



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y NIVEL DE RIESGO DE
COMPLICACIONES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
HIPERTENSOS DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES,
LIMA 2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Salud pública, salud ambiental y satisfacción con los servicios
de salud**

Presentado por:

**Mirian Margot Llauce Luna
Marley Albemarly Cortez Zelada**

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en
Enfermería

Docente asesor:

Mg. José Yomil Pérez Gómez

Código Orcid N° 0000-0002-3516-9071

Chincha, Ica, 2021

Asesor

MG. JOSÉ YOMIL PÉREZ GÓMEZ

Miembros del jurado

- Dr. Edmundo Gonzáles Zavala
- Dr. William Chu Estrada
- Dr. Martín Campos Martínez

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios y la virgen María, a nuestros padres por darnos la vida, hermanos por apoyarnos incondicionalmente y a nuestros hijos por ser la inspiración y el motivo de lograr nuestros objetivos.

Albemarly y Mirian

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios y la Virgen María, por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A nuestros padres, hermanos e hijos, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios.

A la universidad por brindarnos la oportunidad de culminar nuestra etapa de formación profesional y de manera especial al Dr. William Esteban Chu Estrada.

A nuestro Asesor, Mg. José Yomil Pérez Gómez, por su paciencia, colaboración y orientación en el proceso de investigación.

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

Material y Método: El tipo de investigación fue básica y diseño no experimental- correlacional. La muestra fue de 76 adultos mayores de tele consulta del Hospital Sergio E. Bernales, mientras que el instrumento aplicado para la primera variable fue el test de Morisky-Green la cual constó de ocho ítems, mientras que el instrumento para la variable riesgo de complicaciones presentó ocho ítems.

Resultados: El 55.26% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta una adherencia al tratamiento desfavorable y el 44.74% presenta una adherencia al tratamiento favorable. Asimismo, el 26.32% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta riesgo de complicaciones en un nivel bajo, el 42.11% medio y el 31.58% alto.

Conclusiones: A partir de los resultados presentados, se evidenció que el valor del estadístico resultó -0.758 con un nivel de significancia asintótica bilateral de 0.000 , lo cual significa que existe una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el hospital Sergio E. Bernales.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, riesgo de complicaciones, actitud, comportamiento.

Abstract

Objective: To determine the relationship between adherence to treatment and the level of risk of complications in hypertensive adult patients at Sergio E. Bernales Hospital 2021.

Material and Method: The type of research was basic and non-experimental-correlal design. The sample was from 76 older tele consultancy adults at Sergio E. Bernales Hospital, while the instrument applied for the first variable was the Morisky-Green test consisting of eight items, while the instrument for the risk of complications presented eight items.

Results: 55.26% of older adults have tele-consultation patients at Sergio E. Bernales hospital have adherence to unfavorable treatment and 44.74% have adherence to favorable treatment. In addition, 26.32% of older adults who have hypertensive televised patients at Sergio E. Bernales hospital are at risk of complications at a low level, 42.11% average and 31.58% high.

Conclusions: Based on the results presented, it was shown that the value of the statistic was -0.758 with a bilateral asymptotic significance level of 0.000, which means that there is a statistically significant relationship between adherence to treatment and risk level of complications in hypertensive older adult patients treated at Sergio E. Bernales hospital.

Key words: Adherence to treatment, risk of complications, attitude, behavior.

Índice general

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice general / índice de figuras y de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1 Descripción del Problema	12
2.2. Pregunta de investigación general	15
2.3 Preguntas de investigación específicas	15
2.4 Justificación e Importancia	15
2.5 Objetivo general	17
2.6 Objetivos específicos	17
2.7 Alcances y limitaciones	17
III. MARCO TEÓRICO	19
3.1 Antecedentes	19
3.2 Bases Teóricas	26
3.3 Marco conceptual	47
IV. METODOLOGÍA	50
4.1 Tipo y Nivel de la investigación	50
4.2 Diseño de la investigación	50
4.3 Población – Muestra	51
4.4 Hipótesis general y específicas	52
4.5 Identificación de las variables	52
4.6 Operacionalización de las variables	53
4.7 Recolección de datos	54
V. RESULTADOS	56
5.1 Presentación de Resultados	56
5.2 Interpretación de los Resultados	65
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	71

6.1	Análisis descriptivo de los resultados	71
6.2	Comparación de resultados con marco teórico	71
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
	ANEXOS	90
	Anexo 1: Matriz de consistencia	91
	Anexo 2: Instrumento de recolección de datos y Ficha de validación por juicio de expertos	93
	Anexo 3: Aprobación del hospital	95
	Anexo 4: Validación de los instrumentos	98
	Anexo 5: Autorización para la aplicación de instrumentos	102
	Anexo 6: Informe de Turnitin al 28% de similitud	103
	Anexo 7: Fotografías	106
	Anexo 8: Base de datos	109

Índice de figuras

Figura 1.	Frecuencias y porcentajes de adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	55
Figura 2.	Frecuencias y porcentajes de la actitud en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	56
Figura 3.	Frecuencias y porcentajes del comportamiento en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	57
Figura 4.	Frecuencias y porcentajes de riesgo de complicaciones en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	58
Figura 5.	Frecuencias y porcentajes de complicaciones fisiológicas en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	59
Figura 6.	Frecuencias y porcentajes de complicaciones emocionales en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	60
Figura 7.	Frecuencias y porcentajes de mediante tabla cruzada entre la adherencia al tratamiento y el riesgo de complicaciones.	61
Figura 8.	Frecuencias y porcentajes de mediante tabla cruzada entre la actitud y el riesgo de complicaciones.	62
Figura 9.	Frecuencias y porcentajes de mediante tabla cruzada entre el comportamiento y el riesgo de complicaciones.	63

Índice de cuadros

Cuadro 1.	Frecuencias y porcentajes de adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	55
Cuadro 2.	Frecuencias y porcentajes de la actitud en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	56
Cuadro 3.	Frecuencias y porcentajes del comportamiento en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	57
Cuadro 4.	Frecuencias y porcentajes de riesgo de complicaciones en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	58
Cuadro 5.	Frecuencias y porcentajes de complicaciones fisiológicas en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	59
Cuadro 6.	Frecuencias y porcentajes de complicaciones emocionales en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.	60
Cuadro 7.	Frecuencias y porcentajes de mediante tabla cruzada entre la adherencia al tratamiento y el riesgo de complicaciones.	61
Cuadro 8.	Frecuencias y porcentajes de mediante tabla cruzada entre la actitud y el riesgo de complicaciones.	62
Cuadro 9.	Frecuencias y porcentajes de mediante tabla cruzada entre el comportamiento y el riesgo de complicaciones.	63
Cuadro 10.	Prueba de normalidad de la adherencia al tratamiento y el riesgo de complicaciones y sus dimensiones en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales	66
Cuadro 11.	Correlación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones	67
Cuadro 12.	Correlación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas	68
Cuadro 13.	Correlación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales	69

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, se origina a partir de determinantes genéticos, ambientales y sociales combinados. Los factores ambientales incluyen sobrepeso, obesidad, dieta poco saludable, exceso de sodio en la dieta, dieta inadecuada, actividad física insuficiente y consumo de alcohol. La prevención y el control de la hipertensión se pueden lograr mediante estrategias específicas o basadas en la población.

El control de la hipertensión es hoy por hoy, la principal estrategia orientada a aumentar la conciencia, el tratamiento y el control en de los adultos mayores. La presión arterial alta es un factor de riesgo importante de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular, los cuales son las principales causas de muerte alrededor del mundo. Casi un tercio de todos los adultos tienen presión arterial alta y más de la mitad de ellos no la tienen bajo control. Muchos adultos con presión arterial alta no controlada no saben que la tienen. Millones están tomando medicamentos para la presión arterial, pero su presión arterial aún no está bajo control. Hay muchas oportunidades perdidas para que las personas con presión arterial alta obtengan el control a causa de presentar una adecuada adherencia y no tomar conciencia de los riesgos en los que se pueden incurrir, por lo que mantenerse informado es menester para manejar mejor el contexto de hipertensión arterial entre los adultos mayores.

Bajo este contexto, el presente estudio surgió a partir de la problemática observada en los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales. Específicamente, se observó que, existe una proporción que no cumple a cabalidad con la toma de medicamentos. A su vez, este grupo ha presentado signos de complicaciones tales como mareos, rubor facial, estrés, entre otros. Debido a ello se planteó como objetivo general: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

La hipertensión arterial es el estado o condición por el cual un individuo presenta una presión arterial sistémica elevada de manera persistente, la cual, se sustenta en base a diferentes mediciones, en donde la presión arterial sistólica se mantiene persistente en valores superiores o iguales a 140mm Hg, la presión arterial diastólica se mantiene con valores superiores o iguales a 90 mm Hg (MINSALUD, 2017). Conforme con diversos estudios de corte epidemiológicos indican que la prevalencia en individuos mayores de 60 años es entre el 50% y 70%. Es importante tener en cuenta que la hipertensión no debe ser considerado como una consecuencia propia del envejecimiento. Asimismo, es importante tener en cuenta que las cifras de presión aumentan de manera gradual conforme a la edad, ya que la presencia de hipertensión puede iniciarse desde los 18 años con una prevalencia del 35%, mientras que, en mayores de 60, la prevalencia es mayor del 68% asimismo, esta prevalencia puede estar asociado a diferentes factores como el social, económico y cultural (Maldonado, et al, 2020).

En esa misma línea, La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que dos de cada cinco adultos que presenta una elevada presión arterial con un trastorno que logra causar la mitad de todas las defunciones por accidente cardiovascular o alguna cardiopatía. De la misma manera, las complicaciones derivadas de la hipertensión arterial son la principal causa de aproximadamente 9,4 millones de defunciones anual en el mundo (Biblioteca Médica Nacional, 2017).

En Cuba, se pudo evidenciar un crecimiento de la prevalencia de la hipertensión arterial en un 217.5%, reportándose alrededor de 3,427 defunciones por motivos de enfermedades relacionadas con la

hipertensión (Maldonado, et al, 2020), donde la causa principal asociada a este incremento se centra al poco apego o adherencia al tratamiento asignado, como es el caso de tomar los medicamentos, donde el olvido de medicamentos es la causa central en un 36.3% (Oviedo, Viart, & Chávez, 2020), también se encuentra el seguir con un régimen alimentario y realizar cambios en el modo de vida del paciente. Esto conlleva a que se generen muchas dificultades en la calidad de vida de estos pacientes, incrementando los costos para el sistema de salud y deficiencias en el control de dicha enfermedad (Maldonado, et al, 2020).

En Chile, los casos de enfermedades crónicas como es el caso de la hipertensión arterial tienen como causa principal la no adherencia al tratamiento. Si bien actualmente es complicado identificar el nivel exacto de adherencia, alrededor de la mitad de los pacientes son considerados no adherentes, con rangos que oscilan entre el 40% y el 80%. Siendo que la no adherencia a los tratamientos genera problemas alrededor del sistema de salud, repercutiendo tanto desde una perspectiva médica, económica y psicosocial. Siendo estas consecuencias asociadas al retraso a la recuperación de los pacientes, aparición de otras complicaciones, e incluso tener una valoración errónea del nivel de efectividad que tiene el tratamiento, induciendo al cambio de medicamento acrecentando el riesgo de aparición de nuevos efectos secundarios o una mayor dependencia a los medicamentos (Mena, Nazar, & Mendoza, 2017).

En el Perú la hipertensión arterial afecta al 16.5% de la población. Siendo el adulto mayor el que presenta una mayor prevalencia de hipertensión arterial, considerándose en el país como un problema de salud pública afectando alrededor del 43.3% de adultos mayores de 60 años. En donde el 19.6% de esta población presentan una mala o peor calidad de vida (Herrera & Oblitas, 2020). Estudios realizados en el país respecto a enfermedades cardiovasculares, demostrándose que la prevalencia de hipertensión arterial se incrementó en los últimos cinco años de forma significativa en todas

aquellas poblaciones que fueron estudiadas, incrementándose de 23.7% al 27.3% a nivel nacional, de 27.3% al 31.6% en la costa, de 20.4% a 23.2% en la sierra y de 22.7% a 26.6% en la selva, resaltando entre los diferentes factores la no adherencia al tratamiento médico lo cual genera consecuencias y riesgos para la salud de los pacientes (Segura, 2018).

Respecto a los pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales, presentan un escenario similar a lo mencionado en los párrafos anteriores, en donde el control por parte del personal médico, así como los familiares de los pacientes supervisan que se cumpla con el tratamiento, así como la toma de conciencia por parte de los pacientes para que cuenten con adherencia en el tratamiento antihipertensivo, ello con la finalidad de reducir las posibles complicaciones de no ceñirse al tratamiento. Sin embargo, existe una proporción de pacientes que no cumplen a cabalidad con la toma de medicamentos, así como algunos pacientes adultos mayores han presentado algún tipo de complicaciones manifestando cefalea intensa, cansancio, algunos adelgazados otros obesos, con palidez marcada, la mayoría prefiere vivir solo por lo que ingieren sus alimentos en pensiones, otros refieren que no les gusta la comida que le dan sus familiares pues no le sienten sabor; sus familiares indican que cuando les alcanzan alimentos bajo en sal o no fritos, se resienten, por otro lado, es común que estos pacientes acudan a la consulta de emergencia por presentar dolores de cabeza, mareos, rigidez en el cuello o manifiestan ver borroso, les molesta la luz, al control de las funciones vitales esta se encuentra elevada y se observa en ellos parpado caído, algunos llegan inconscientes. Sus familiares manifiestan que el paciente es hipertenso, sin embargo, no acuden a su chequeo médico de manera periódica y que en oportunidades solo ingieren sus medicamentos cuando se sienten mal. De continuar con este escenario solo conllevará a deteriorar la calidad de vida de estas personas y a mediano plazo a que se

incremente la tasa de defunciones por esta enfermedad ahondando el problema de salud pública del país.

2.2. Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?

2.3. Pregunta de investigación específica

P.E.1:

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?

P.E.2:

¿Cuál es nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?

P.E.3:

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?

P.E.4:

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?

2.4. Justificación e importancia

Justificación teórica

La investigación se justifica teóricamente, busca ampliar y contextualizar el panorama científico respecto al nivel de adherencia al tratamiento médico en pacientes adultos mayores hipertensos, así como reforzar la literatura y la teoría existente sobre el autocuidado, pues la adherencia al tratamiento del adulto mayor parte de cuidarse

uno mismo, y ello se vincula con los riesgos de complicaciones en los casos de hipertensión en adultos mayores.

Justificación práctica

Se justifica de manera práctica, ya que permite identificar y conocer los principales elementos relacionados con la no adherencia y las complicaciones más predominantes en dichos pacientes, para así poder determinar su vínculo, identificar las principales razones de no adherencia y así sentar bases para la generación de estrategias de políticas de salud pública.

Justificación metodológica

Se justifica de manera metodológica porque mediante la presente investigación permite comprobar la aplicación del instrumento de Morisky-Green respecto a la adherencia en el tratamiento, para así tener un mayor conocimiento sobre la situación actual de los adultos mayores con hipertensión, siendo que los resultados obtenidos pueden replicarse en otros estudios en contextos similares.

