen dietético hiposódico, el incremento de la actividad física y disminución de peso. El segundo, hace referencia al tratamiento farmacológico que debe ser riguroso. Si bien, ambos tratamientos son coadyuvantes, la presente investigación se circunscribirá únicamente en la adherencia al tratamiento farmacológico y la determinación de los factores sociodemográficos y contextuales.

El problema de investigación fue: ¿Cuáles son los factores relacionados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga. Ayacucho, 2011?

El objetivo general estuvo enmarcado en los siguientes términos: Determinar los factores relacionados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga. Ayacucho, 2011; mientras que los específicos:

- a) Cuantificar a los adultos mayores hipertensos según adhesión al tratamiento en el Hospital EsSalud Huamanga.
- b) Identificar los factores sociodemográficos (grupo de edad, sexo, nivel de instrucción y soporte familiar) asociados con la adhesión al tratamiento

antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga.

- c) Identificar los factores contextuales (esquema terapéutico, comorbilidad cardiovascular, efectos secundarios y tiempo de tratamiento) asociados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga.

La hipótesis de investigación fue: El grupo de edad, sexo, nivel de instrucción, soporte familiar; esquema terapéutico, comorbilidad cardiovascular, efectos secundarios y tiempo de tratamiento son factores sociodemográficos y contextuales asociados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga.

El diseño se enmarca en una investigación cuantitativa, aplicada, no experimental y transversal Correlacional. La población estuvo constituida por 300 (100%) adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Hospital II de EsSalud; mientras que la muestra, aleatoria simple, por 169 (56.3%) adultos mayores. Se utilizó como técnicas la entrevista y como instrumentos, la guía de entrevista y el test de Morisky – Green - Levine.

Los resultados de la investigación determinaron que, de 169 adultos mayores con tratamiento antihipertensivo durante el año 2011, en el Hospital II EsSalud Huamanga, el 69,8% de adultos mayores no logró adherirse al tratamiento antihipertensivo; mientras que el 30,2% si logró esta adhesión.

Por otro lado los adultos mayores comprendidos en la edades de 60 a 69 años de edad están asociados con la no adhesión al tratamiento antihipertensivo dando como resultado un 54,4%; mientras que en las edades de 70 a 79 años muestran una no adhesión de 15,4%.

Según sexo del 100% (118) de Adultos mayores con hipertensión arterial con no adhesión al tratamiento antihipertensivo se obtuvo que el 47,9% es de sexo masculino y un 21,9% femenino; del 100%(51) de Adultos mayores con hipertensión arterial con adhesión al tratamiento antihipertensivo se obtuvo que el 6,5% es de sexo masculino y un 23,7% femenino.

Según soporte familiar del 100% (118) de Adultos mayores con hipertensión arterial con no adhesión al tratamiento antihipertensivo se obtuvo que el 53,3% cuenta con un soporte familiar inadecuado y un 16,5% fue adecuado; del 100%(51) de Adultos mayores con hipertensión arterial con adhesión al tratamiento antihipertensivo se obtuvo que el 7,1% no cuenta con soporte familiar adecuado y un 23,1% con soporte familiar adecuado

Contrastando la hipótesis se concluye que, los factores sociodemográficos como: grupo de edad entre 60 a 69 años, sexo masculino, nivel de instrucción primaria, soporte familiar inadecuado y contextuales como: esquema terapéutico de politerapia, presencia de alguna comorbilidad cardiovascular, efectos secundarios y tiempo de tratamiento mayor de 9 años están asociados con la no adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga ($p < 0,05$).

La adhesión de los pacientes al tratamiento farmacológico antihipertensivo es una problemática que atañe a todos los profesionales vinculados a la salud, puesto que el lograr la adhesión al tratamiento significa mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, lo cual es el propósito de nuestra labor.

Conocer al adulto mayor que no cumple con la prescripción indicada y los factores asociados permitirá diseñar estrategias individuales para garantizar la adecuada adhesión y prevenir complicaciones cardiovasculares. Del mismo modo, permitirá que los profesionales de salud intervengan sobre las barreras que dificultan la adecuada adhesión al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas es un problema de enorme magnitud en todas las áreas y niveles de atención. 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 la adhesión al tratamiento y evolución del estado de salud es extremadamente complejo. El no cumplimiento de tratamiento tiene un elevado costo social como económico y laboral.

La importancia de abordar la falta de adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico, psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tiene que ver con la calidad de atención, con la relación médico paciente, con el uso racional de los recursos y los

servicios de salud. De ahí que se convierte en un problema para la salud pública.

La presente investigación tiene la siguiente estructura: Introducción, presentación, análisis e interpretación de resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Vrijens (2008), en el estudio retrospectivo "Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories", en San Francisco, en una población de 4783 pacientes hipertensos que pertenecían a 21 ensayos clínicos de fase IV, que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo diario, determinó que: Luego de un año de tratamiento, casi la mitad de los pacientes lo había suspendido. El 2% de los participantes nunca lo comenzó; el 95% de los pacientes omitió, al menos una vez, la ingesta del medicamento por un día, y el 48% de los pacientes omitió el tratamiento farmacológico por más de 3 días. La adherencia disminuía los fines de semana y en verano, y era menor en los pacientes que no tenían un horario fijo para la toma de la medicación.

Granados (2007), en la investigación analítica-transversal “Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión”, en España, en una muestra de 163 pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, evaluando tanto la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, como la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico prescrito mediante el cuestionario, determinó que: Los resultados indican una fuerte asociación entre informes de creencias en forma de síntomas e informes de falta de adherencia. Se discute la importancia de estos datos por cuanto entre las variables asociadas a la ruptura de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos no se incluye la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, y la necesidad de incorporar su evaluación a los protocolos de control de la adherencia en esta enfermedad crónica.

Díaz (2010), en la investigación descriptiva “Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos en un Área de Salud del Municipio San Miguel del Padrón en Ciudad de La Habana”, en Cuba, sobre una muestra de 101 pacientes que se encontraban bajo tratamiento antihipertensivo con certificado médico registrado en la Farmacia Especial de Área de Salud, de la localidad de San Francisco de Paula, para lo cual se empleó el test de Morisky-Green-Levine, determinó: El 57% de la muestra resultó no adherente al tratamiento antihipertensivo. Se encontró dependencia entre las variables adherencia al tratamiento y el tipo de terapia.

Agámez (2008), en el estudio descriptivo transversal “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”, en Cuba, en

una población de 230 pacientes que no cumplieron o cumplieron parcialmente el tratamiento médico antihipertensivo de acuerdo con las orientaciones médicas, aplicando el cuestionario concluyó que: Se encontró que el sexo masculino adhirió menos (71,73%) que el femenino con (28,27%), que a mayor escolaridad menor adherencia (66,95%), al igual que la soledad con (63,91%), los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones, la terapia combinada (60%) dificultó la adherencia y la subvaloración de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más determinante de la no adherencia. En conclusión, se logró demostrar que factores como el sexo masculino, la escolaridad, la soledad, las terapias combinadas, la subvaloración de la enfermedad indujeron a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo.

Oliva (2009), en el estudio cualitativo de carácter fenomenológico “Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche”, en Chile, empleado un muestreo no probabilístico, de caso consecutivo en la población pehuenche, recolectando la información mediante entrevistas semiestructuradas, concluyó que: El análisis de los resultados es semántico estructural, indican que el problema de la adherencia en pacientes indígenas radica en que los fármacos son vistos como calmantes que no curan las causas de las enfermedades, debido a que éstas, en un contexto étnico, se encuentran en un plano físico, espiritual y religioso, desde un punto de vista cultural, mágico y religioso, y no en contextos clínicos e individuales. En conclusión, los pehuenches poseen problemas de adherencia farmacológica antihipertensiva, siendo definida como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de

medicamentos coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico. Sus tradiciones no definen a la hipertensión como una enfermedad válida e histórica, en consecuencia la farmacoterapia resulta suntuaria y dissociativa de ritos y tradiciones que mantienen viva su cultura. La farmacoterapia antihipertensiva es evaluada como un factor perjudicial a las instituciones tradicionales pehuenches.

Tapia (2006), en la investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal “Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten”, en Chile, empleando el Test de Morisky-Green-Levine, que consiste en un auto informe de los pacientes sobre adherencia terapéutica, el cual ha demostrado gran capacidad para predecir el control de la presión arterial, sobre una muestra de 144 pacientes, tomando un 95% de nivel de confianza y una prevalencia esperada de 40%, concluyó que: La adherencia al tratamiento antihipertensivo esta dada por múltiples causas, lo cual le otorga dinamismo e inestabilidad a este fenómeno. Esto último se relaciona directamente con la relevancia de este problema sanitario, ya que no permite establecer directrices fijas que nos orienten a mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos que se les otorgan, y así mismo controlar sus cifras de presión arterial.

Malpica y Heredia, (2006), Al realizar un estudio descriptivo y transversal en la consulta de Medicina Interna del Hospital Provincial “Manuel Ascunce Domenech” de Camagüey en Cuba, refiere que la distribución de los pacientes incumplidos al tratamiento antihipertensivo, según grupos de edades, predominaron los del grupo de 60-69 años, con un 60.71 %.

Barrón (1998) en la investigación realizada en México “Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso”, determinó que: Los pacientes con hipertensión arterial esencial perciben un deterioro importante en su calidad de vida, específicamente referido a fuerza física, al estado anímico y funcionamiento sexual, y que las estrategias educativas aplicadas al paciente favorecían el bienestar y la sensación de una mejor calidad de vida.

Bendezú y Zanabio (2006), en la investigación “Calidad de vida de los adultos con hipertensión arterial esencial atendidos en el Hospital Tipo II EsSalud Huamanga”, en Ayacucho, determinó que: El 11.9% de adultos con hipertensión arterial esencial y que llevan un régimen terapéutico irregular poseen calidad de vida mala. La prueba estadística Chi cuadrado indica que la regularidad al tratamiento influye significativamente en la calidad de vida de los pacientes hipertensos ($p < 0.01$), estableciéndose una correlación baja ($C = 0.234$) que indica: “A mayor incumplimiento del tratamiento prescrito es menor la calidad de vida de los pacientes”.

1.2. BASE TEÓRICA – CIENTÍFICA

1.2.1. ADULTO MAYOR

MINDES (2006) En el año 1948 la organización mundial de la salud establece el uso del término “adulto mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronte, entre otras.

En los países en desarrollo, la organización panamericana de la salud considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

MINDES (2006). Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socioeconómicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etáreo.

Valor (2011). Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra definición hace referencia a la edad en años y considera como adulto mayor a las personas que han alcanzado una edad igual o superior de 60 años

1.2.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.2.2.1. DEFINICIÓN

MINSA (2005). La hipertensión arterial se define operativamente como una presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg y/o una presión arterial

diastólica igual o mayor a 90 mmHg, medidas en al menos dos visitas diferentes, en óptimas condiciones, en un período máximo de dos meses.

La hipertensión arterial (HTA) no sólo puede ser definida como una condición clínica de cifras elevadas de presión arterial (PA), sino como un síndrome que incluye alteraciones clínicas, hemodinámicas, tróficas y metabólicas.

1.2.1.2. TIPOS

A) HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA:

No hay una causa definida. Hay múltiples factores involucrados y un importante componente genético (familiar).

B) HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA:

La hipertensión ocurre como manifestación de una enfermedad conocida o por medicamentos con marcada acción hipertensiva (MINSA, 2005):

- Enfermedades renales y del tracto urinario: pielonefritis crónica, glomerulonefritis, riñón poliquístico, tumores productores de renina.
- Hipertensión renovascular (obstrucción de arterias renales unilateral o bilateral).
- Coartación de aorta.
- Enfermedades endocrinas: Acromegalia, hipo e hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, tumor carcinoide.

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Apnea del sueño.
- Medicamentos: anticonceptivos orales, corticosteroides, agentes vasoconstrictores, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, anfetaminas, AINES, ciclosporina, eritropoyetina.
- MINSA (2005). Otros: enfermedad de Paget óseo, enfermedades del SNC (con hipertensión intracraneal), estrés agudo (cirugías, quemaduras, post-resucitación, pancreatitis, hiperventilación psicógena).

1.2.2.3. CLASIFICACIÓN

TENSIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre hipertensión	120 – 139	80 – 89
Hipertensión grado 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensión grado 2	≥ 160	≥ 100

Fuente: MINSA, 2005.

1.2.2.4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Datos de excelentes ensayos clínicos han probado que la reducción en la presión arterial con varias clases de fármacos incluyendo inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA), betabloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio (BCC) y diuréticos tipo tiazidas reducen las complicaciones de la hipertensión.