Importancia

La investigación es importante porque permite conocer el comportamiento de los adultos mayores con hipertensión, así como saber la frecuencia en la que continúan con su tratamiento o con qué continuidad lo dejan de hacer, para así tener un mejor panorama sobre los principales y más recurrentes riesgos presentes en los pacientes. Asimismo, esclarecer cómo se encuentra la conciencia actual de los adultos mayores, y su perspectiva que tienen frente a la adherencia a su tratamiento.

Por otro lado, desde el campo de investigación, el presente estudio es un adecuado insumo para continuar investigando el nivel de adherencia por parte de los adultos mayores hipertensos, así como se presentan los principales síntomas a causa de ceñirse al

tratamiento asignado por el médico, y así entender mejor el contexto para futuros estudios.

2.5. Objetivo general

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

2.6. Objetivos específicos

O.E.1.

Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

O.E.2.

Describir el nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

O.E.3.

Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

O.E.4.

Conocer la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

2.7. Alcances y limitaciones

2.7.1. Alcances

Alcance social: Pacientes adultos mayores hipertensos de teleconsulta del Hospital Sergio E. Bernales.

Alcance espacial: La investigación se realizó en el departamento de Lima, distrito de Comas, Hospital Sergio E. Bernales, Perú.

Alcance temporal: El presente estudio se realizó desde el mes de enero hasta el mes de Mayo del 2021.

2.7.2. Limitaciones

A raíz del actual estado de emergencia por la pandemia, el confinamiento y el distanciamiento social dispuesto por gobierno, la recolección de los datos se realizó mediante llamadas telefónicas a los pacientes. Esto conlleva a que exista dificultad para el acceso, porque los pacientes pueden no responder la llamada o desistir de participar.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

En la revisión de las diferentes fuentes virtuales en los repositorios de las diferentes universidades, se ha podido identificar algunos trabajos que tiene una relación directa como indirecta siendo un aporte valioso, los cuales nombramos a continuación:

Internacionales

Gualotuña y Córdova (2018) en su investigación “Identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2018”, el objetivo fue identificar el nivel de pacientes que presentan una mala adherencia al tratamiento contra la hipertensión. La metodología de estudio se construyó en base a un enfoque cuantitativo, de estudio analítico y observacional, en donde la población estuvo compuesta por 2100, siendo 325 pacientes adultos mayores con hipertensión los que formaron parte de la muestra, administrándose el cuestionario de Morisky-Green como instrumento de recopilación de información, valiéndose de la técnica de la encuesta. Los resultados arrojaron que el 86.5% de los pacientes contaban con antecedentes familiares por hipertensión arterial, asimismo alrededor del 26.8% eran consumidores de alcohol, y el 22.8% consumían tabaco, así también el 58.8% presentaban diagnóstico de diabetes mellitus de tipo 2 como comorbilidad. Además, es importante recalcar que, del total, el 73.54% de los pacientes contaban con algún tipo de apoyo familiar, mientras que el 26.46% no presentaba apoyo o este era muy bajo, y que el 96.31% del total de pacientes contaban con algún tipo de tratamiento farmacológico, por lo que se pudo establecer que entre el 61.7% y el 72.5% de los pacientes mostraron una falta de adherencia al tratamiento asignado por su médico.

García (2018) en su investigación “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 en Yecapixtla Morelos”, el objetivo fue estimar la frecuencia de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Siendo la metodología empleada en el estudio enmarcada de un enfoque cuantitativo, bajo un diseño no experimental, con un alcance descriptivo y de corte transversal, en donde la población fue conformada por los pacientes hipertensos con más de 6 meses de tratamiento, mientras que la muestra la conformaron 239 pacientes a quienes se les otorgó un cuestionario como instrumento específicamente el test de Morisky-Green-Levine, por medio de la técnica de la encuesta. Los resultados mostraron que las principales enfermedades asociadas a los pacientes hipertensos se tuvieron que el 35.5% presentaban diabetes mellitus, seguido por la osteoartrosis degenerativa por el 27.6% de los pacientes, el 15% presentaron dislipidemias, el 4.7% presentó gastropatías y el 3% contaban con insuficiencia renal, donde solo el 2.9% no presentaban ninguna enfermedad asociada. De igual manera, se pudo comprobar que respecto al tratamiento antihipertensivo de los pacientes, el 40.1% pertenecía a la clase IECA, el 34.7% a la familia de ARA II, el 22.1% emplearon beta bloqueadores, el 11.2% de los pacientes fueron tratados con tiazídicos, y solo el 4.6% fueron prescritos con bloqueadores de canales de calcio, a partir de ello se tuvo que, alrededor del 50% de los pacientes que presentan hipertensión presenta adherencia al tratamiento, lo cual indica que se cuenta con un regular nivel de adherencia.

Bravo (2017) en su estudio “Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. Santa Rosa- El Oro, 2016”, el objetivo fue evaluar la intervención integral en la adherencia al tratamiento en adultos hipertensos, siendo que la metodología empleada por el investigador fue de enfoque cuantitativo, con un diseño experimental mediante una preprueba y posprueba a nivel de

grupo experimental y grupo control, por lo que el tipo de diseño fue cuasi experimental, con un corte longitudinal en dos tiempos y un alcance explicativo, siendo la población todos los pacientes hipertensos > 45 años, mientras que la muestra conformada por 100 pacientes, 50 experimentales y 50 de control, a quienes se les administró un cuestionario de preguntas en dos tiempos a ambos grupos, por medio de la técnica de la encuesta, con una metodología prospectiva. Los resultados arrojaron que, del total del grupo experimental, el 60% presentaban antecedentes familiares con hipertensión arterial, mientras que el 40% no presentaban estos antecedentes, siendo que en el grupo control el 66% si contaban con antecedentes familiares, y el 34% de los pacientes no presentaban antecedentes familiares con hipertensión arterial. A partir de ello, se realizó la intervención integral, en donde los conocimientos de los pacientes se incrementaron de un 56% a un 98% en el grupo experimental, a partir de ello, se obtuvo, la existencia de un efecto significativo del tratamiento integral, al presentar un p -valor <0.05 , visualizándose en el grupo experimental un nivel de adherencia del 80% antes de la intervención, y después de ella se incrementó a 88%.

Jiménez, Siverio, Chala, Brito y Armada (2017) en su estudio “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo”, el objetivo fue evaluar los diferentes factores predominantes en la no adherencia al tratamiento de fármacos en todos aquellos pacientes hipertensos. La metodología empleada se enmarcó en un enfoque de tipo cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal con un alcance explicativo, en donde la población lo conformaron 510 pacientes hipertensos, mientras que la muestra lo conformaron 102 pacientes con hipertensión a quienes mediante la técnica de la encuesta se les asignó el cuestionario de preguntas bajo el test de Morisky-Green-Levine para la recolección de datos. Los resultados permitieron

conocer que las causas manifestadas por los pacientes con hipertensión arterial indicaron que alrededor del 71.6% manifestó que fue por olvido, el 58.3% no respetaba el horario que tenían que tomar el medicamento, el 53.3% abandonó el tratamiento a encontrar una mejoría, mientras que el 28.3% abandonó el tratamiento al manifestar reacciones adversas al tratamiento. A nivel de conocimiento, el 60% de los pacientes mostraron un insuficiente conocimiento, el 30% un nivel aceptable, y solo el 10% presentaron un adecuado nivel de conocimiento respecto a la adherencia al tratamiento. A partir de lo descrito se tuvo que el 58.8% de los pacientes hipertensos no presentaron adherencia al tratamiento farmacológico, por lo que la no adherencia se asocia con el deficiente control de la enfermedad.

Muñoz, Nova y Muñoz (2017) en su estudio “Factores que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico”, el objetivo fue determinar cuáles son los factores más predominantes que no permita la generación de comportamientos de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico en pacientes hipertensos. La metodología que emplearon en la investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, con alcance descriptivo, y un corte de estudio transeccional o transversal, siendo la población conformada por 122 pacientes hipertensos, mientras que la muestra conformada por 110 pacientes con hipertensión a quienes se les asignó un cuestionario de preguntas por medio de la técnica de la encuesta. Los resultados del estudio arrojaron que el 40% de los pacientes hipertensos no contaban con efectivo para costear los medicamentos para el tratamiento, mientras que el 24.5% si lo podía costear, asimismo, es bueno recalcar que el 63.6% si contaba con apoyo de sus familiares para llevar a cabo el tratamiento, mientras que el 23.6% el apoyo familiar no era frecuente, y solo el 12.7% no contaba con apoyo, a partir de ello, se presenta que, alrededor del 78.2% de los pacientes

evaluados presentan riesgos de no presentar comportamientos de adherencias, siendo el factor más predominante para ello el aspecto económico, así como el cambio de hábitos saludables.

Nacionales

Tume (2019) en su estudio “Polifarmacia como factor de riesgo asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”, el objetivo fue determinar la relación existente entre la polifarmacia como factor de riesgo y la no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial del hospital. Siendo la metodología empleada de enfoque cuantitativo, con un tipo de estudio de caso control, en donde la población se conformó por el total de pacientes hipertensos atendidos en el hospital, mientras que la muestra de estudio estuvo conformada por 42 casos y 84 controles, siendo la técnica para la recolección de datos una entrevista, mediante la ficha de recolección de información como instrumento. Los resultados pudieron mostrar que la frecuencia de no adherencia en pacientes hipertensos con polifarmacia fue del 27.4% mientras que la frecuencia de no adherencia en pacientes sin polifarmacia alcanzó el 22.6% del total. A partir de ello, se pudo obtener que alrededor del 27.4% de los pacientes hipertensos con no adherencia terapéutica se relaciona con la polifarmacia, así como que el 69.7% de los pacientes expuestos a polifarmacia no mostraron adherencia al tratamiento mediante un valor de Odds Ratio de 3.87, con un IC del 95% y un p-valor < 0.05, lo que confirma que la polifarmacia se centra con un factor de riesgo de no adherencia en pacientes con hipertensión arterial.

Marquina (2018) en su estudio “Nivel de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en los adultos mayores servicio de medicina hospital nacional Dos de Mayo diciembre 2016”, el objetivo fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento por parte del paciente adulto mayor con hipertensión. La metodología de estudio empleado por el investigador se enmarcó en un enfoque de tipo

cuantitativo, bajo un alcance descriptivo y diseño no experimental, con corte de estudio transaccional o transversal. La población estuvo conformada por el total de adultos mayores hipertensos atendidos en el hospital Dos de Mayo, mientras que la muestra estuvo conformada por 70 pacientes adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, a quienes se les administró un cuestionario de preguntas bajo el test de Martín-Bayarre-Grau, por medio de la técnica de la encuesta. Los principales resultados arrojaron que a nivel de adherencia al tratamiento por parte de los adultos mayores que presentaron hipertensión arterial es regular siendo esto presente en el 55.7% de evaluados respecto del total, por otro lado, se tuvo que alrededor el 22.5% de los pacientes presentó un alto nivel de adherencia, mientras que el 21.4% de los pacientes hipertensos presentaron un bajo nivel de adherencia al tratamiento, por lo que se pudo conocer que menos de la mitad del total de evaluados presentó una adecuada adherencia al tratamiento.

Andrés y Marreros (2018) en su estudio “Características relacionadas con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital San Juan de Lurigancho-2017”, el objetivo fue determinar cuáles son las características que presentan mayor incidencia en el tratamiento de hipertensión arterial en pacientes adultos mayores. La metodología empleada en la investigación presentó un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental de corte transversal, en donde la población lo conformaron 351 pacientes, mientras que la muestra lo conformaron 183 pacientes a quienes se les asignó un cuestionario como instrumento, mediante la técnica de la encuesta. Los resultados pudieron mostrar que, del total de pacientes con tratamiento para la hipertensión arterial, se pudo conocer que el 54.6% se presentó como no adherentes, por otro lado, el 32.2% presentan riesgo de no adherencia, y solo el 13.1% son catalogados como adherentes. También se detalla que el factor de mayor

influencia que presentaron los pacientes para llevar su tratamiento es el factor socioeconómico con un 30.6%, con un 17.5% se encuentra el factor relacionado con el tratamiento, y el 15.3% el factor relacionado con el paciente. A partir de lo mencionado, los autores demostraron que existe un bajo nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo, siendo el nivel socioeconómico del paciente el factor más predominante.

Ramírez (2018) en su investigación “Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un hospital – Chiclayo, 2018”, el objetivo fue conocer la determinación de los diferentes factores vinculados a la adherencia al tratamiento ante la hipertensión en el adulto mayor. La metodología empleada para la investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo y diseño no experimental con un corte de estudio transversal o transeccional, siendo alrededor de 76 pacientes adultos mayores los que formaron parte de la población y muestra, a quienes se les administró el cuestionario de evaluación de adherencia terapéutica de acuerdo con el test Martín-Bayarre-Grau. Los resultados mostraron como parte de los factores más predominantes, que el 38.2% presentaron riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento, el 51.3% no pudieron presentar el comportamiento de adherencia. Asimismo, se tuvo que el 62.1% de los que presentaron adherencia parcial cuenta con riesgo para no desarrollar comportamientos de adherencia, así como que el 92.3% con adherencia parcial no generaron ningún tipo de comportamiento a la adherencia al tratamiento, y solo el 50% presentaron una ventaja importante de adherencia para los que presentaron adherencia total. A partir de ello se pudo conocer que solo el 23.7% de los adultos mayores presentaron adherencia total al tratamiento, mientras que el 76.3% presentaron una adherencia terapéutica parcial al tratamiento médico administrado.

Medina, Rojas y Vilcachagua (2017) en su investigación “Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor

con hipertensión arterial de un hospital general, octubre 2016”, el objetivo fue determinar cuáles son aquellos factores que se asocian con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor. Siendo la metodología empleada para la investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo desde su alcance, con tipo de diseño no experimental, transversal, en donde la población estuvo conformada por 1440 pacientes de un hospital general, mientras que la muestra lo conformaron 150 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario mediante la prueba de Morisky Green Levine como cuestionario de recolección de datos por medio de la técnica de la encuesta. Los resultados presentaron que respecto a las factores vinculados a la adherencia del tratamiento, respecto al factor socioeconómico el 46% no pudo responder con un comportamiento de adherencia al tratamiento, respecto al factor asociado con el proveedor de salud, el 79% presentaron ventaja para la adherencia al tratamiento, en torno al factor relacionado con el tratamiento, el 53% presentaron ventaja para la adherencia al tratamiento, y en torno al factor relacionado con el paciente, el 96% presentaron una ventaja para la adherencia al tratamiento. En base a ello, se pudo obtener que solo el 16% de los pacientes presentaron adherencia al tratamiento, en donde el factor relacionado con el tratamiento fue el que más se relacionó con la adherencia.

3.2. Bases Teóricas

Adherencia

El término adherencia se define como la medida en que los comportamientos relacionados con el tratamiento de los pacientes (tomar medicamentos, seguir una dieta, modificar hábitos o acudir a clínicas) que corresponden con los consejos del profesional de la salud. El cumplimiento se define como la medida en que los pacientes siguen las instrucciones, recetas y recetas dadas por los profesionales de la salud o la medida en que el comportamiento o

actitud del paciente coincide exactamente con las sugerencias del prescriptor. La palabra "cumplimiento" proviene de la palabra latina *complementum*, que significa llenar y, por lo tanto, completar una acción o proceso (Dwajani, Prabhu, Ranjana, & Sahajananda, 2018).

A menudo, adherencia y cumplimiento se usan indistintamente. Por ejemplo, el término 'concordancia' introducido recientemente se usa predominantemente en el Reino Unido que proviene de la palabra latina *concorde* que significa estar de acuerdo. Es un acuerdo alcanzado después de acordar entre el paciente y un profesional de la salud en respetar las creencias y deseos del paciente al determinar si, cuándo y cómo se deben tomar los medicamentos. Aunque es recíproca, esta es un acuerdo en la que los profesionales de la salud reconocen la primacía de la decisión del paciente acerca de tomar los medicamentos recomendados (Dwajani, et al, 2018).

El acceso a la atención médica necesaria desde el punto de vista médico, incluidos los medicamentos recetados, es fundamental para los resultados exitosos de los pacientes; sin embargo, el acceso de los pacientes a la atención y el tratamiento a menudo se ve impedido o bloqueado por completo por los altos costos. Estos costos afectan especialmente a las personas mayores de bajos ingresos y a las personas con discapacidades, y estos costos son una razón clave por la cual muchos beneficiarios no inician ni se adhieren al tratamiento. Sin embargo, otros factores también influyen en la prevención de que las personas se adhieran a los medicamentos recetados por sus proveedores de atención médica. Este Informe temático examina por qué algunos pacientes no se adhieren a sus medicamentos recetados, cómo el incumplimiento afecta a estos pacientes y las estrategias que se han propuesto para mejorar el cumplimiento de los medicamentos (PAN Foundation, 2020).

La adherencia a la medicación es la medida en que los pacientes toman sus medicamentos correctamente según lo prescrito por sus proveedores de atención médica. Cuando las personas se adhieren

a sus medicamentos recetados, toman sus medicamentos en la dosis correcta, en el momento correcto, de la manera correcta, con la frecuencia correcta. La adherencia a la medicación es importante porque los riesgos de empeoramiento de la salud, hospitalización y muerte aumentan cuando los pacientes no cumplen con los medicamentos recetados (PAN Foundation, 2020).

Determinantes en la adherencia

Se ha informado que varios determinantes influyen en la adherencia, como la naturaleza y la duración del tratamiento, las características de la enfermedad, los efectos secundarios de la medicación, el costo del tratamiento (Donneyong et al, 2020), las características de los servicios de salud, la relación entre el médico y el paciente, las características del paciente (factores socioeconómicos), perspectiva del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento (Dwajani, et al, 2018).

Las pautas según el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención se refieren a dos tipos de incumplimiento: intencional y no intencional. La decisión de los pacientes de no seguir las recomendaciones de tratamiento, lo que incluye omitir deliberadamente el consejo del prescriptor, omitir o alterar una dosis o dejar de tomar medicamentos debido a los efectos secundarios experimentados, se conoce como incumplimiento intencional. Cuando el paciente se ve impedido por barreras específicas fuera del control del paciente, que incluyen no comprender o comprender las instrucciones de uso, la imposibilidad de pagar el tratamiento o simplemente el olvido de tomar la medicación se denomina incumplimiento involuntario (Dwajani, et al, 2018).

Factores que contribuyen la no adherencia

El incumplimiento de los medicamentos recetados puede deberse a una o más de las siguientes razones, como la falta de transporte hacia y desde el consultorio del proveedor de atención médica, falta

de transporte hacia y desde la farmacia para dejar las recetas y recoger los medicamentos, percepción de que el tratamiento no es necesario o que no está ayudando, miedo a los posibles efectos secundarios de un medicamento, falta de comprensión de cómo y cuándo tomar el medicamento, incapacidad para manejar regímenes complicados para múltiples medicamentos, experimentar depresión, tratar de que los medicamentos duren más saltando dosis o dividir píldoras, incapacidad para pagar los costos de los medicamentos recetados, retrasar o no surtir una receta debido a la incapacidad de cubrir los costos (PAN Foundation, 2020).

Muchos estudios muestran que los costos de los medicamentos tienen un impacto desfavorable en la adherencia a la medicación. Los estudios demuestran una relación inversa entre los costos de los medicamentos y la capacidad de los pacientes para acceder a sus medicamentos. Los altos costos no solo reducen la probabilidad de que los pacientes inicien el tratamiento, sino que entre los pacientes que surten una receta inicial, especialmente para un medicamento costoso, los altos costos aumentan la probabilidad de que retrasen el resurtido de su prescripción, de que dejen el tratamiento antes de tiempo, omita dosis o corte las pastillas para que sus recetas duren más (Doshi, et al, 2018; Li, et al, 2018).

Así también se tiene, que el incumplimiento por no utilizar los medicamentos recetados presentan consecuencias, siendo que una gran cantidad de evidencia vincula la mala adherencia a los medicamentos recetados con resultados de salud desfavorables y mayores costos. Mayor riesgo de progresión de la enfermedad: la baja adherencia a la medicación está relacionada con un aumento en la gravedad de la enfermedad existente, así como con una mayor mortalidad (Ruppar, Cooper, Mehr, Delgado, & Dunbar, 2016).

Mayor riesgo de hospitalización: la falta de adherencia a los medicamentos recetados aumenta el riesgo de hospitalización para pacientes con una amplia variedad de afecciones crónicas comunes

que incluyen diabetes, insuficiencia cardíaca y enfermedad de las arterias coronarias (Du, Cheng, Zhang, Li, & Mei, 2017).

Aumento de los costos para los contribuyentes: la mala adherencia a los medicamentos para afecciones crónicas comunes como diabetes, insuficiencia cardíaca, colesterol alto e hipertensión genera miles de millones de dólares en gastos de un seguro médico que podrían haberse evitado (Watanabe, McInnis, & Hirsch, 2018).

Se ha demostrado que existe un impacto favorable de la gestión de casos, la educación del paciente y los programas de apoyo conductual en la adherencia a la medicación y subraya la necesidad de que los pacientes hablen con sus proveedores de atención médica si tienen problemas para adherirse a sus medicamentos por cualquier motivo. Sin embargo, para tener un impacto generalizado, las intervenciones destinadas a aumentar la adherencia deben ser susceptibles de amplia implementación. Las políticas que fomentan la aceptación de estas intervenciones no solo mejorarán la salud y la seguridad de los pacientes mediante una mayor adherencia, sino que también reducirán los costos excesivos para los contribuyentes. Un informe destaca el hecho de que las intervenciones exitosas deben abordar las barreras para la adherencia, como la complejidad del régimen, las creencias sobre la necesidad de medicamentos y las percepciones sobre los efectos secundarios (Gellad, Grenard, & McGlynn, 2019).

Hipertensión

La presión arterial alta (HTA) es considerado como uno de los principales problemas públicos de salud más desafiantes en todo el mundo y se informa como el principal factor de riesgo de muerte cardiovascular y hospitalizaciones (Wolf, Ewen, Mahfoud, & Böhm, 2018). De acuerdo con la mayoría de las pautas principales, se recomienda que se diagnostique hipertensión cuando la presión arterial sistólica de una persona en el consultorio o clínica sea ≥ 140

mm Hg y/o su presión arterial diastólica sea ≥ 90 mm Hg después de un examen repetido. A partir de ello, se tiene que la presión arterial normal alta tiene como objetivo identificar a las personas que podrían beneficiarse de las intervenciones en el estilo de vida y que recibirían tratamiento farmacológico si se presentan indicaciones convincentes.

Los pacientes con hipertensión a menudo son asintomáticos, sin embargo, los síntomas específicos pueden sugerir hipertensión secundaria o complicaciones hipertensivas que requieren más investigación (Unger et al, 2020). Se recomienda que el historial médico y familiar incluya:

Presión arterial: hipertensión de nueva aparición, duración, niveles previos de presión arterial, medicación antihipertensiva actual y previa, otros medicamentos de venta libre que pueden influir en la presión arterial, antecedentes de intolerancia (efectos secundarios) a medicamentos, adherencia al tratamiento antihipertensivo, entre otros (Unger et al, 2020).

Factores de riesgo: antecedentes personales de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, ataques isquémicos transitorios, diabetes, dislipidemia, enfermedad renal crónica, tabaquismo, dieta, consumo de alcohol, actividad física, aspectos psicosociales, antecedentes de depresión). Antecedentes familiares de hipertensión, enfermedad cardiovascular prematura, hipercolesterolemia (familiar), diabetes (Unger et al, 2020).

Síntomas/signos de hipertensión/enfermedades coexistentes: dolor de pecho, dificultad para respirar, palpitaciones, claudicación, edema periférico, dolores de cabeza, visión borrosa, nicturia, hematuria, mareos (Unger et al, 2020).

Generalmente, los niveles de presión arterial tienen estrechas distribuciones, en donde los valores medios asociados con la edad

presentaban un promedio de 115/75 mmHg, el cual es representado como una presión normal arterial o considerada como ideal para un individuo. Pero, las diferentes sociedades, específicamente aquellas con niveles de presión sistólica arterial suelen aumentar constantemente conforme se cuenta con mayor edad, esto presenta en mujeres como en varones. Este tipo de hallazgos se explican porque la edad es un proxy de que la duración y la probabilidad en la exposición de los factores ambientales conllevan a aumentar la presión arterial gradualmente con el tiempo, como el consumo excesivo de sodio, la ingesta insuficiente de potasio en la dieta, el sobrepeso y la obesidad, la ingesta de alcohol y la inactividad física. Otros factores, como la predisposición genética o el entorno intrauterino adverso (como la hipertensión gestacional o la preeclampsia), tienen asociaciones pequeñas pero definidas con los niveles de presión arterial alta en la edad adulta. Incluso aumentos modestos en la presión arterial media de la población dan lugar a grandes aumentos en el número absoluto de personas con hipertensión (Oparil et al, 2019).

El enfoque del tratamiento de la hipertensión y las controversias que rodean los paradigmas de tratamiento han evolucionado significativamente con el tiempo. Históricamente, la atención se ha centrado en determinar el tratamiento con un solo fármaco que proporcionó una reducción superior del riesgo de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, el enfoque contemporáneo del tratamiento de la hipertensión se ha desplazado apropiadamente a lo siguiente: 1) las características del paciente (edad, riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, enfermedad cardiovascular conocida y comorbilidades) que determinan el nivel de presión arterial en el que se administra el tratamiento con medicamentos antihipertensivos se iniciará, y 2) el nivel al que se debe reducir mínimamente la presión arterial para una protección óptima contra eventos de enfermedades cardiovasculares relacionadas con la presión. Esto último se logrará con poca

frecuencia mediante el tratamiento con un solo fármaco (Flack & Adekola, 2019).

La mala adherencia a los regímenes de tratamiento se considera una de las razones más importantes de la presión sanguínea incontrolada en pacientes hipertensos. La adherencia al tratamiento de la hipertensión se define como el proceso mediante el cual los pacientes siguen los regímenes de tratamiento acordados con su médico. Por tanto, es necesario medir la adherencia del paciente hipertenso y dilucidar las barreras, diseñando así métodos adecuados para mejorar la adherencia (Pan et al, 2019).

Hipertensión secundaria

Los indicios clínicos que deben levantar sospechas de una causa secundaria de hipertensión incluyen ronquidos/somnolencia diurna, aparición repentina de hipertensión, aparición de hipertensión <30 años de edad, hipertensión acelerada, pérdida brusca del control de la presión arterial en un paciente con control previo de la presión arterial, uso de sustancias que elevan la presión arterial tales como antiinflamatorios no esteroideos, anfetaminas, agentes, así como los inmunosupresores, resistentes (en donde se ha tomado entre 3 o 4 medicamentos antihipertensivos, incluido un diurético y presión arterial por encima del objetivo o tomando ≥ 4 medicamentos, incluido un diurético y presión arterial por debajo objetivo) o hipertensión refractaria (tomando ≥ 5 fármacos, incluido un diurético, y presión arterial por encima del objetivo), hipopotasemia no provocada (sin tomar un diurético) o excesiva o aparición de hipertensión diastólica en pacientes mayores (≥ 65 años). Varias causas comunes de hipertensión secundaria se describen brevemente a continuación (Flack & Adekola, 2019).

La apnea del sueño se encontrará comúnmente en pacientes con hipertensión resistente y refractaria. El sueño no reparador, los ronquidos y la somnolencia diurna son pistas clínicas para perseguir

este diagnóstico. La prescripción de presión positiva continua en las vías respiratorias, si realmente la utiliza el paciente, reduce modestamente la presión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular. La pérdida de peso también puede reducir la gravedad de la apnea del sueño (Flack & Adekola, 2019).

La prevalencia de aldosteronismo primario es aproximadamente del 20% en pacientes con hipertensión resistente. La adrenalectomía es el tratamiento de elección en aquellos que finalmente se ha demostrado que tienen una hipersecreción unilateral de aldosterona. Sin embargo, la mayoría (~ 60%) de los pacientes con aldosteronismo primario tienen hipersecreción bilateral y no serán candidatos para la adrenalectomía. Los ensayos de revascularización de la arteria renal en pacientes con estenosis aterosclerótica crítica de la arteria renal no han proporcionado ningún beneficio clínico marginal en relación con el tratamiento médico. Por lo tanto, la guía del American College of Cardiology/American Heart Association recomienda el tratamiento médico para la obstrucción aterosclerótica de la arteria renal en la mayoría de los pacientes; sin embargo, la guía sugiere que es razonable considerar la revascularización de la arteria renal en las siguientes situaciones: 1) hipertensión refractaria (presión arterial no controlada mientras se toman ≥ 5 fármacos, uno de los cuales es un diurético), 2) empeoramiento de la función renal (nefropatía isquémica), o 3) insuficiencia cardíaca intratable. Los pacientes (90% mujeres) con displasia fibromuscular generalmente se diagnostican a principios de los 50 años. El tratamiento recomendado eficaz es la angioplastia sin stent (endoprótesis vascular) (Flack & Adekola, 2019).

Estilo de vida y dieta

Solo se deben prescribir modificaciones en la dieta y el estilo de vida para las personas con hipertensión de bata blanca, presión arterial elevada e hipertensión en etapa 1 que no califiquen para la

tratamiento inicial con medicamentos antihipertensivos. Se recomendaron las siguientes modificaciones en la dieta y el estilo de vida: 1) restricción de sodio a <1500 mg/d o una reducción mínima absoluta de al menos 1000 mg / d, 2) aumento de la ingesta de potasio en la dieta (3500-5000 mg / d), 3) Pérdida de peso en caso de sobrepeso/obesidad (peso corporal ideal objetivo o, alternativamente, pérdida de peso de al menos 1 kg), 4) prescripción adecuada de actividad física (resistencia aeróbica o dinámica 90-150 min/semana o resistencia isométrica 3 sesiones/semana), 5) moderación de la ingesta de alcohol (≤ 2 bebidas por día en hombres, ≤ 1 por día en mujeres) y 6) Enfoques dietéticos saludables para detener la hipertensión, dieta similar rica en frutas, verduras, cereales integrales y productos lácteos bajos en grasa con grasas saturadas y totales reducidas (Flack & Adekola, 2019).