MINSA (2005). Además de la terapia antihipertensiva se ha recomendado el uso de agentes antiplaquetarios como el ácido acetil salicílico (aspirina) a bajas dosis (75 a 100 mg/día) en la prevención secundaria de pacientes con cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular. En prevención primaria la aspirina puede ser usada en pacientes hipertensos con diabetes tipo 2 y probablemente también sea beneficioso en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular alto siempre que su hipertensión arterial esté bien controlada

1.2.3. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

HIBRE (1998). La adherencia es la medida como el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilos de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico, expresándose como el grado de conciencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el incumplimiento de los mismos por el paciente (prevalencia de la hipertensión arterial adhesión al tratamiento en adultos mayores).

El término adhesión se aplica al grado de cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, concreción de cambios en estilos de vida, etc. Numerosos autores proponen el uso del término adhesión en lugar de "compliance" pues este sugiere una actitud de pasividad en un paciente que sigue fielmente las indicaciones del personal de salud.

El concepto de adhesión 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 (Mann, 1993). Comprende varios aspectos:

- La planificación y mantenimiento de un tratamiento.
- La concurrencia a las consultas de control.
- El uso correcto de la medicación prescrita.
- La concreción de los cambios de estilo de vida requeridos (por ejemplo: dieta, ejercicio y abandono de hábitos nocivos).
- La evitación de conductas contraindicadas (por ejemplo: no usar alcohol con sedantes).

1.2.4. TIPOS DE ADHESIÓN TERAPÉUTICA

- **Adhesión parcial:** Cuando el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- **Adhesión esporádica:** Cuando el individuo incumple en forma ocasional, generalmente en ancianos que olvidaron o toman menos dosis por miedo a los efectos adversos.
- **Adhesión secuencial:** Cuando el tratamiento se dejan durante periodos de tiempo en los que se encuentran bien pero lo restaura cuando aparece los síntomas.
- **Adhesión completa:** Cuando existe un cumplimiento estricto del tratamiento farmacológico (Sánchez, 1998).

1.2.5. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS citado por Tapia, 2006), en su informe de Adherencia a los tratamientos a largo plazo, nos da un esquema oficial de los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre los que se cuentan:

1.2.5.1. Factores Sociodemográficos: son referidos a los parámetros económicos, sociales, políticos, culturales, densidad poblacional, edad, sexo y ocupación.

- **Factor Socioeconómico:** Dentro de los factores que influyen en la adherencia, este se define como un factor independiente, sin embargo, en países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir, como ocurre en Chile, donde el arsenal farmacológico es limitado en clases de medicamentos, formas de presentación y atributos propios de fármacos de última generación. Otros factores socioeconómicos incluyen la cesantía, analfabetismo, bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo, el costo elevado de algunos medicamentos, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- **Factor Demográfico:** Un factor importante es el demográfico, en el que se destaca la población adulto mayor, que desde el

punto de vista epidemiológico, representa un vuelco desde los accidentes y enfermedades neoplásicas como causa de morbimortalidad a enfermedades principalmente cardiovasculares. Se estima que aproximadamente un 50% del total de prescripciones farmacológicas están dirigidas a este grupo etéreo, a pesar de representar cerca del 12 a 18% de la población mundial, fenómeno del cual Chile no se excluye, con un 10.63% de su población total.

1.2.5.2. Factores contextuales: Constituyen el trasfondo total de una persona y su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en su condición humana y de salud.

- **Factores relacionados con la enfermedad:** Las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo, influyen en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La presencia de síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión, gravedad de la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos, repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y en la importancia que le otorgan al seguimiento.
- **Factores relacionados con el tratamiento:** Son múltiples las implicancias vinculadas a este, como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales (Sabate, 2004).

- **Factores relacionados con el paciente:** Estos representan los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica.

1.2.5.3. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: Aunque se han realizado pocos estudios al respecto, está comprobado que una buena relación proveedor - paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento.

1.3. HIPÓTESIS

H₀ : El grupo de edad, sexo, nivel de instrucción, soporte familiar; esquema terapéutico, comorbilidad cardiovascular, efectos secundarios y tiempo de tratamiento no son factores sociodemográficos y contextuales asociados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga.

H_i : El grupo de edad, sexo, nivel de instrucción, soporte familiar; esquema terapéutico, comorbilidad cardiovascular, efectos secundarios y tiempo de tratamiento son factores sociodemográficos y contextuales asociados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga.

1.4. VARIABLES

1.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Factores.	Socio – demográficos.	Grupo de edad.	Intervalo: 60 – 69 años. 70 – 79 años.
		Sexo.	Nominal: Masculino. Femenino.
		Nivel de instrucción.	Ordinal: Primaria. Secundaria. Superior.
		Soporte familiar.	Nominal: Adecuado. Inadecuado.
		Esquema terapéutico.	Nominal: Monoterapia (un solo medicamento).

	Contextuales.		Politerapia (Más de un medicamento).
		Comorbilidad cardiovascular.	Nominal: Sí. - Diabetes mellitus. - Dislipidemia. No.
		Efectos secundarios.	Nominal: Sí. No.
		Tiempo de tratamiento.	Intervalo: < 1 - 4 años. 5 - 9 años. >9 años.

1.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Adhesión al tratamiento antihipertensivo.	Olvido. Descuido. Sensación de mejoría. Sensación de malestar.	Puntaje global al test de Morisky - Green - Levine.	Adherente (0). No adherente (1 - 4).

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Factores	Son aquellos elementos que pueden condicionar una determinada situación.	Son las características sociodemográficas y contextuales del adulto mayor.	Socio - demográficos	Grupo de edad: 60 – 69 años. 70 – 79 años.	Intervalo
				Sexo: Masculino. Femenino.	Nominal.
				Nivel de instrucción: Primaria. Secundaria. Superior.	Ordinal.
				Soporte familiar: Adecuado. Inadecuado.	Nominal.
			Contextuales	Esquema terapéutico: Monoterapia (un solo medicamento). Politerapia (Más de un medicamento).	Nominal.
				Comorbilidad cardiovascular :	Nominal.

				Sí. - Diabetes mellitus. - Dislipidemia. No.	
				Efectos secundarios: Sí. No.	Nominal.
				Tiempo de tratamiento: < 1 - 4 años. 5 – 9 años. >9 años.	Intervalo
Adhesión al tratamiento antihipertensivo	La adherencia es la medida como el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilos de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico.	Se considera adherente al adulto mayor que responde "no" a las cuatro preguntas del test de morisky – Green - levine.	Olvido	Adherente (0). No adherente (1 - 4).	Nominal.
			Descuido		
			Sensación de mejoría		
			Sensación de malestar		

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, porque incrementa y facilita la comprensión del universo al que pertenece el punto de estudio.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo, por que está relacionado a aspectos de salud dando aportes a la práctica.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo - Correlacional, por que estudia el Nivel o grado de relación entre las variables.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental transversal, porque los instrumentos fueron aplicados en una sola oportunidad.

2.5. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El Hospital II EsSalud Huamanga, ubicado en la Avenida Venezuela s/n del distrito de San Juan Bautista de la Región Ayacucho.

2.6. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 300 (100%) adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Hospital II EsSalud Huamanga.

2.6.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores con tratamiento antihipertensivo atendidos en el Hospital de EsSalud Huamanga.
- Adultos mayores con tratamiento antihipertensivo que acepten participar en la investigación.

2.6.2. CRITERIO DE EXCLUSION.

- Adultos mayores con tratamiento antihipertensivo que no aceptaron participar en la investigación.
- Adultos mayores hipertensos que dependen de otras personas para cumplir con el tratamiento antihipertensivo.

2.7. MUESTRA

2.7.1. TAMAÑO DE MUESTRA

Estuvo constituida por 169 (56.3%) adultos mayores del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Hospital II EsSalud Huamanga, determinada a través de la siguiente fórmula estadística:

$$n \geq NZ_{\alpha/2}^2 pq / \{ e^2 N + [Z_{\alpha/2}^2 pq] \}$$

Donde:

n: Tamaño mínimo de muestra.

Z: Es el nivel de confianza al 95% (1.96).

P: Es la variabilidad positiva (0.50)

Q: Es la variabilidad negativa (0.50)

N: Es el tamaño de la población (300).

E: Es la precisión o el error (0.05).

2.7.2. TIPO DE MUESTREO

Probabilístico aleatorio simple.

2.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la entrevista; mientras que los instrumentos fueron la guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine.

2.9. PROCEDIMIENTO

Previa Autorización y carta de presentación del Decano de la Facultad de Enfermería, se solicitó autorización a la Dirección del Hospital II EsSalud Huamanga, para el acopio de datos. Del mismo modo, se realizaron las coordinaciones con la Coordinadora del Programa del Adulto Mayor para conformar la muestra y elaborar un cronograma de recolección de datos.

Los instrumentos fueron aplicados en forma personal y anónima previo consentimiento informado.

2.10. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 19,0.

2.11. PLAN DE PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos de simple o doble entrada según sea el caso, cada una de ellas con sus respectivas interpretaciones y se determinará las conclusiones de la investigación. El tratamiento estadístico fue descriptivo e inferencial mediante la utilización del paquete estadístico SPSS versión 19,0. El estadígrafo de contraste de hipótesis fue la prueba Chi Cuadrado de Pearson.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo contiene información referida al procesamiento estadístico de datos, en distribución de frecuencias y cuadros de contingencia de acuerdo a los objetivos previstos.

TABLA N° 01

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	N°	%
Sí	51	30,2
No	118	69,8
TOTAL	169	100,0

Fuente: Test de Morisky - Green - Levine. Noviembre – Diciembre 2011.

En el presente cuadro se observa que, del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Hospital de EsSalud Huamanga en el año 2011, por desagregado el 69,8% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, el 30,2% si logró esta adhesión.

Ingaramo (2005), reporta que: “En el estudio nacional sobre adherencia al tratamiento “(ENSAT), en Argentina, estima en un 50% el número de pacientes que abandonan o modifican la terapia antihipertensiva.

Tapia (2006), en la investigación “Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten”, en Chile determinó que es predominantemente no adherente al tratamiento farmacológico, con un 55.9 %; mientras que solo un 44.1% se considera adherente.

Díaz (2010), en la investigación "Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos en una Área de Salud del Municipio San Miguel del Padrón en Ciudad de La Habana.", determinó que el 57% de la muestra resultó no adherente al tratamiento antihipertensivo.

Carhuallanqui (2010), en la investigación "Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General", en Lima, concluyó que la tasa de no adhesión al tratamiento farmacológico fue similar a otros estudios realizados en Latinoamérica, que muestran cifras que oscilan de 48 a 63%.

Arana (2001), en el estudio "Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray – EsSalud", en Trujillo, reportó una tasa de adhesión al tratamiento antihipertensivo de 54%; mientras que, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, de Lima, fue de 63%.

Los resultados obtenidos son similares a Tapia (2006), Díaz (2010) y Carhuallanqui (2010) porque la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo es un problema prevalente en el ámbito internacional, nacional y regional. En la muestra del estudio, 7 de cada 10 pacientes no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo, hallazgos similares a las referencias bibliográficas que reportan tasas de no adhesión iguales o mayores al 50%.

En conclusión, en la investigación se determinó que el mayor porcentaje de pacientes (69.8%) no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo, actitud negativa que conlleva a complicaciones agudas y crónicas producto del

inadecuado control de la hipertensión arterial, descendiendo de manera progresiva su calidad de vida.

En los adultos mayores con adecuada adhesión al tratamiento farmacológico, disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades oportunistas. Por tanto, en el éxito de las terapias indicadas por los profesionales de la salud, la adhesión a éstas representa un factor crucial para mejorar su calidad de vida.

TABLA N° 02

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SEGÚN GRUPO DE EDAD EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

GRUPO DE EDAD (edad)	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO					
	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
60 – 69	16	9,5	92	54,4	108	63,9
70 – 79	35	20,7	26	15,4	61	36,1
TOTAL	51	30,2	118	69,8	169	100,0

Fuente: Guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine. Noviembre – Diciembre 2011.

$$\chi^2_c : 33,51$$

$$\alpha : 0,05$$

$$GL : 1$$

$$\chi^2_t : 3,84$$

$$p < 0,05$$

Del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial el 63,9% tenía entre 60 a 69 años, de quienes, el 54,4% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 9,5% si logró esta adhesión; el

36,1% tenía entre 70 a 79 años, de los cuales, el 20,7% logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 15,4% no logró esta adhesión.

Vik (2004), en el estudio "Medicación no adherente y el consiguiente riesgo de hospitalización y mortalidad en los adultos mayores", en Canadá, señala que la edad constituye un papel fundamental en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. A medida que se incrementa la edad existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas.

Puigventos (1997) en el estudio "Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial", refiere que las tasas de incumplimiento terapéutico, entre pacientes hipertensos, incrementan en edades avanzadas.

Malpica y Heredia, (2006), Al realizar un estudio descriptivo y transversal en la consulta de Medicina Interna del Hospital Provincial "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey en Cuba, refiere que la distribución de los pacientes incumplidos al tratamiento antihipertensivo, según grupos de edades, predominaron los del grupo de 60-69 años, con un 60.71 %.