Seguimiento de pacientes

Las personas con lecturas de presión arterial normales, así como las personas con hipertensión de bata blanca, deben volver a controlarse anualmente; Se debe medir la presión arterial en el hogar o la monitorización ambulatoria diurna de la presión junto con la presión arterial en el consultorio. La hipertensión de bata blanca se convierte en hipertensión sostenida en 1 a 5% de los pacientes con esta afección cada año. Aquellos con presión arterial elevada deben repetir la medición de la presión arterial cada 3 a 6 meses. Las personas con hipertensión en etapa 1 que no califiquen inicialmente para el tratamiento con medicamentos también deben tener un seguimiento cada tres a seis meses. Los pacientes que inician el tratamiento con medicamentos deben recibir un seguimiento aproximadamente una vez al mes para la titulación del medicamento hasta que se controle la presión arterial (Flack & Adekola, 2019).

Dimensiones de adherencia al tratamiento

Actitud

Se considera como un conjunto de procedimientos que conducen el comportamiento particular de las personas, el cual es un punto fundamental para el mantenimiento y la adopción de ciertos patrones de comportamiento, dado que representa la predisposición de los pacientes por implementar en sus acciones el autocuidado, beneficiando a la disminución de riesgo por la enfermedad e incrementando la receptividad al tratamiento, además una buena actitud permite una percepción positiva sobre su salud y mejora el autoestima (Martins, 2018).

Las actitudes de los pacientes son la reacción sobre varios aspectos de su difícil situación, su propia capacidad de afrontamiento y el sistema de atención médica influyen en los informes de dolor, actividad, discapacidad y respuesta al tratamiento. Algunos pacientes muestran constantemente actitudes desadaptativas sobre el dolor que comprometen sus recursos de afrontamiento. Estas actitudes desadaptativas a menudo no se basan en hechos, sino que están impulsadas emocionalmente, lo que lleva a una sensación de impotencia y baja autoeficacia. Como consecuencia, muchos pacientes con dolor descubren que su capacidad para afrontar de forma adaptativa el dolor crónico y la discapacidad se ve sustancialmente comprometida (Pagès & Valverde, 2018).

Olvido de medicina: es la pérdida del recuerdo sobre las dosis que se debe de tomar en ciertos intervalos de tiempo, es decir es no recordar la administración de un fármaco, lo cual suspende el tratamiento antes del periodo recomendado (Reyes et al, 2016).

Recordación de la medicina: es tener presente la toma del medicamento, de acuerdo a la prescripción del horario, además de seguir tal y como indica su ingesta en el horario establecido por el médico (Muñoz, 2016).

Dejar o bajar dosis de medicina: es no tomar las dosis de los medicamentos según lo establecido por el médico dentro del horario establecido. Por ello si se omite la toma de algún medicamento, es necesario consultar con el médico para que le brinde la información adecuada (Muñoz, 2016).

Carga con sus medicinas: es llevar consigo el medicamento a fin de que disponga de este en todo momento, para ello es necesario que el paciente lleve un control de los horarios en que tomará los medicamentos a fin de tenerlos disponibles en todo momento (Rodríguez, García, Carbonell, & León, 2017).

Comportamiento

El comportamiento de los pacientes se considera como un conjunto de actividades individuales referente al cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por el médico, como tener una alimentación sana, realizar actividad física, asistir a las consultas, entre otros, que representan un papel fundamental para el control de la hipertensión (Patel et al, 2017).

El comportamiento en relación a un tratamiento es la forma en como un paciente decide tomar una medicación el cual va de acuerdo con las indicaciones brindadas por el profesional de la salud, ya que estos ayudan a controlar la toma o no de los medicamentos prescritos. La información que brinda, el medir y evaluar periódicamente el comportamiento del paciente sobre su forma o la manera en que cumple con su medicación, permite identificar aquellas barreras o factores que determinen una buena o mala adherencia al tratamiento como también encontrar las creencias que se relacionan con dicha adherencia a un tratamiento (Pagès & Valverde, 2018).

Toma de medicina el día anterior: cuando se olvida la toma del medicamento, muchas veces los pacientes toman doble dosis, sin embargo, ello puede generar riesgos para la salud de la persona, por

lo que se debe de consultar con el médico a fin de obtener la información necesaria (Muñoz, 2016).

Percepción de mejoría: son las impresiones que tiene el paciente respecto a la adecuada reacción de su organismo frente a un determinado tratamiento médico, es decir es cuando el paciente siente una reducción de los síntomas generados por la enfermedad y la percepción del control de esta (Lemos et al, 2019).

Descontento por seguir tratamiento: es cuando el paciente se siente disgustado con el tratamiento que está recibiendo o presenta un estado anímico negativo, lo que hace que considere que no observa ninguna mejora y termine abandonando las recomendaciones terapéuticas (Moya, 2017).

Dificultad para recordar tomar medicina: es la situación o circunstancia que hace difícil recordar la dosis que se debe de tomar cada cierto tiempo, es decir es el olvido de la administración de un determinado medicamento (Reyes et al., 2016).

Medición de la adherencia al tratamiento

La clasificación comúnmente utilizada de los métodos de evaluación de la adherencia, utilizada por la OMS, se refiere en primer lugar a los métodos subjetivos y objetivos. Los métodos subjetivos involucran la evaluación del paciente de su comportamiento de toma de medicamentos o del proveedor de atención médica (generalmente con la ayuda de un cuestionario) y están inclinados a un cierto grado de sesgo. Por otro lado, los métodos objetivos (como las mediciones de resultados clínicos, recuentos de dosis, registros de farmacia, monitoreo electrónico de la administración de medicamentos) tienen el potencial aparente de medir mejor la adherencia al tratamiento. La clasificación adicional se refiere a los métodos de evaluación directos e indirectos (Anghel, Farcas, & Prean, 2019). Los métodos directos se refieren a la observación directa del tratamiento o la medición del fármaco (o metabolito) o de

los niveles de marcadores biológicos en sangre y orina, que prueban que el paciente ha tomado el medicamento. Los métodos indirectos incluyen cuestionarios de pacientes, autoinformes del paciente, recuento de píldoras, tasas de reabastecimiento de recetas, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitores electrónicos de medicación, medición de marcadores fisiológicos o diarios del paciente (Pagès & Valverde, 2018).

Métodos directos. Los métodos directos incluyen mediciones de la concentración del fármaco (o un metabolito) en los fluidos corporales. Si bien puede considerarse como un método adecuado y preciso, que puede ofrecer una fuerte evidencia de la ingestión del fármaco, existen algunas variables que deben considerarse. El metabolismo del fármaco, la variación individual en la farmacocinética del fármaco, las interacciones fármaco-fármaco y las interacciones fármaco-alimento pueden interferir con la precisión del método, haciéndolo inaplicable para algunos fármacos que tienen un tiempo prolongado de reducción a la mitad y pueden detectarse mucho después de que el paciente detuvo el tratamiento. El método es apropiado para medir la adherencia a un régimen de tratamiento farmacológico solamente y no ofrece datos complementarios sobre las causas adicionales de la falta de adherencia y no informa sobre patrones de no adherencia. También es bastante caro y algunos pacientes podrían considerarlo como una intervención. También se debe considerar el sesgo potencial, ya que algunos pacientes comienzan a tomar sus medicamentos antes de los próximos exámenes. El parámetro medido, la presencia del fármaco (o metabolito), simplemente genera un resultado sí/no. Por tanto, este método no ofrece información adicional sobre patrones o niveles de adherencia o factores que puedan influir en él (Anghel, Farcas, & Preat, 2019).

La observación directa. Específicamente del comportamiento de toma de medicamentos del paciente por parte de los profesionales de la salud puede proporcionar una prueba de la ingestión del

medicamento, pero en algunos casos puede ser poco práctico y no del todo exacto (los pacientes pueden imitar la administración del medicamento, solo para desecharlo después). Además, las observaciones directas solo son posibles para pacientes hospitalizados o institucionalizados y su uso no es práctico en entornos de gran población. El sesgo se puede introducir fácilmente si los pacientes administran el medicamento solo cuando reciben visitas del personal de salud, lo que conduce a una falsa adherencia (Anghel, Farcas, & Prean, 2019).

Métodos indirectos. Los métodos indirectos son mucho más populares en la investigación de la adherencia e incluyen: recuento de píldoras, dispositivos de monitoreo electrónico, el uso de registros médicos electrónicos y medidas auto informadas (Pagès & Valverde, 2018).

El recuento de píldoras. Es un método simple que calcula el número de dosis que se han tomado entre citas y lo compara con el número total de dosis que ha recibido el paciente. Luego se calcula una tasa de adherencia. Este es un método sencillo y de bajo costo que se puede aplicar fácilmente para diferentes tipos de formulaciones (tabletas, inhaladores). Puede evaluar una adherencia media, pero no proporciona información específica sobre la adherencia diaria o los patrones de adherencia. Se basa en la suposición de que retirar el número correcto de comprimidos de la unidad de dosificación es equivalente a tomar el medicamento como se recomienda. Sin embargo, este método no prueba la ingestión real del fármaco. También se deben considerar las posibles variaciones en el régimen de dosificación, especialmente en condiciones crónicas (Anghel, Farcas, & Prean, 2019).

Las bases de datos electrónicas. Son aquellas bases de datos de reclamaciones de farmacia y seguros, registros, el cual basa la medición de la adherencia o persistencia, se basa en el supuesto de que los patrones de reabastecimiento de recetas coinciden con el

comportamiento de toma de medicamentos. Esto requiere la existencia de un sistema electrónico centralizado con coherencia entre prescriptores y dispensadores, y puede ser un método conveniente y económico para medir la adherencia (Anghel, Farcas, & Prean, 2019).

Los dos parámetros que se miden con mayor frecuencia en las bases de datos son el índice de posesión de medicamentos y la proporción de días cubiertos. La posesión de medicamentos se define frecuentemente como la proporción (o porcentaje) de suministro de días obtenido durante un período de tiempo específico o durante un período de intervalos de reabastecimiento. Al interpretar y analizar los datos de la literatura es importante evaluar cómo se calculó la proporción de días cubiertos, ya que existen varios métodos de cálculo de la proporción de días cubiertos. La proporción de días cubiertos es el número de días en que el medicamento estuvo disponible dividido por el número de días del período de estudio. Comúnmente se aconseja un punto de corte (al menos 80% de adherencia), que categoriza a los pacientes como adherentes y no adherentes (Anghel, Farcas, & Prean, 2019).

Los dispositivos de monitoreo electrónico. Como el sistema de monitoreo de eventos de medicación, son dispositivos incorporados en el contenedor que almacena el historial de dosificación del medicamento recetado por el paciente. Se supone que la apertura del recipiente coincide con la ingestión del medicamento. Varios estudios han demostrado su alta precisión y se utiliza como estándar de referencia para validar otros métodos de adherencia, número de dosis tomadas y otras desviaciones del régimen de dosificación. El uso incorrecto del dispositivo y la apertura del envase sin tomar el medicamento pueden dar lugar a resultados falsos (El Alili et al, 2016).

Los métodos auto informados. Se encuentran entre los procedimientos más baratos y sencillos para medir la adherencia. Ya

sea que se distribuyan en línea, se administren como entrevistas estructuradas o cuestionarios escritos, gozan de un alto grado de popularidad en la investigación de la adherencia y se pueden adaptar fácilmente a diferentes poblaciones de pacientes (Anghel, Farcas, & Prean, 2019).

Los cuestionarios. Son una medida estandarizada de autoevaluación para evaluar la adherencia a un régimen de medicación específico y también pueden brindar información adicional sobre actitudes, comportamientos e intenciones. Por lo general, se validan con otras medidas, y un gran número también se ha correlacionado fuertemente con medidas objetivas en diferentes poblaciones de pacientes (Anghel, Farcas, & Prean, 2019).

Test Morisky-Green. Es uno de los cuestionarios de mayor conocimiento y empleo dentro de la práctica clínica como en la parte académica o de investigación como es el caso del cuestionario de Morisky-Green. Inicialmente la versión constaba de cuatro preguntas que presentaban una escala dicotómica respecto a sus respuestas, a fin de valorar las barreras respecto a una adherencia terapéutica correcta. Este instrumento inicial se presentaba como MAQ (*Medication Adherence Questionnaire*) o también como MMAS-4 (*Morisky Medication Adherence Scale*), siendo que este instrumento se ha empleado para diferente variedad de patologías como de poblaciones, entre otros la hipertensión arterial, para el 2008 se hizo público una versión del test original como 8 ítems llamado MMAS-8 (*8-item Morisky Medication Adherence Scale*), los ítems adicionales hacen referencia al comportamiento del paciente respecto a la toma de la medicación (Pagès & Valverde, 2018).

Riesgo de complicaciones

Respecto a la presión alta se centra generalmente como una afección crónica que puede causar un daño progresivo. Sin embargo, a veces, la presión arterial aumenta de manera tan rápida

y grave que se convierte en una emergencia médica, la cual también surgen como síntomas en aquellos pacientes que no cuenta con tratamiento, y de agravarse requiere tratamiento inmediato, a menudo con hospitalización (Lima, Rodrigues, Sousa, & Pacheco, 2019).

Dimensiones de riesgo de complicaciones

Complicaciones fisiológicas

Son un tipo de complicaciones a causa de síntomas físicos, los cuales generan disrupción de manera significativa en la vida cotidiana de los pacientes afectados. Se consideran como reacciones frente a la enfermedad o molestias físicas que llegan a afectar a otros órganos (Pascual & Cerecedo, 2015). Las complicaciones fisiológicas, son efectos o formas físicas de como un cuerpo reacciona ante una cierta enfermedad, como la presión arterial alta (hipertensión), la cual puede dañar silenciosamente su cuerpo durante años antes de que se desarrollen los síntomas, porque este tipo de enfermedades, al no poder ser controlada puede provocar discapacidad, mala calidad de vida o incluso un ataque cardíaco o un derrame cerebral fatal, lo cual antes de suceder estos desenlaces se tiene algunas complicaciones de menor seriedad, pero de igual forma puede llegar a suceder lo mencionado (Lowry & Ashelford, 2016).

Tinnitus: se considera un síntoma que se caracteriza por la percepción de sonidos que, en gran parte de la mayoría de los casos, no se presenta en una fuente sonora externa. Es decir, es la percepción de un zumbido o ruido en los oídos, lo cual genera una disminución de la calidad de vida de las personas (Wimmer, Donoso, Leiva, Breinbauer, & Délano, 2019).

Visión borrosa: es consecuente a cambios de agudeza visual que, en un menor o mayor grado, puede afectar a la distinción de los pequeños detalles, definir adecuadamente los contornos o ver con

claridad a distancia, sin embargo, se considera como uno de los problemas de la vista más comunes, pero que en la mayoría de los casos no tiene riesgo de gravedad (Peña, Castellanos, & Becerra, 2017).

Cefalea: es el dolor ubicado sobre la línea existente entre ambos cantos oculares externos, hasta llegar al centro del canal auditivo externo, además es un dolor en la extremidad cefálica y conforma uno de los motivos de consulta más comunes en las personas (Gómez & Alejandra, 2015).

Rubor facial: es el enrojecimiento súbito del rostro, el cuál adquiere la definición de patología por su nivel de intensidad y se caracteriza porque no puede ser controlado, además produce una sensación de calor que se extiende de manera rápida por el área del rostro (Fibla, López, Hernández, & Guirao, 2017).

Mareos: se genera cuando al cerebro no llega suficiente sangre, lo cual puede ocurrir al presentar una repentina disminución de la presión arterial o no presente suficiente agua por diversas causas como fiebre, vómito u otras afecciones (Vázquez, Ylhuicatzí, & Ariza, 2017).

Complicaciones emocionales

Se considera como un conjunto de sensaciones que experimenta el paciente durante un determinado tiempo dentro del cual se encuentra el miedo intenso, la insatisfacción, expectación inquietante, estrés entre otros, los cuales generan un problema para manejar de manera adecuada la vida diaria (García, et al, 2017).

Las complicaciones emocionales pueden evidenciarse al experimentar muchos sentimientos diferentes, como ansiedad, miedo, ira, tristeza o frustración. Estos sentimientos a veces pueden alimentarse entre sí y producir síntomas físicos, haciéndolo sentir aún peor. Para algunas personas, los eventos estresantes de la vida

pueden contribuir a los síntomas de la depresión o ansiedad, por lo que, las complicaciones emocionales generan impactos negativos en la salud mental del paciente, lo cual impide que pueda continuar con el tratamiento, por su baja capacidad para afrontar estas complicaciones (Fink, 2016).

Depresión: se caracteriza por presentar sucesos de tristeza, ira, frustración los cuales interfieren con la vida diaria de las personas, los cuales pueden durar semanas o largos periodos de tiempo (Lemos & Agudelo, 2015).

Ansiedad: es un estado mental que se caracteriza por una gran inseguridad o inquietud, además se produce por la angustia producto de ciertas enfermedades (Barraza et al, 2015).

Estrés: se define como un sentimiento de tensión emocional o física, que se genera por cualquier situación o pensamiento que hace sentir a las personas nerviosas, frustrados o furiosos (Barraza et al., 2015).

Teoría del autocuidado de Orem

Existen casos en los que se anima a los pacientes a sacar lo mejor de ellos a pesar de estar enfermos durante un período de tiempo. Esto es muy particular en los entornos de rehabilitación, en los que los pacientes tienen derecho a ser más independientes después de ser atendidos por médicos y enfermeras. A través de esto, la Teoría de Enfermería del Autocuidado o el Modelo de Enfermería de Orem fue desarrollado por Dorothea Orem entre 1959 y 2001. Se considera una gran teoría de enfermería, lo que significa que la teoría cubre un amplio alcance con conceptos generales que se pueden aplicar a todas las instancias de enfermería (Kim, Tsang, Zhang, & Chan, 2021).

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem definió a la enfermería como el acto de ayudar a otros en la provisión y manejo del autocuidado para mantener o mejorar el funcionamiento humano en el nivel de efectividad del hogar. Se centra en la capacidad de cada

individuo para realizar el autocuidado, definido como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio nombre para mantener la vida, la salud y el bienestar (Kim, Tsang, Zhang, & Chan, 2021).

La condición que valida la existencia de un requisito de enfermería en un adulto es la ausencia de la capacidad de mantener continuamente esa cantidad y calidad de autocuidado que es terapéutico para mantener la salud y la vida, para recuperarse de una enfermedad, lesión o para afrontarla con sus efectos. En el caso de los niños, la condición es la incapacidad del padre (o tutor) de mantener continuamente para el niño la cantidad y la calidad de la atención que es terapéutica (Kim, Tsang, Zhang, & Chan, 2021). Asimismo, Orem definió algunos conceptos referentes a su teoría:

Enfermería. Es un arte a través del cual el practicante de enfermería brinda asistencia especializada a las personas, lo que hace que la asistencia más que ordinaria sea necesaria para satisfacer las necesidades de autocuidado. El personal de enfermería participa inteligentemente en la atención médica que el individuo recibe del médico (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

Humanos. Los seres humanos se definen como hombres, mujeres y niños atendidos individualmente o como unidades sociales y son el objeto material de las enfermeras y otras personas que brindan atención directa (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

Ambiente. El medio ambiente tiene características físicas, químicas y biológicas. Incluye la familia, la cultura y la comunidad (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

Salud. Es ser estructural y funcionalmente íntegro o sólido. Además, la salud es un estado que abarca tanto la salud de los individuos como de los grupos, y la salud humana es la capacidad de reflexionar sobre uno mismo, simbolizar la experiencia y

comunicarse con los demás (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

3.3. Marco conceptual

Actitud. Es un conjunto de procedimientos que conducen el comportamiento particular de las personas, el cual es un punto fundamental para el mantenimiento y la adopción de ciertos patrones de conducta (Martins, 2018).

Adherencia. Es la medida en que los comportamientos relacionados con el tratamiento de los pacientes (tomar medicamentos, seguir una dieta, modificar hábitos o acudir a clínicas) corresponden con los consejos del profesional de la salud (Dwajani, Prabhu, Ranjana, & Sahajananda, 2018).

Adulto mayor. Es definido como una persona mayor de 60 años. Sin embargo, las familias y las comunidades suelen utilizar otros referentes socioculturales para definir la edad, incluido el estado familiar (The UN Refugee Agency, 2018).

Autocuidado. El autocuidado es la realización o práctica de actividades que las personas inician y realizan su propio cuidado para mantener la vida, la salud y el bienestar (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017).

Comorbilidad. La comorbilidad se define como una condición médica que coexiste con una condición índice (Perez de Celis & Hurria, 2020).

Complicaciones. Una complicación en medicina, o complicación médica, es un resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud o tratamiento. Las complicaciones pueden afectar negativamente el pronóstico o el resultado de una enfermedad (Lustenberger et, 2020).

Complicaciones emocionales. un conjunto de sensaciones que experimenta el paciente durante un determinado tiempo los cuales generan un problema para manejar de manera adecuada la vida diaria (García, et al, 2017).

Complicaciones fisiológicas. Son un tipo de complicaciones a causa de síntomas físicos, los cuales generan disrupción de manera significativa en la vida cotidiana de los pacientes afectados (Pascual & Cerecedo, 2015).

Comportamiento. Se considera como un conjunto de actividades individuales referente al cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por el médico (Patel et al, 2017).

Conocimiento. El conocimiento es la información y comprensión sobre un tema en específico que tiene cualquier individuo (Bolisani & Bratianu, 2018).

Dieta saludable. Una dieta saludable ayuda a proteger contra la malnutrición en todas sus formas, así como contra las enfermedades no transmisibles, incluidas la diabetes, las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer (World Health Organization, 2020).

Enfermedad cardiovascular. Conocida también como enfermedad cardíaca, se refiere a las siguientes 4 entidades: enfermedad de las arterias coronarias, que también se conoce como enfermedad cardíaca coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y arterosclerosis aórtica (Olvera, Ballard, & Jan, 2020).

Enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Definida como un infarto de miocardio no mortal (ataque cardíaco), muerte por enfermedad coronaria o accidente cerebrovascular (Virani, Sidney, Stone, & Grundy, 2020).

Hipertensión. Es una afección común en la que la fuerza a largo plazo de la sangre contra las paredes de las arterias es lo suficientemente alta como para eventualmente causar problemas de salud, como enfermedades cardíacas (Unger et al, 2020).

Medicamento. Es cualquier tipo de sustancia que tiene un efecto fisiológico cuando se ingiere o se introduce de otra manera en el cuerpo (Medline Plus, 2020).

Paciente. Es la situación sanitaria de una persona, esta puede ser clasificado como paciente clínico, así como paciente quirúrgico (Barrington, Hanna, & Oehrlein, 2020).

Presión arterial. Es la tensión ejercida por parte de la sangre al empujar contra las paredes de las arterias. se toma utilizando dos medidas: sistólica (medida cuando el corazón late, cuando la presión arterial está en su nivel más alto) y diastólica (medida entre latidos del corazón, cuando la presión arterial está en su nivel más bajo) (Unger et al, 2020).

Prevención. Es aquella disposición o medida tomada de manera anticipada para evitar que suceda algún aspecto considerado negativo para el paciente (Cirrincione, et al, 2020).

Tratamiento. Se refiere a la forma o los medios empleados para llegar a la esencia de algo, en el cual generalmente es una enfermedad (Sauer, Gutner, Farchione, & Boettcher, 2016).

Riesgo. Está relacionado con un factor (conocido como factor de riesgo) modula la probabilidad de que una enfermedad o evento ocurra, empeore o mejore en las personas en las que está presente (Miljkovic et al, 2020).

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y Nivel de Investigación

El tipo de investigación utilizado fue básica, es también conocida como fundamental o pura, la cual tiene como finalidad el aporte organizado de conocimientos. Las investigaciones básicas permiten analizar las estructuras, propiedades y relaciones de las variables con el fin de poder formular, así como contrastar teorías, hipótesis o leyes. Este tipo de investigación, el investigador se preocupa por obtener información para enriquecer y reforzar el conocimiento teórico, la cual sirve de insumo para el desarrollo de investigaciones prácticas (Ñaupas et al, 2018). En cuanto al enfoque del estudio es cuantitativo, dado que se utilizó la recolección de datos para la comprobación de las hipótesis planteadas, por medio de la medición numérica y análisis o evaluación estadística, además tiene como propósito establecer el comportamiento de cada una de las variables o categorías bajo análisis (Hernández y Mendoza, 2018). Asimismo, presentó un nivel correlacional, pues se parte inicialmente de identificar y conocer las características de las variables presentadas para posteriormente detectar la existencia de asociación entre ellas (Hernández & Mendoza, 2018).

4.2. Diseño de Investigación

La presente investigación tuvo un diseño no experimental, pues las variables materia de investigación no se manipularán deliberadamente, sino que estos se analizaron en su entorno natural. En otras palabras, no hubo intervención del investigador en la manipulación de las variables (Ñaupas, Valdivia, Palacios, & Romero, 2018).

4.3. Población – Muestra

Población

Para la población en estudio se conformó por 95 adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernal. Conforme menciona Hernández y Mendoza (2018) la población son el conjunto de todos los elementos que presentan las mismas especificaciones entre ellos.

Muestra

Así como la población, la muestra de estudio presentó características y propiedades homogéneas, de lo cual se desprende que la muestra es como un subgrupo fiel de la población a quien representa (Ñaupás, et al, 2018). Para establecer el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Donde:

N = Tamaño de la población

Z = Valor de la distribución de la curva normal estandarizada con un nivel de confianza de 95%, 1.96

p = proporción de la probabilidad de la variable en estudio, 50% (0.50)

q = p – 1

E = Error permisible en el cálculo de la muestra, 5% (0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2(95)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(95 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

n = 76 pacientes

Por lo que para la presente investigación la muestra estuvo conformada por 76 adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.

Asimismo, presentó un muestro probabilístico, de tal forma la muestra es escogida de manera aleatoria, es decir todos los pacientes tienen la misma opción de ser escogidos para el estudio,

4.4. Hipótesis generales y específicas

4.4.1. Hipótesis General

H.I: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

4.4.2 Hipótesis Específicos

H.E.1: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

H.E.2: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

4.5. Identificación de las variables

Variable 1: Adherencia al tratamiento. Es la medida en que los comportamientos relacionados con el tratamiento de los pacientes (tomar medicamentos, seguir una dieta, modificar hábitos o acudir a clínicas) corresponden con los consejos del profesional de la salud (Dwajani, Prabhu, Ranjana, & Sahajananda, 2018).

Variable 2: Riesgo de complicaciones. Es la probabilidad de que un evento negativo relacionado con una enfermedad ocurra o empeore, requiriendo tratamiento u hospitalización (Lima, Rodrigues, Sousa, & Pacheco, 2019).

4.6. Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Adherencia al tratamiento	Es la medida en que los comportamientos relacionados con el tratamiento de los pacientes (tomar medicamentos, seguir una dieta, modificar hábitos o acudir a clínicas) corresponden con los consejos del profesional de la salud (Dwajani, Prabhu, Ranjana, & Sahajananda, 2018).	Se centra en medir el comportamiento de los pacientes frente al tratamiento, la cual se midió conforme a los indicadores de las dimensiones, actitud y comportamiento, la cual estuvo conformado por 7 ítems en escala nominal y 1 ítem en escala ordinal.	D.1: Actitud	Olvido de medicina	Nominal/ Ordinal
				Recordación de la medicina	
				Dejar o bajar dosis de medicina	
			D.2: Comportamiento	Carga con sus medicinas	
				Toma de medicina el día anterior	
				Percepción de mejoría	
Descontento por seguir tratamiento					
Dificultad para recordar tomar medicina					
Riesgo de complicaciones	Es la probabilidad de que un evento negativo relacionado con una enfermedad ocurra o empeore, requiriendo tratamiento u hospitalización (Lima, Rodrigues, Sousa, & Pacheco, 2019).	Es la posibilidad de presentar síntomas relacionadas con la enfermedad, siendo medida conforme a los indicadores de las dimensiones, complicaciones fisiológicas y complicaciones emocionales, la cual estuvo conformado por 8 ítems en escala nominal.	D.1: Complicaciones fisiológicas	Tinnitus	Nominal
				Visión borrosa	
				Cefalea	
				Rubor facial	
			D.2: Complicaciones emocionales	Mareos	
				Depresión	
				Ansiedad	
Estrés					

4.7. Recolección de datos

Para la recopilación de la información se empleó la técnica de la encuesta, la cual se orienta a la recopilación de testimonios u opiniones, presentándose de manera oral y escritas, con la finalidad de conocer y tener información sobre hechos o actitudes particulares sobre un escenario en específico (La Red, 2017). En base a lo mencionado, el instrumento que complementa la técnica de la encuesta es el cuestionario de preguntas, siendo este formato conformado por un grupo de ítems o preguntas construidas por los indicadores de estudio, así como sus dimensiones (Hernández y Mendoza, 2018).

Se empleó dos cuestionarios para la recolección de datos. Respecto a la variable de adherencia al tratamiento, se empleó el test de Morisky-Green, el cual evalúa la actitud y el comportamiento del paciente, donde la actitud cuenta con cuatro preguntas bajo una escala dicotómica (sí y no), mientras que la dimensión actitud cuenta también con tres preguntas bajo una escala dicotómica (sí y no), y la última bajo una escala Likert de cinco escalas (nunca/raramente, de vez en cuando, a veces, normalmente y siempre). Para la variable riesgo de complicaciones se realizó en base a las complicaciones más recurrentes entre los pacientes, estructurados en dos dimensiones. La dimensión complicaciones fisiológicas cuenta con cinco ítems bajo una escala dicotómica (sí y no), y la dimensión complicaciones emocionales cuenta con tres ítems, bajo una escala dicotómica (sí y no).