Tapia (2006), En la investigación "adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de Chaiten" de Chile, refiere que dentro del grupo etáreo de 60 a 69, hay un mayor porcentaje de pacientes no adherentes (68.4%), respecto a aquellos adherentes, a diferencia de las edades de 70 a 79, que tiene un mayor porcentaje de pacientes adherentes (43.3%).

Los resultados obtenidos son similares a los hallazgos por Malpica y Heredia (2006), y Tapia (2006), porque los adultos mayores entre 70 y 79 años lograron una mejor adhesión al tratamiento antihipertensivo dando como resultado un 20.7% en comparación con los adultos de 60 a 69 años quienes obtuvieron un 9.5%. Significa, que en la adultez mayor a medida que incrementa la edad asciende la adhesión al tratamiento antihipertensivo como un mecanismo necesario para prolongar la vida; porque es una población que siente ser más vulnerable a cualquier enfermedad crónica siendo esta la hipertensión arterial.

En conclusión, en la investigación se establece que el grupo de edad entre 60 a 69 años está asociado con la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga dando como resultado un 54.4%.

Es necesario que el Programa de Control de Hipertensión Arterial del Hospital II EsSalud de Huamanga, implemente intervenciones de seguimiento y visitas domiciliarias a los adultos mayores para supervisar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y tomar decisiones oportunas que garanticen la adecuada adhesión.

TABLA N° 03

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SEGÚN SEXO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

SEXO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO				TOTAL	
	SÍ		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	11	6,5	81	47,9	92	54,4
Femenino	40	23,7	37	21,9	77	45,6
TOTAL	51	30,2	118	69,8	169	100,0

Fuente: Guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine. Noviembre – Diciembre 2011.

$$\chi^2_c : 31,82$$

$$\alpha : 0,05$$

$$GL : 1$$

$$\chi^2_t : 3,84$$

$$p < 0,05$$

Del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial el 54,4% es de sexo masculino, de quienes, el 47,9% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 6,5% si logró esta adhesión; el 45,6% es de

sexo femenino, de las cuales, el 23,7% logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 21,9% no logró esta adhesión.

Ingaramo (2005) en el estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Refiere que no existen muchos datos en la literatura acerca de la adhesión al tratamiento en relación con el género; en la muestra en estudio se estableció que los varones adherentes tuvieron un mejor control de la hipertensión arterial con 54%, tanto sistólica como diastólica y sistodiastólica; mientras que, en las mujeres el control de la adherencia fue de 48%; obteniéndose diferencias no significativa entre los dos grupos.

Tapia (2006), En la investigación “adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de Chaiten” de Chile, refiere que la no adherencia en el sexo femenino es mas marcada que en el sexo masculino representado por un 56.5% de la muestra.

Agámez (2008), en el estudio descriptivo transversal “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”, en Cuba, concluyó que la falta de adherencia predominó en pacientes de sexo masculino con 71,73%; el sexo femenino resultó menos representativo con solo 28,26%.

Arce (2009), tradicionalmente se ha considerado el sexo femenino como figura cuidadora, capaz de sacrificar su salud en pro de los demás; la carga laboral y familiar pareciera ocupar los espacios en los que las mujeres podrían dedicarse a otras actividades entre ellas el realizar ejercicios fuera o dentro de su casa, no así en los varones quienes por lo general colaboran poco o nada con las cargas familiares.

Los hallazgos obtenidos discrepan con Tapia (2006) pero tienen similitud con los resultados descritos por Agámez (2008), porque en las mujeres fue mayor la tasa de adhesión al tratamiento antihipertensivo con un 23.7%, en comparación a los varones, lo que nos indica que los adultos mayores de sexo femenino tienen mayor responsabilidad con su salud y asumen un compromiso más efectivo en el cumplimiento de las indicaciones, a diferencia de los varones que prescinden de algunas indicaciones porque creen tener el control de la enfermedad.

En conclusión los datos sometidos a la prueba estadística Chi Cuadrado, se establece que el sexo masculino está más asociado con la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga con un 47.9%.

Las mujeres muestran mayor preocupación por su salud y por lo mismo toman más conciencia en el tratamiento y cambios en los estilos de vida que los varones respecto a la enfermedad, lo que explica la mayor tasa de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo, que contribuye en la mejora de su calidad de vida.

TABLA N° 04

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO					
	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	05	3,0	21	12,4	26	15,4
Secundaria	10	5,9	70	41,4	80	47,3
Superior	36	21,3	30	16,0	63	37,3
TOTAL	51	30,2	118	69,8	169	100,0

Fuente: Guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine. Noviembre – Diciembre 2011.

χ^2_c : 32,24

α : 0,05

GL : 2

χ^2_t : 5,99

p < 0,05

Del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial el 15,4% tiene instrucción primaria completa, de quienes, e 12,4% no logró la adhesión

al tratamiento antihipertensivo; mientras que el 3% si logró esta adhesión; el 47,3% tiene instrucción secundaria, de quienes, el 41,4% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 5,9% si logró esta adhesión; el 37,3% tiene instrucción superior, de los cuales, el 21,3% logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 16% no logró esta adhesión.

Un estudio realizado por la OMS (2003), reporta que el analfabetismo y bajo nivel académico predisponen a la falta de adherencia al tratamiento.

Agámez (2008), "Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo", en Cuba, refiere que los pacientes con instrucción técnica media presentaron mayor número de no adherencia al tratamiento con un 43,91%, seguido de los universitarios con 23,04%, luego el grupo de secundaria con 19,13% y primaria completa con 8,26%. En consecuencia, a mayor escolaridad fue menor la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En la población asegurada adulta mayor, del Hospital II EsSalud Huamanga, no se identificó la condición de iletrados, lo que significa que se trata de una población instruida y más dispuesta a cumplir con el tratamiento antihipertensivo. De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayor adhesión al tratamiento farmacológico se identificó en los adultos mayores con instrucción superior; por lo que no concordamos con los datos obtenidos por Agámez (2008) quien hace notar en su investigación que el grado de instrucción mayor es causal de no adhesión.

Por lo que concluimos que los datos sometidos a la prueba estadística Chi Cuadrado, se establece que el nivel de instrucción primaria está asociado

con la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga.

La adecuada instrucción de los adultos mayores representa una fortaleza para garantizar la adhesión al tratamiento farmacológico, porque la preparación académica está en relación directa con el nivel de conciencia y responsabilidad con la salud.