Para el análisis de los datos, se realizó un análisis descriptivo de las variables. En el caso de la variable adherencia al tratamiento, se contabilizaron como pacientes adherentes quienes cumplían con responder a las siete primeras preguntas del cuestionario en el siguiente orden: No, No, No, No, Sí, No, No, y en relación a la última, se consideran las respuestas 1 (nunca/raramente) 2 (De vez en

cuando). En el caso de la variable riesgo de complicaciones, se contabilizaron el número de complicaciones presentadas por los pacientes. Por último, el análisis inferencial se llevó a cabo empleando el estadístico Rho de Spearman.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de Resultados

Cuadro N° 1:

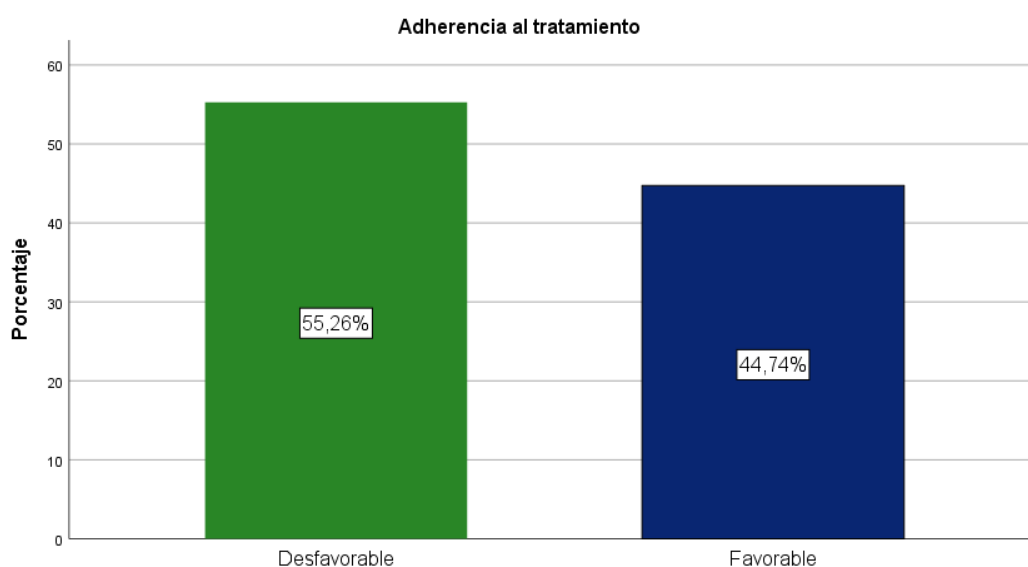
Frecuencias y porcentajes de adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	42	55,3
Favorable	34	44,7
Total	76	100,0

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 1:

Frecuencias y porcentajes de adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.



Cuadro N° 2:

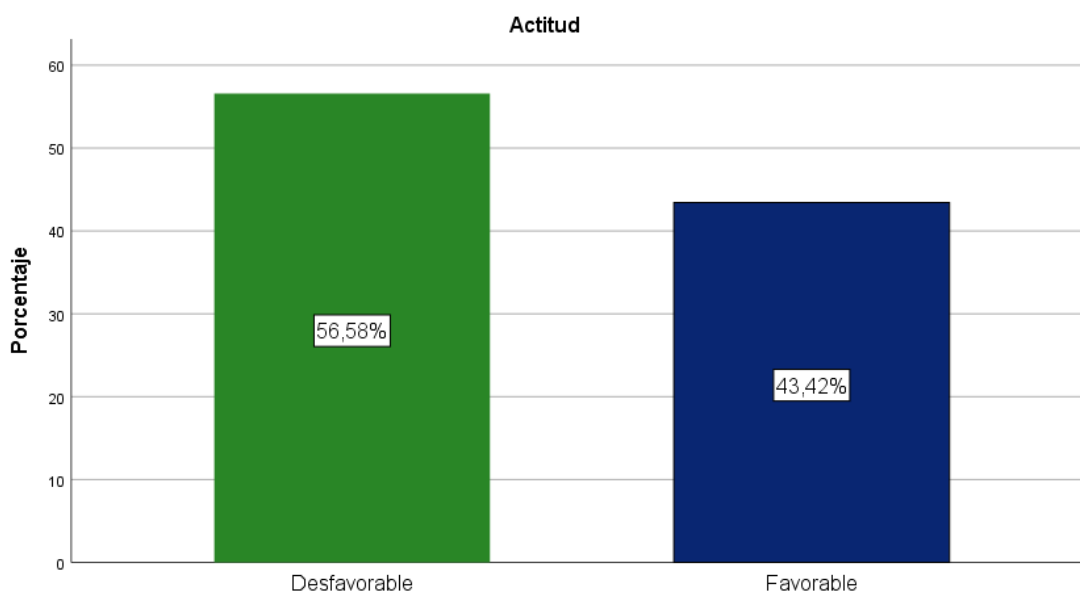
Frecuencias y porcentajes de la actitud en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	43	56,6
Favorable	33	43,4
Total	76	100,0

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 2:

Frecuencias y porcentajes de la actitud en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.



Cuadro N° 3:

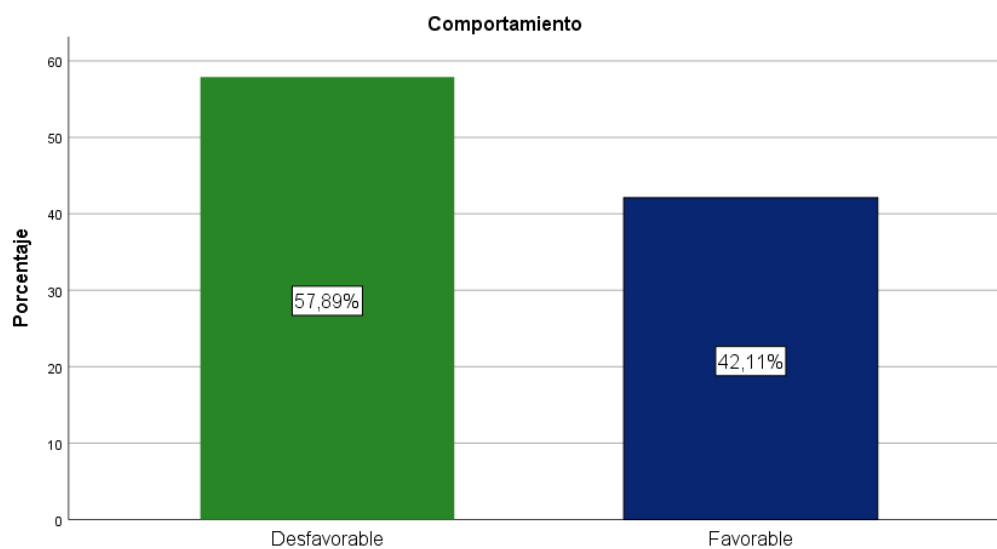
Frecuencias y porcentajes del comportamiento en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	44	57,9
Favorable	32	42,1
Total	76	100,0

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 3:

Frecuencias y porcentajes del comportamiento en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.



Cuadro N° 4:

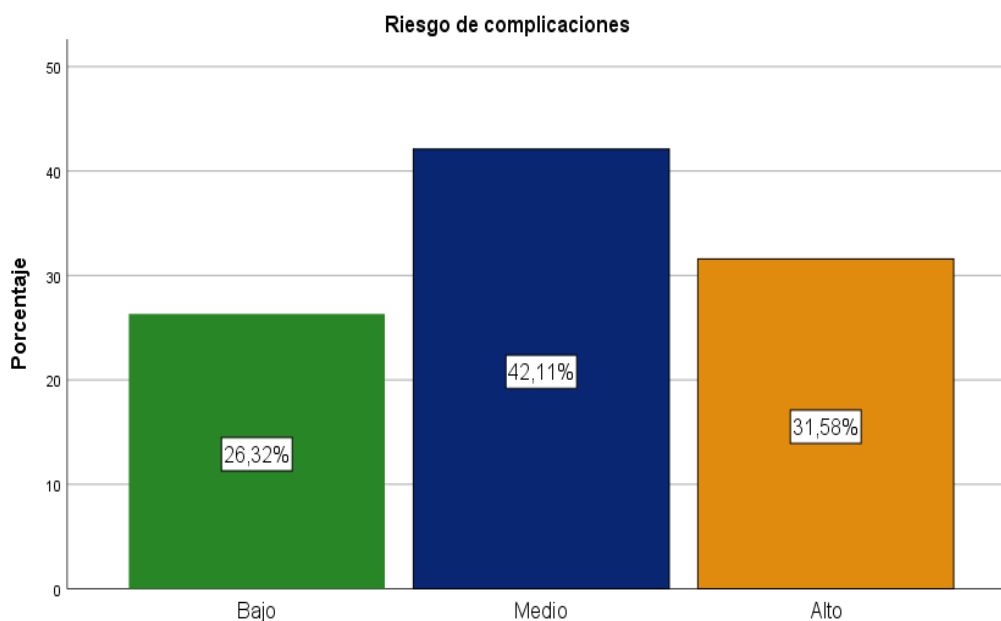
Frecuencias y porcentajes de riesgo de complicaciones en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	26,3
Medio	32	42,1
Alto	24	31,6
Total	76	100,0

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 4:

Frecuencias y porcentajes de riesgo de complicaciones en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.



Cuadro N° 5:

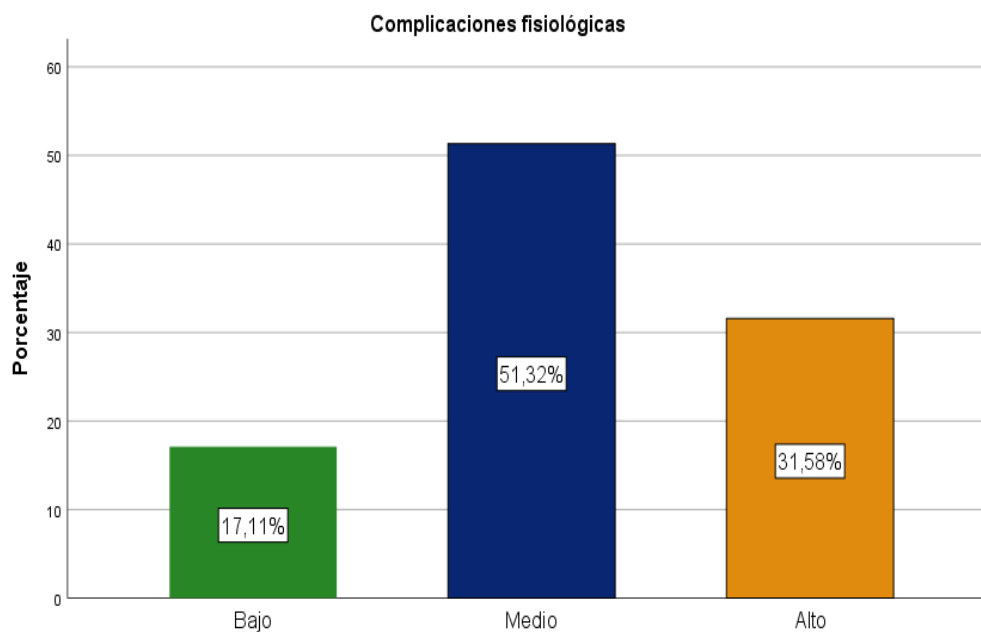
Frecuencias y porcentajes de complicaciones fisiológicas en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	13	17,1
Medio	39	51,3
Alto	24	31,6
Total	76	100,0

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 5:

Frecuencias y porcentajes de complicaciones fisiológicas en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.



Cuadro N° 6:

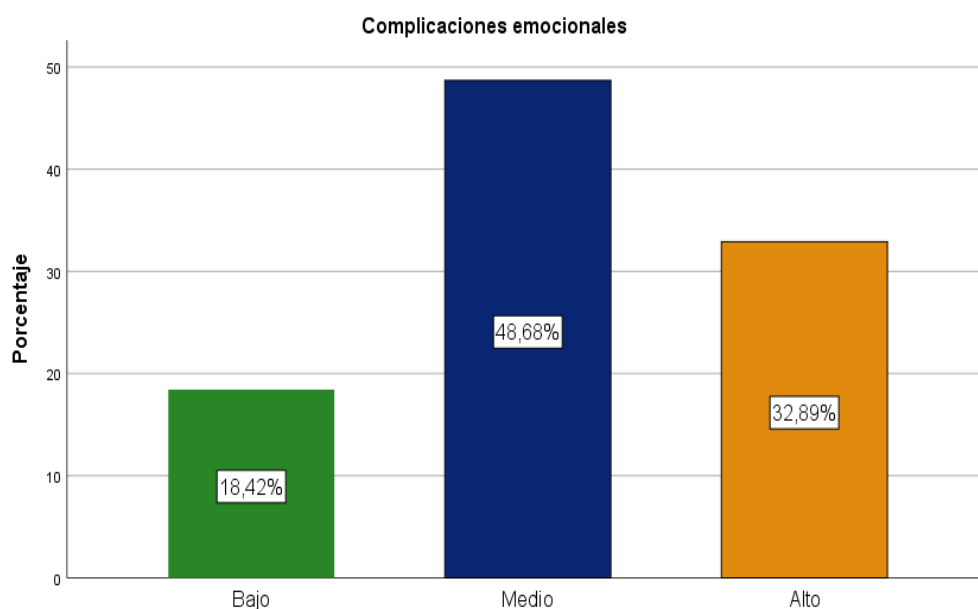
Frecuencias y porcentajes de complicaciones emocionales en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	18,4
Medio	37	48,7
Alto	25	32,9
Total	76	100,0

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 6:

Frecuencias y porcentajes de complicaciones emocionales en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.



Cuadro N° 2:

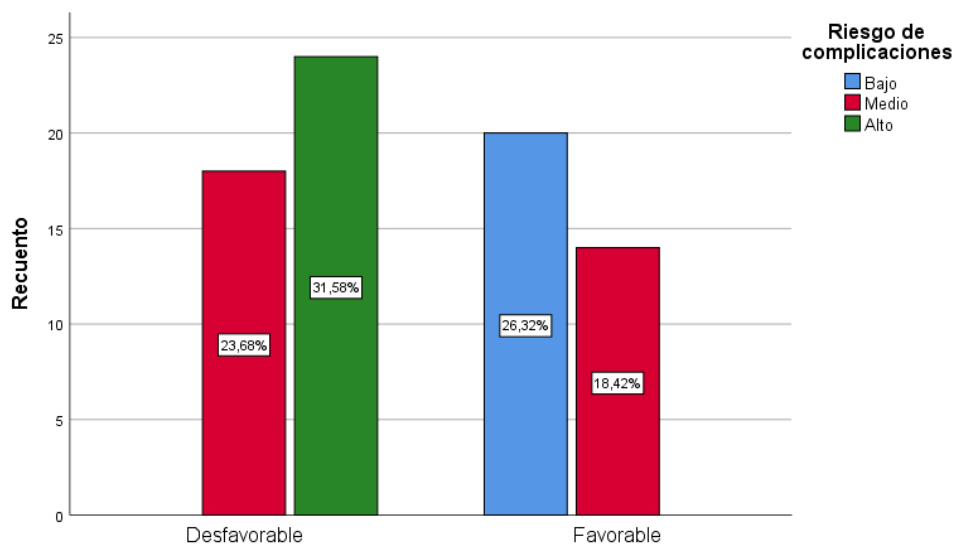
Frecuencias y porcentajes de mediante tabla de contingencia entre la adherencia al tratamiento y el riesgo de complicaciones.

		Riesgo de complicaciones			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Adherencia al tratamiento	Desfavorable	Recuento	0	18	24	42
		% dentro de Adherencia al tratamiento	0,0%	23,7%	31,6%	55,3%
	Favorable	Recuento	20	14	0	34
		% dentro de Adherencia al tratamiento	26,3%	18,4%	0,0%	44,7%
Total		Recuento	20	32	24	76
		% dentro de Adherencia al tratamiento	26,3%	42,1%	31,6%	100,0%

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 2:

Frecuencias y porcentajes de mediante tabla cruzada entre la adherencia al tratamiento y el riesgo de complicaciones.