TABLA N° 05

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SEGÚN SOPORTE FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

SOPORTE FAMILIAR	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO					
	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	39	23,1	28	16,5	67	39,6
Inadecuado	12	7,1	90	53,3	102	60,4
TOTAL	51	30,2	118	69,8	169	100,0

Fuente: Guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine. Noviembre – Diciembre 2011.

$$\chi^2_c : 41,40$$

$$\alpha : 0,05$$

$$GL : 1$$

$$\chi^2_t : 3,84$$

$$p < 0,05$$

Del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial el 60,4% refiere un soporte familiar inadecuado, de quienes, el 53,3% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 7,1% si logró esta

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo; la cual ejerce una función protectora generando mayor apego al manejo del tratamiento antihipertensivo. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

TABLA N° 06

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SEGÚN ESQUEMA TERAPÉUTICO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

ESQUEMA TERAPÉUTICO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Monoterapia	40	23,7	17	10,0	57	33,7
Politerapia	11	6,5	101	59,8	112	66,3
TOTAL	51	30,2	118	69,8	169	100,0

Fuente: Guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine. Noviembre – Diciembre 2011.

χ^2_c : 65,30

α : 0,05

GL : 1

χ^2_t : 3,84

p < 0,05

Del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial el 66,3% tiene un esquema terapéutico de politerapia (más de un medicamento), de quienes, el 59,8% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras

que, 6,5% si logró esta adhesión; el 33,7% tiene un esquema terapéutico de monoterapia, de los cuales, el 23,7% logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 10% no logró esta adhesión.

Díaz (2010), en la investigación descriptiva “Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos en un Área de Salud del Municipio San Miguel del Padrón en Ciudad de La Habana”, en Cuba, determinó que la politerapia incrementa el riesgo de no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Tapia (2006). En el estudio “Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten” en Chile, se observa que dentro de la población no adherente hay mas pacientes con esquema terapéutico de politerapia, representando un 64.5% del total; en cambio la población adherente se encuentra formada por un 51.4% de paciente en esquema terapéutico de monoterapia y solo un 35.5% con esquema de politerapia.

Agámez (2008), en Cuba, en el trabajo de investigación “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”; concluyó que la terapia combinada o politerapia (60%) dificultó la adherencia al tratamiento antihipertensivo; en comparación con los usuarios de tratamiento de monoterapia que obtuvieron una tasa de no adhesión de 25,65% y los pacientes con indicaciones no farmacológicas tuvo una tasa de no adhesión de 14,34%

Los resultados obtenidos tienen similitud tapia (2006) y Agámez (2008), porque la prescripción médica con más de una droga, incrementa la posibilidad de no adhesión al tratamiento farmacológico, sea por olvido, creencias

erróneas, temor a que puedan generarle mayor daño o porque no se acostumbran a este tipo de medicación.

En conclusión se sometió los datos a la prueba estadística Chi Cuadrado, estableciendo que el esquema de tratamiento basado en la politerapia está asociado con la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga; la adhesión a los tratamientos de medicación a largo plazo requieren un cambio comportamental, que incluye el aprendizaje y adoptar un comportamiento adecuado en la toma de su medicación por lo que es mas dificultoso cuando se pretende administrar varios fármacos a la vez.

Mientras más fármacos se prescriban para el control de la hipertensión arterial incrementan los índices de no adhesión al tratamiento farmacológico. La combinación de varios fármacos puede resultar no sólo en efectos secundarios más severos, sino en más tipos de efectos secundarios que los que cabría esperar si fueran administrados individualmente. En directa relación con lo anterior, la politerapia conlleva al olvido de alguna dosis cuando los fármacos tienen distintos horarios para ser ingeridos. Por tanto, el éxito de la politerapia depende de la correcta selección de los fármacos combinados y la predisposición del adulto mayor a seguir las indicaciones prescritas.

TABLA N° 07

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SEGÚN COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO				TOTAL	
	SÍ		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Presenta	06	3,6	96	56,8	102	60,4
No presenta	45	26,6	22	13,0	67	39,6
TOTAL	51	30,2	118	69,8	169	100,0

Fuente: Guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine. Noviembre – Diciembre 2011.

χ^2_c : 72,07

α : 0,05

GL : 1

χ^2_t : 3,84

p < 0,05

Del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial el 60,4% presenta alguna comorbilidad cardiovascular (dislipidemia o diabetes mellitus), de quienes, el 56,8% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 3,6% si logró esta adhesión; el 39,6% no presenta ninguna

comorbilidad cardiovascular, de los cuales, el 26,6% logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 13% no logró esta adhesión.

Tapia (2006). En el estudio “Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten” en Chile, destaca que dentro de la muestra seleccionada, la población clasificada como adherente exhibe un menor porcentaje de comorbilidades cardiovasculares presentes, a diferencia de la población no adherente, en la cual se observa una significativa asociatividad entre comorbilidad y no adherencia, dentro de esto se destaca que la diabetes mellitus en conjunto con la dislipidemia representan la comorbilidad cardiovascular más frecuente dentro del grupo no adherente con un 69.2%.

Agámez (2008), en Cuba, en la investigación “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”; concluyó que los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones cardiovasculares.

Los datos obtenidos son similares a Tapia (2006). Pues en la muestra en estudio, 7 de cada 10 pacientes hipertensos presentan alguna complicación como diabetes o dislipidemia, lo que revela una pobre adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo que ha deteriorado aún más la salud de los adultos mayores.

Por lo que concluimos que los datos obtenidos establecen que la presencia de alguna comorbilidad cardiovascular está asociada con la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga dando como resultado 56,8% de no adhesión.

El conocer cuáles son las consecuencias de la hipertensión arterial es una buena forma de tomar conciencia del peligro de esta enfermedad cuando no está controlada adecuadamente; La presencia de comorbilidad según la patología se asocia a tratamientos más complejos y a mayores exigencias en los cambios de hábitos y estilos de vida, además de un mayor compromiso del paciente hacia su terapia, destacándose la importancia de la conducta del paciente con su tratamiento y del múltiple apoyo que debe recibir para fomentar una conducta saludable.

El objetivo de la adecuada adhesión al tratamiento antihipertensivo es reducir la tasa de morbimortalidad, preservando la calidad de vida, tratando de alcanzar cifras menores de 140/90 MmHg de presión arterial, o la más baja que el paciente tolere.

TABLA N° 08

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SEGÚN EFECTOS SECUNDARIOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

EFECTOS SECUNDARIOS	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO				TOTAL	
	SÍ		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sí	03	1,8	102	60,3	105	62,1
No	48	28,4	16	9,5	64	37,9
TOTAL	51	30,2	118	69,8	169	100,0

Fuente: Guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine. Noviembre – Diciembre 2011.