Cuadro N° 8:

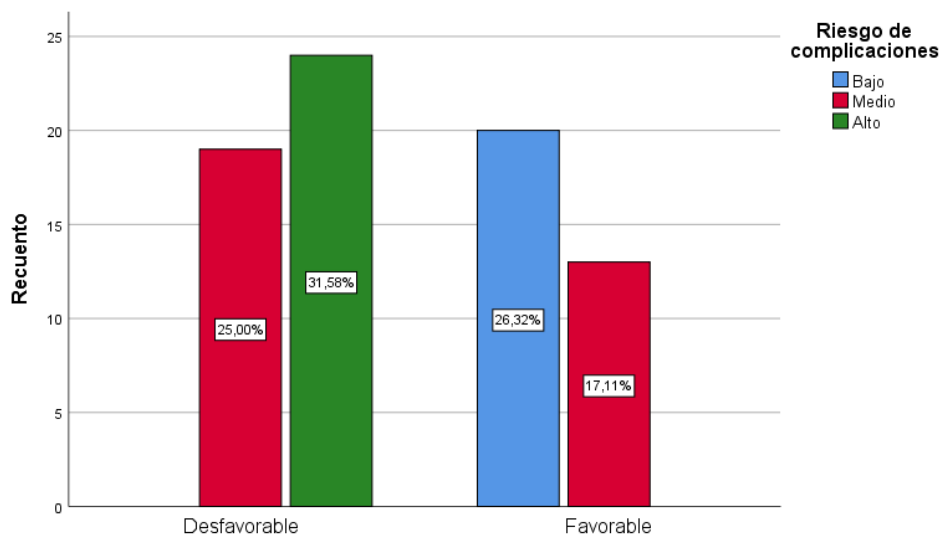
Frecuencias y porcentajes de mediante tabla de contingencia entre la actitud y el riesgo de complicaciones.

		Riesgo de complicaciones			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Actitud	Desfavorable	Recuento	0	19	24	43
		% dentro de Actitud	0,0%	25,0%	31,6%	56,6%
	Favorable	Recuento	20	13	0	33
		% dentro de Actitud	26,3%	17,1%	0,0%	43,4%
Total		Recuento	20	32	24	76
		% dentro de Actitud	26,3%	42,1%	31,6%	100,0%

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 8:

Frecuencias y porcentajes de mediante tabla cruzada entre la actitud y el riesgo de complicaciones.



Cuadro N° 9:

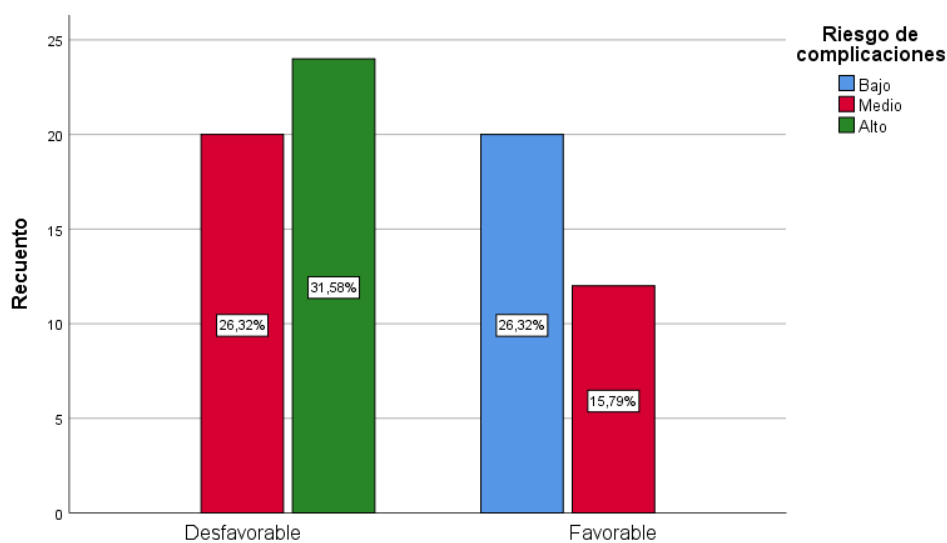
Frecuencias y porcentajes de mediante tabla de contingencia entre el comportamiento y el riesgo de complicaciones.

		Riesgo de complicaciones			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Comportamiento	Desfavorable	Recuento	0	20	24	44
		% dentro de Comportamiento	0,0%	26,3%	31,6%	57,9%
	Favorable	Recuento	20	12	0	32
		% dentro de Comportamiento	26,3%	15,8%	0,0%	42,1%
Total		Recuento	20	32	24	76
		% dentro de Comportamiento	26,3%	42,1%	31,6%	100,0%

Fuente: Data del instrumento aplicado

Figura N° 9:

Frecuencias y porcentajes de mediante tabla de contingencia entre el comportamiento y el riesgo de complicaciones.



5.2. Interpretación de los Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de recopilación de datos:

1. El Cuadro N° 1 y Figura N° 1 muestra que, el 55.26% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta una adherencia al tratamiento desfavorable y el 44.74% presenta una adherencia al tratamiento favorable.
2. El Cuadro N° 2 y Figura N° 2 muestra que, el 56.58% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta una actitud desfavorable y el 43.42% presenta una actitud favorable.
3. El Cuadro N° 3 y Figura N° 3 muestra que, el 57.89% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta un comportamiento desfavorable y el 42.11% presenta un comportamiento favorable.
4. El Cuadro N° 4 y Figura N° 4 muestra que, el 26.32% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta riesgo de complicaciones en un nivel bajo, el 42.11% medio y el 31.58% alto.
5. El Cuadro N° 5 y Figura N° 5 muestra que, el 17.11% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta complicaciones fisiológicas en un nivel bajo, el 51.32% medio y el 31.58% alto.
6. El Cuadro N° 6 y Figura N° 6 muestra que, el 18.42% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del

hospital Sergio E. Bernales presenta complicaciones emocionales en un nivel bajo, el 48.68% medio y el 32.89% alto.

7. Al correlacionar la adherencia al tratamiento con el riesgo de complicaciones, se encontró que del grupo que presenta una adherencia al tratamiento en un nivel desfavorable, el 23,7% presenta riesgo de complicaciones en un nivel medio y el 31,6% un nivel alto. En el grupo que presento una adherencia al tratamiento en un nivel favorable, el 26,3% presenta un riesgo de complicaciones en un nivel bajo y el 18,4% un nivel medio.
8. Al correlacionar la actitud con el riesgo de complicaciones, se encontró que del grupo que presenta una actitud en un nivel desfavorable, el 25,0% presenta riesgo de complicaciones en un nivel medio y el 31,6% un nivel alto. En el grupo que presento una actitud en un nivel favorable, el 26,3% presenta un riesgo de complicaciones en un nivel bajo y el 17,1% un nivel medio.
9. Al correlacionar el comportamiento con el riesgo de complicaciones, se encontró que del grupo que presenta un comportamiento en un nivel desfavorable, el 26,3% presenta riesgo de complicaciones en un nivel medio y el 31,6% un nivel alto. En el grupo que presento un comportamiento en un nivel favorable, el 26,3% presenta un riesgo de complicaciones en un nivel bajo y el 15,8% un nivel medio.

Cuadro N° 3

Prueba de normalidad de la adherencia al tratamiento y el riesgo de complicaciones y sus dimensiones en adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales

		Adherencia al tratamiento	Actitud	Comportamiento	Riesgo de complicaciones	Complicaciones fisiológicas	Complicaciones emocionales
N		76	76	76	76	76	76
Parámetros normales ^{a,b}	Media	8,95	7,80	11,30	12,84	19,03	10,84
	Desv. Desviación	5,613	5,399	6,000	5,865	4,998	3,082
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,111	,109	,133	,099	,092	,137
	Positivo	,111	,109	,111	,099	,092	,137
	Negativo	-,088	-,108	-,133	-,098	-,086	-,119
Estadístico de prueba		,367	,374	,380	,212	,268	,252
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.
b. Se calcula a partir de datos.
c. Corrección de significación de Lilliefors.

Para la prueba de normalidad, se tuvo en cuenta la prueba de Kolmogorov-Smirnov^a, pues el tamaño de la muestra resulto ser mayor a 50 participantes, de acuerdo a los valores obtenidos estos resultan ser menores a 0.05, lo cual evidencia que se está frente a una distribución no paramétrica, de manera que se aplicó la prueba de correlación de Rho de Spearman.

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general:

H_a: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

H₀: No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

Cuadro N° 11

Correlación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones

			Adherencia al tratamiento	Riesgo de complicaciones
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	1,000	-,758**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	76	76
	Riesgo de complicaciones	Coefficiente de correlación	-,758**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	76	76

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

De acuerdo a los resultados del Cuadro N°11, el valor del estadístico de correlación Rho de Spearman resultó -0.758 evidenciando una relación inversa o negativa y buena; respecto al nivel de significancia asintótica bilateral , el resultado fue de 0.000, menor al 0.05, lo cual significa que se acepta la hipótesis alterna general y se rechaza la hipótesis nula, es decir existe una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el hospital Sergio E. Bernales 2021.

Hipótesis específica 1:

Ha: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

H0: No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

Cuadro N° 12

Correlación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas

		Adherencia al tratamiento		Complicaciones fisiológicas	
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	1,000	-,654**	
		Sig. (bilateral)	.	,000	
		N	76	76	
	Complicaciones fisiológicas	Coefficiente de correlación	-,654**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	.	
		N	76	76	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

De acuerdo a los resultados del Cuadro N°12, el valor del estadístico de correlación Rho de Spearman resultó -0.654 evidenciando una relación inversa o negativa y buena; respecto al nivel de significancia asintótica bilateral , el resultado fue de 0.000, menor al 0.05, lo cual significa que se acepta la hipótesis alterna específica 1 y se rechaza la hipótesis nula, es decir existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

Hipótesis específica 2:

Ha: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

H0: No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

Cuadro N° 13

Correlación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales

		Adherencia		
			al	Complicaciones
			tratamiento	emocionales
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	1,000	-,485**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	76	76
	Complicaciones emocionales	Coefficiente de correlación	-,485**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	76	76

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

De acuerdo a los resultados del Cuadro N°12, el valor del estadístico de correlación Rho de Spearman resultó -0.485 evidenciando una relación inversa o negativa y buena; respecto al nivel de significancia asintótica bilateral , el resultado fue de 0.000, menor al 0.05, lo cual significa que se acepta la hipótesis alterna específica 2 y se rechaza la hipótesis nula, es decir existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis descriptivo de los resultados

A partir de estos resultados presentados se constata que los adultos mayores con hipertensión presentan una adherencia al tratamiento desfavorable en una mayoría del 55.3%, tanto en su actitud con un 56.6% y su comportamiento con un 57.9% lo que provoca que los niveles de riesgo de complicaciones se desarrolle en un nivel regular en el 42.1% de la muestra y llegando a un peligro de nivel alto en el 31.6%, es por lo cual estos elementos se relacionan, lo que se comprobó con el resultado de Rho de Spearman -0.758 considerado como una relación indirecta es decir a mejor adherencia menor riesgo de complicaciones en el paciente hipertenso. Asimismo, estos resultados se desarrollan porque no están respetando las indicaciones médicas además que no están cumpliendo con sus tratamientos lo cual podría perjudicar gravemente su salud con las complicaciones de hipertensión que podría provocar su muerte, es por ello importante mejorar la adherencia con estrategias, ya que hemos visto que está relacionado con el nivel de riesgo de complicaciones.

6.2. Comparación de resultados con marco teórico

El presente estudio surgió a partir de la problemática observada en los pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales. Específicamente, se observó que, existe un grupo de pacientes que no cumple a cabalidad con su tratamiento. De manera que, algunos pacientes incumplen con tomar sus medicamentos con la frecuencia indicada, asimismo, suelen dejar de tomar las medicinas cuando sienten que tienen el control sobre los síntomas. A su vez, este grupo de pacientes ha presentado signos de complicaciones tales como mareos, rubor facial, estrés, entre otros.

En relación nuestro objetivo de determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021, se halló que, Al correlacionar la adherencia al tratamiento con el riesgo de complicaciones, se encontró que del grupo que presenta una adherencia al tratamiento en un nivel desfavorable, el 23,7% presenta riesgo de complicaciones en un nivel medio y el 31,6% un nivel alto. En el grupo que presentó una adherencia al tratamiento en un nivel favorable, el 26,3% presenta un riesgo de complicaciones en un nivel bajo y el 18,4% un nivel medio. A partir de este resultado se infiere que, la baja predisposición de los pacientes por implementar acciones de autocuidado y realizar acciones de incumplimiento del tratamiento, conduce al aumento de riesgo de presentar síntomas físicos y emocionales como experimentar dolor de cabeza, visión borrosa o depresión, estrés, etc. los cuales generan una disrupción significativa en la vida diaria de los pacientes.

Este resultado se asocia con el estudio de Bravo (2017) en donde aquellos pacientes que presentaron bajos niveles de adherencia mostraron mayores niveles de riesgo a complicaciones relacionado con la hipertensión, alrededor del 66%, lo que presenta una concordancia con los resultados obtenidos en el presente estudio donde menor adherencia generó un mayor riesgo de complicación. Mayormente la baja adherencia a un tratamiento es porque el paciente no tiene la motivación necesaria o está teniendo problemas para cumplir con la medicación, o se siente bien y piensa que ´puede parar el tratamiento por ello, pero todo ello indica que el paciente no está informado correctamente no solo debe brindar las indicaciones del tratamiento sino concientizar al paciente de la importancia de cumplirlo.

Este resultado es similar al encontrado en diversos estudios realizados a nivel internacional. En este sentido, el estudio de Gualotuña y Córdova (2018) identificaron por medio de la prueba de

Morisky-Green el nivel de pacientes con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor en un hospital público de la ciudad de Quito, hallando que, entre el 61.7% y el 72.5% de los pacientes mostraron una mala de adherencia al tratamiento. Esta baja adherencia también presente en nuestro estudio se debe a problemáticas dentro del servicio que se le ofrece al paciente con una falta de humanismo y convicción donde automáticamente se brinda el tratamiento, pero no se trata de motivar al paciente, por lo que este termina desestimando el tratamiento a penas siente un poco de alivio.

Asimismo, el resultado hallado es similar a lo encontrado por Jiménez et al. (2017) quienes obtuvieron un nivel de adherencia al tratamiento no adecuada, en pacientes hipertensos de un policlínico en Cuba, en el 58.8%. Adicionalmente, Ramírez (2018) evaluaron el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor en un hospital ubicado en Chiclayo, conforme con el test de Martín-Bayarre-Grau, encontrando que, el 76.3% presentó una adherencia terapéutica parcial al tratamiento médico administrado. En este sentido, los pacientes adultos mayores con hipertensión presentan un riesgo considerable de desarrollar complicaciones de síntomas físicos, como reacciones ante la enfermedad o molestias físicas que llegan a afectar a otros órganos, generando una disrupción significativa en la vida cotidiana de los pacientes afectados.