χ^2_c : 98,22

α : 0,05

GL : 1

χ^2_t : 3,84

p < 0,05

Del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial el 62,1% presenta efectos secundarios, de quienes, el 60,3% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 1,8% si logró esta adhesión; el 37,9% no presenta efectos secundarios, de los cuales, el 28,4% logró la

adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 9,5% no logró esta adhesión.

Black (1990), en el estudio “Fixed-dose combination therapy to improve compliance with antihypertensive therapy” refiere que los efectos adversos producidos por los fármacos y la sensación de “sentirse peor” con el mismo son factores que inciden en la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Bayarre (2007), en Cuba, en su estudio “Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente” señala que los pacientes que presentan efectos secundarios, experimentados como síntomas molestos que causan temor e incomodidad, incluso depresión, influyen en la no adhesión al tratamiento antihipertensivo.

Agámez (2008), en Cuba, en la investigación “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”; concluyó que la presencia de algún efecto adverso incrementaba la posibilidad no adherencia al tratamiento antihipertensivo dando como resultado de su investigación (9,56%).

Noda (2008), en Lima, en su trabajo de investigación “Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales”; refiere que la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global; es justamente la baja adherencia a terapias en enfermedades crónicas, lo que origina morbi-mortalidad que podría ser evitada.

Los resultados obtenidos tienen con Agámez (2008) y con otros autores tiene similitud conceptual, porque la presencia de efectos secundarios producto

del tratamiento farmacológico conlleva a la no adhesión, por las molestias que ocasionan al adulto mayor. Los pacientes deciden abandonar o disminuir esta medicación, especialmente, cuando empiezan a sentirse mejor, con el fin de evitar estos efectos secundarios que, además, son tan visibles.

Por lo que se concluye que la presencia de efectos secundarios está asociada con la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga, con un 60,3% siendo este un dato a tener en cuenta.

Por esta razón, que a pesar de ser informados sobre los efectos secundarios de los fármacos los adultos mayores dejan de medicarse cuando sienten algún efecto; motivo por el cual desencadena la falta de adhesión al tratamiento; por esta razón los profesionales de salud deben hacer una selección racional de los medicamentos antihipertensivos; teniendo en cuenta que deben ser asequibles, tener un régimen sencillo de dosificación e idealmente no debe interferir en la calidad de vida del adulto mayor o de cualquier usuario con tratamiento antihipertensivo.

TABLA N° 09

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESSALUD HUAMANGA. AYACUCHO, 2011.

TIEMPO DE TRATAMIENTO (años)	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO				TOTAL	
	SÍ		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
1-4	13	7,7	05	3,0	18	10,7
5-9	31	18,4	18	10,6	49	29,0
> 9	07	4,1	95	56,2	102	60,3
TOTAL	51	30,2	118	69,8	169	100,0

Fuente: Guía de entrevista y el test de Morisky - Green - Levine. Noviembre - Diciembre 2011.

χ^2_c : 66,87

α : 0,05

GL : 2

χ^2_t : 5,99

p < 0,05

Del 100% (169) de adultos mayores con hipertensión arterial el 60,3% recibe tratamiento hace más de 9 años, de quiénes, el 56,2% no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 4,1% si logró esta

adhesión; el 29% recibe tratamiento entre 5 a 9 años, de los cuales, el 18,4% logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 10,6% no logró esta adhesión.

Carbonell (2012), en un artículo para la revista "Panorama Cuba y Salud" reveló que en un estudio realizado en España que solo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación después de los seis meses, mientras que los pacientes con más años de tratamiento disminuyen o abandonan la medicación reportando un 72% de abandono total o parcial.

Bayarre (2007), en Cuba, en su investigación "Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente" refiere que al ser la hipertensión arterial una enfermedad crónica, en la medida que se prolonga el tiempo de tratamiento, el paciente lo siente como una carga en su vida, se cansa y no cumple o lo abandona.

Díaz (2010), en Cuba, en su investigación "Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos en una Área de Salud del Municipio San Miguel del Padrón en Ciudad de La Habana" determinó que a mayor tiempo de tratamiento incrementa el riesgo de no adhesión a la terapia antihipertensiva.

Los resultados obtenidos coinciden con Carbonell (2012) y con otros autores referenciales, porque a medida que asciende el tiempo de tratamiento de la hipertensión arterial disminuye la adhesión a la terapia farmacológica. Un resultado que se mantiene constante a lo largo de los diferentes estudios es que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo. Los comportamientos

de adhesión de regímenes de tratamiento prolongados por enfermedades crónicas demuestran que los pacientes llegan a cansarse e incluso rechazar el tratamiento.

Sometidos los datos a la prueba estadística Chi Cuadrado, se establece que el tiempo de tratamiento mayor de 9 años está asociado con la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga ($p < 0,05$).

Los pacientes con tratamiento farmacológico prolongado deben ser informados permanentemente sobre los beneficios de la adecuada adhesión, a fin de motivar la continuidad en su tratamiento para mejorar su calidad de vida. Los profesionales de enfermería deberían implementar un programa educativo y de seguimiento a fin de llevar un control exacto de los adultos mayores que cumplen de las indicaciones.

CONCLUSIONES

1. En el Hospital EsSalud Huamanga, el 69,8% de adultos mayores no logró la adhesión al tratamiento antihipertensivo; mientras que, 30,2% si logró esta adhesión.
2. El grupo de edad entre 60 a 69 años, sexo masculino, nivel de instrucción primaria y soporte familiar inadecuado son factores sociodemográficos asociados con la no adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga.
3. El esquema terapéutico de politerapia, la presencia de alguna comorbilidad cardiovascular, efectos secundarios y tiempo de tratamiento mayor de 9 años son factores contextuales asociados con la no adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud Huamanga.

RECOMENDACIONES

1. El equipo de salud del programa de hipertensión arterial, debe optimizar el seguimiento de los pacientes con hipertensión para de esta manera motivar la adhesión al tratamiento antihipertensivo, además realizar la inclusión de la familia al tratamiento a través de charlas, campañas de concientización y talleres educativos de forma continua para así sensibilizarlos y sean un soporte vital en la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial.
2. La presente investigación no sólo nos aclara cuáles son los puntos claves para lograr una mejor adhesión terapéutica, sino que también hace un llamado a la conciencia en salud, es decir, nos propone una crítica constructiva sobre nuestro propio que hacer como profesionales, especialmente tomando en cuenta que nuestra profesión es holística e integral, que el ser humano es parte cuerpo, parte alma y parte espíritu y

que por ende, son estas tres esferas las que como enfermeros debemos tomar a la hora de evaluar y proporcionar atención en salud.

3. La siguiente recomendación que este estudio otorga a la profesión de enfermería, son sin duda principalmente dirigidas hacia una mejor comprensión de los factores desencadenantes del mal seguimiento de los tratamientos farmacológicos en general, y aún más si lo extrapolamos a la adhesión terapéutica en enfermedades crónicas. Estas últimas, son evidentemente, un complejo problema de salud, tanto en nuestro país, como en el mundo entero, lo cual nos invita a la realización de investigaciones que evidencien y propongan mejoras en las estrategias de abordaje ante este tipo de pacientes, que se destacan en su mayoría por tener baja adhesión a los tratamientos, por ser difíciles de mantener bajo el alero de los profesionales de salud.
4. Para la profesión de Enfermería, que esta investigación nos enfrenta a un gran desafío sanitario. Las repercusiones que se engendran desde esta complicación son muy numerosas y hay que afrontarlas efectivamente. El Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) calcula que hay cerca de doce millones de profesionales de enfermería en todo el mundo, y teniendo una adecuada comprensión de la dinámica de adhesión terapéutica, nos constituye como una fuerza formidable para abatir a esta problemática y producir así adelantos necesarios para la salud mundial.
5. Sin duda, este estudio propone realzar nuestros esfuerzos en el rol de investigación, que por mucho tiempo ha permanecido adormecido y opacado, pero es menester elevarlo, ya que como aquí se demuestra,

hay mucho que podemos hacer si contamos con las herramientas y los conocimientos adecuados. Por otra parte, la intervención de enfermería dentro de su rol asistencial y educativo tiene importante relación con los resultados de este estudio, ya que al comprobar las causales de baja adhesión terapéutica nos proporciona la solución, que con nuestra habilidad y compromiso, podemos implementar. Dentro del rol administrativo, esta investigación no sólo nos proporciona los conocimientos para implementar nuevos cambios en el sector primario de salud, sino que nos da pie para crear nuevas estrategias locales, que pueden variar según los factores culturales, sociales y personales que van comprometiendo la adhesión terapéutica, con el fin de lograr la administración eficiente de los recursos disponibles de cada establecimiento a cargo de enfermeros.

6. Por último, se debe recalcar, que esta investigación tiene un significado muy relevante, en especial para el sector primario de salud, es decir, consultorios, postas, etc. Los controles de pacientes con enfermedades crónicas se realiza en dichos establecimientos y está a cargo en un 80% del equipo de Enfermería, cuya responsabilidad es fundamental y decisiva. Esto quiere decir que si como enfermeros no logramos la adhesión integralmente al paciente al programa de crónicos y no captamos a los rezagados, resistentes y no realizamos un control exhaustivo, con una anamnesis completa y de calidad, no comprenderemos lo que esta tesis intenta descubrir, que es en definitiva, que la baja adhesión terapéutica es un hecho, una realidad y un reto y que sus causas están a nuestro alcance y frente a nuestros ojos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Agámez A. 2008. ***Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo***. Revista cubana de Medicina; 12 (5). Cuba.
2. Arana G. 2001. ***Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSALUD, Trujillo***. Revista de Medicina Herediana. Lima; 12 (4):120-1206.
3. Bayarre, H. 2007. ***Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente***. Revista Cubana de Salud Pública;33 (3). Cuba.
4. Black HR: 1990***Fixed-dose combination therapy to improve compliance with antihypertensive therapy***. Pract. Cardiol; 16: 37-46.
5. Barrón, J. 1998. ***Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso***. Edit. Revista de salud pública. México.
6. Bendezú y Zanabio. 2006. ***Calidad de vida de los adultos con hipertensión arterial esencial atendidos en el Hospital Tipo II Essalud Huamanga***. Tesis de Pre Grado de la Facultad de Enfermería – UNSCH. Ayacucho.
7. Carbonell, L. 2011 ***Cumplimiento del tratamiento farmacológico en hipertensos de farmacias seleccionadas. (Revista Panorama Cuba y Salud 2012;7: 7-11)***.

8. Carhuallanqui, R. 2010. ***Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general.*** (Rev Med Hered 2010; 21:197-201).
9. Coca A. 2005. ***Control de la hipertensión arterial en atención primaria en España: resultados del estudio controles.*** Hipertensión; 22: 5-14.
10. Díaz, M. 2010. ***Adherencia en el tratamiento con antihipertensivos en un Área de Salud del Municipio San Miguel del Padrón en Ciudad de La Habana.*** Revista de Medicina Preventiva y Salud Pública. Cuba; 18 (1): 25-36.
11. Espitia, L. 2011. ***Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana.*** Universidad Nacional de Colombia. Colombia.92.
12. EsSalud. 2011. ***Protocolo del manejo y tratamiento de urgencias emergencias hipertensivas.*** Edit. Hospital II EsSalud Huamanga. Ayacucho.
13. Granados G. 2007. ***Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión.*** España. International Journal of Clinical and Health Psychology. España; 7 (3): 697-707.
14. INEI. 2010. ***Prevalencia de la hipertensión arterial en personas de 50 años y más años de edad.*** Informe Técnico N° 01, Salud Familiar – ENDES. Lima.

32. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. 2004. *Ann Pharmacotherapy*: Canada; 38:303-12.
33. Vrijens B. 2008. ***Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories***. *BJM*. San Francisco; 336 (1):1-6.

ANEXOS

GUÍA DE ENTREVISTA

DATOS GENERALES

- 1.1. Nombres y apellidos: _____
- 1.2. Dirección: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

- 2.1. ¿Qué edad tiene Usted?: _____ años.
- 60 – 69 años.
- 70 – 79 años.
- 2.2. **Sexo:**
- Masculino.
- Femenino.
- 2.3. ¿Cuál es su nivel de instrucción?
- Primaria.
- Secundaria.
- Superior.
- 2.4. ¿Qué esquema de tratamiento recibe Ud.?
- Un solo medicamento.
- Dos medicamentos.
- Tres medicamentos.
- 2.5. ¿Actualmente presenta alguna enfermedad como consecuencia de la hipertensión arterial?
- Sí.
- Diabetes mellitus.
- Dislipidemia.
- No.
- 2.6. ¿Sus familiares están pendientes de la hora en que debe tomar sus medicinas?
- Sí.
- No.
- 2.7. ¿Sus familiares le insisten que tome sus medicinas por más que Ud. no quiera?
- Sí.
- No.
- 2.8. ¿Sus familiares le insisten que tome sus medicinas por más que Ud. no quiera?
- Sí.