De acuerdo con lo mostrado, primero se debe establecer que no se presentan estudios direccionados a evaluar el riesgo o generación de complicaciones por no adherencia del tratamiento, mayormente se centra en las causas que generan la no adherencia, sin embargo, dentro de esos estudios indirectamente se manifiesta que no seguir indicaciones para continuar con los medicamentos, los pacientes son más propensos a desarrollar síntomas relacionadas con la hipertensión o el no consumo del tratamiento, por lo que la no adherencia permite más complicaciones en el paciente.

Esto se relaciona con el estudio realizado por Marquina (2018) en donde el 21.4% de los pacientes que presentaron un bajo nivel de adherencia son los más propensos a desarrollar complicaciones de corte fisiológicas, ya que al no continuar con el tratamiento, los síntomas pueden desarrollarse nuevamente, siendo esto parcialmente en el 55.7% que mostraron un nivel regular de adherencia, mientras que el 22.5% que presentó un alto nivel de adherencia son menos propensos a desarrollar algún tipo de complicación fisiológica. Lo que guarda una concordancia con el presente estudio donde las complicaciones fisiológicas fueron las más incidentes en pacientes que no presentan una adherencia adecuada al tratamiento.

De acuerdo con lo mencionado, es importante recalcar que cuando los pacientes adultos mayores no siguen con su tratamiento contra la hipertensión, en otras palabras, no presentan adherencia puede surgir la aparición de síntomas o complicaciones justamente por no continuar con el tratamiento, esto a su vez, tanto como complicaciones de carácter fisiológicos también se presentan aspectos emocionales como la depresión, la generación de estrés y la ansiedad, por lo que se comprueba que la aparición o desarrollo de estas complicaciones emocionales son producto o se asocian a un bajo nivel de adherencia al tratamiento. Asimismo, se puede confirmar que no solamente existe una relación entre las variables abordadas, sino también, la presencia de una alta fuerza de asociación entre las variables, indicando que existe una alta posibilidad que el adulto mayor al no presentar adherencia al tratamiento va a conllevar a aumentar sus riesgos de sufrir alguna complicación relacionada a la hipertensión.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones en línea con las hipótesis planteadas:

Primera: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021, según la correlación de Spearman con valor del estadístico resultó -0.758 con un nivel de significancia asintótica bilateral de 0.000 , lo cual nos da un valor inverso es decir que a mayor adherencia al tratamiento menor será el nivel de riesgo de complicaciones.

Segunda: Se evidencio que el 55.26% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta una adherencia al tratamiento desfavorable y el 44.74% favorable.

Tercera: Se evidencio que el 26.32% de los adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales presenta riesgo de complicaciones en un nivel bajo, el 42.11% medio y el 31.58% alto.

Cuarta: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021, según la correlación de Spearman con valor del estadístico resultó -0.654 con un nivel de significancia asintótica bilateral de 0.000 , lo cual nos da un valor inverso es decir que a mayor adherencia al tratamiento menor será el nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas.

Quinta: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes

adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021, según la correlación de Spearman con valor del estadístico resultó -0.485 con un nivel de significancia asintótica bilateral de 0.000, lo cual nos da un valor inverso es decir que a mayor adherencia al tratamiento menor será el nivel de riesgo de complicaciones emocionales.

RECOMENDACIONES

- A los profesionales de enfermería desarrollar talleres donde se concientice al paciente hipertenso de continuar y cumplir con su tratamiento y de esta manera evitar que surja alguna complicación en el proceso que pueda llevarlo a una muerte prematura.
- A los pacientes considerar el peligro que es al no presentar una adherencia al tratamiento que según resultados fue regular, tomar en cuenta que de no cumplir con las indicaciones médicas puede empeorar su situación y complicarla, con ello no solo afectándolo a el mismo sino a sus familiares tanto económicamente como emocionalmente.
- A los pacientes evitar el consumo de alimentos altos en sal y azúcar incluido las bebidas alcohólicas, además de llevar una dieta balanceada con alta presencia de verduras y frutas, además continuar con su tratamiento porque se ha observado un índice considerable de complicaciones de la hipertensión arterial en su grupo, que podrían llevarlos a la muerte prematura.
- Al profesional de enfermería instruir a los pacientes tanto en alimentación como ejercicios de una manera interactiva y didáctica para que el paciente pueda evitar tener complicaciones fisiológicas en su hipertensión.
- A los pacientes hipertensos tomar en cuenta los peligros que también son la presión emocional para su salud como el estrés, depresión entre otras cosas, lo que no deben evitar realizar actividades físicas, intelectuales, lectura, etc. es decir, estar en actividad de una manera moderada tanto física como mentalmente y siempre en coordinación a su médico por precaución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrés, F., & Marreros, E. (2018). *Características relacionadas con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital San Juan de Lurigancho-2017*. Univerisdad Norbert Wiener, Lima. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1688/TITULO%20-%20Marreros%20Vidal%2c%20Esmeralda%20Medalit.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Anghel, L., Farcas, A., & Prean, R. (2019). An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Medicine and Pharmacy Reports*, 92(2), 1-6. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/332601735_An_overview_of_the_common_methods_used_to_measure_treatment_adherence
3. Barraza, R., Muñoz, N., Alfaro, M., Álvarez, Á., Araya, V., Villagra, J., & María, A. (2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 53(4), 251-260. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v53n4/art05.pdf>
4. Barrington, R., Hanna, M., & Oehrlein, E. (2020). Defining patient engagement in research: results of a systematic review and analysis: report of the ispor patient-centered special interest group. *Value in Health*, 23(6), 677–688. Obtenido de [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(20\)30141-8/pdf](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(20)30141-8/pdf)
5. Biblioteca Médica Nacional. (2017). Hipertensión. Estadísticas mundiales. *Factográfico de salud*, 3(4), 1-8. Obtenido de <https://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf>
6. Bolisani, E., & Bratianu, C. (2018). The Elusive Definition of Knowledge. *Emergent Knowledge Strategies*, 1-35. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/318235014_The_Elusive_Definition_of_Knowledge

7. Bravo, B. (2017). *Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral*. Santa Rosa- El Oro, 2016. Universidad Nacional de Loja, Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18161/1/TESIS%20DRA.%20BERTHA%20BRAVO.pdf>
8. Cirrincione, L., Plescia, F., Ledda, C., Rapisarda, V., Martorana, D., Moldovan, R., . . . Cannizzaro, E. (2020). Covid-19 pandemic: prevention and protection measures to be adopted at the workplace. *Sustainability*, 12(1), 1-18.
9. Donneyong, M., Chang, T.-J., Jackson, J., Langston, M., Juarez, P., Sealy, S., . . . Hood, D. (2020). Structural and social determinants of health factors associated with county-level variation in non-adherence to antihypertensive medication treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 1-12. doi:10.3390/ijerph17186684
10. Doshi, J., Li, P., Huo, H., Pettit, A., & Armstrong, K. (2018). Association of patient out-of-pocket costs with prescription abandonment and delay in fills of novel oral anticancer agents. *Journal of Clinical Oncology*, 36(5), 476-482. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261440/>
11. Du, L., Cheng, Z., Zhang, Y., Li, Y., & Mei, D. (2017). The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(9), 962-970. Obtenido de [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28436725/#:~:text=The%20results%20showed%20that%20good,interval%3A%200.45%2D0.69\)%2C](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28436725/#:~:text=The%20results%20showed%20that%20good,interval%3A%200.45%2D0.69)%2C)
12. Dwajani, S., Prabhu, M., Ranjana, G., & Sahajananda, H. (2018). Importance of medication adherence and factors affect it. *International Journal of Comprehensive and Advanced Pharmacology*, 3(2), 69-77. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/325895512_Importance_of_medication_adherence_and_factors_affecting_it

13. El Alili, M., Vrijens, B., Demonceau, J., Evers, S., & Hiligsmann, M. (2016). A scoping review of studies comparing the medication event monitoring system (MEMS) with alternative methods for measuring medication adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 82(1), 268-279. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27005306/>
14. Fibla, J., López, L., Hernández, J., & Guirao, Á. (2017). Efectividad de la interrupción de la transmisión nerviosa de la cadena simpática torácica bilateral con clip para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar y/o axilar severa y el rubor facial. *Cirugía Española*, 97(4), 196–202. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X1830335X>
15. Fink, G. (2016). Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined. *The Mental Health Research Institute of Victoria*, 1(1), 549-555. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/303791684_Stress_Definitions_Mechanisms_and_Effects_Outlined
16. Flack, J., & Adekola, B. (2019). Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 13(5), 1-5. doi:10.1016/j.tcm.2019.05.003
17. García, K. (2018). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 en Yecapixtla Morelos*. Instituto Politécnico Nacional, México D.F. Obtenido de <https://tesis.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/26585/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. García, M., Rivera, M., Cantó, T., Tomás, R., Bustamante, R., & Piqueras, J. (2017). Detección online de trastornos emocionales en población clínica de niños y adolescentes: Escala DetectaWeb-Malestar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 35-45. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477152557005.pdf>
19. Gellad, W., Grenard, J., & McGlynn, E. (2019). A Review of Barriers to Medication Adherence: A Framework for Driving Policy Options.

- RAND, 1-47. Obtenido de https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR765.html
20. Gómez, M., & Alejandra, L. (2015). Cefalea: Más que un simple dolor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 16(6), 41-53. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2015/rmn156e.pdf>
 21. Gualotuña, C., & Córdova, S. (2018). *Identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2018*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15557/TESIS%20MALA%20ADHERENCIA%20EN%20HTA%20EN%20EL%20AM%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 22. Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México D.F.: McGraw Hill Education.
 23. Herrera, J., & Oblitas, A. (2020). Calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Chota 2017. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 7(1), 31-41. Obtenido de <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/354/764?download=pdf>
 24. Jiménez, L., Siverio, D., Chala, J., Brito, Y., & Armada, Z. (2017). Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *Sociedad Cubana de Cardiología*, 9(1), 10-18. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2017/cor171b.pdf>
 25. Kim, C., Tsang, C., Zhang, L., & Chan, S. (2021). A Nurse-Led Education Program for Pneumoconiosis Caregivers at the Community Level. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1-11. doi:10.3390/ijerph18031092

26. La Red, D. (2017). ¿Cuáles son los métodos preferidos para el modelado de preferencias? – Estudio de la comparación entre pares frente a la valoración directa. *International Journal of Information Systems and Software Engineering for Big Companies*, 4(1), 7-20.
27. Lemos, M., & Agudelo, D. (2015). Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. *CES Psicología*, 8(1), 192-206. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539425012.pdf>
28. Lemos, M., Torres, S., Jaramillo, I., Gómez, P., & Barbosa, A. (2019). Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable. *Psicogente*, 22(42), 1-20. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v22n42/0124-0137-psico-22-42-00150.pdf>
29. Li, P., Wong, Y., Jahnke, J., Pettit, A., & Doshi, J. (2018). Association of high cost sharing and targeted therapy initiation among elderly Medicare patients with metastatic renal cell carcinoma. *Cancer Medicine*, 7(1), 75-86. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29195016/>
30. Lima, A., Rodrigues, S., Sousa, A., & Pacheco, J. (2019). Hypertension Prevalence, Treatment and Control in Older Adults in a Brazilian Capital City. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 112(3), 271-278. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/abc/v112n3/0066-782X-abc-20180274.pdf>
31. Lowry, M., & Ashelford, S. (2016). Orthostatic hypotension 2: the physiology of blood pressure regulation. *Nursing Times*, 112(43), 17-19. Obtenido de https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/11/091116_Orthostatic-hypotension-2_The-physiology-of-blood-pressure-regulation.pdf
32. Lustenberger, T., Meier, S., Verboket, R., Störmann, P., Janko, M., Frank, J., & Marzi, I. (2020). The implementation of a complication avoidance care bundle significantly reduces adverse surgical outcomes in orthopedic trauma patients. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), 1-10. doi:10.3390/jcm9124006

33. Maldonado, G., Rodríguez, A., Díaz, A., Londoño, E., & León, M. (2020). Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en un policlínico cubano. *Horizonte Sanitario*, 19(1), 69-77. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-69.pdf>
34. Marquina, R. (2018). *Nivel de adherencia al tratamiento de hipertension arterial en los adultos mayores servicio de medicina hospital nacional Dos de Mayo diciembre 2016*. Universidad Privada San Juan Bautista, Lima. Obtenido de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1759/T-TPLE-Roosvelt%20Marquina%20Pacherre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Martins, P. (2018). Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria. *Enfermería Global*, 1(52), 512-524. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/1695-6141-eg-17-52-512.pdf>
36. Medina, R., Rojas, J., & Vilcachagua, J. (2017). *Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, octubre 2016*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/775/Factores_MedinaGutierrez_Rayda.pdf?sequence=3&isAllowed=y
37. Medline Plus. (2020). *Drug Use and Addiction*. Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/druguseandaddiction.html>
38. Mena, F., Nazar, G., & Mendoza, S. (2017). Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), 67-78. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n2/0121-7577-hpsal-23-02-00067.pdf>
39. Miljkovic, N., Godman, B., Kovacevic, M., Polidori, P., Tzimis, L., Hoppe, T., . . . Miljkovic, B. (2020). Prospective risk assessment of medicine shortages in Europe and Israel: findings and implications. *Frontiers in Pharmacology*, 11(1), 1-14. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7114887/pdf/fphar-11-00357.pdf>

40. MINSALUD. (2017). *Día mundial de la hipertensión arterial*. Ministerio de Salud, Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/V/S/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>
41. Moya, M. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 48-56. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n1/07_original6.pdf
42. Muñoz, C., Nova, J., & Muñoz, A. (2017). *Factores que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico*. Universidad del Rosario, Bogotá. Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13730/52954112%20-%202017.pdf?sequence=1>
43. Muñoz, J. (2016). Educación para el Cuidado de la Salud: Uso de Medicamentos en Casa. *Salud y Administración*, 3(7), 61 - 66. Obtenido de http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol3num7/A6_Educacion_Salud.pdf
44. Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 1-11. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
45. Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. Bogotá: Ediciones de la U.
46. Olvera, E., Ballard, B., & Jan, A. (2020). Cardiovascular Disease. *StatPearls*, 1(1). Obtenido de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535419/#:~:text=Cardiovascular%20disease%2C%20also%20known%20as,PAD\)%2C%20and%20aortic%20atherosclerosis](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535419/#:~:text=Cardiovascular%20disease%2C%20also%20known%20as,PAD)%2C%20and%20aortic%20atherosclerosis).
47. Oparil, S., Acelajado, M., Bakris, G., Berlowitz, D., Cifková, R., Dominiczak, A., . . . Whelton, P. (2019). Hypertension. *Nature*

- Reviews Disease Primers*, 4(1). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477925/>
48. Oviedo, S., Viart, C., & Chávez, R. (2020). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos o diabéticos ingresados en el Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. *Revista Progaleno*, 3(2), 66-75. Obtenido de <http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/179/65>
49. Pagès, N., & Valverde, I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *As Pharmaceutica*, 59(3), 163-172. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
50. PAN Foundation. (2020). Medication Adherence. *Issue Brief*, 1(13), 1-7. Obtenido de https://www.panfoundation.org/app/uploads/2020/05/Issue-Brief-13_Medication-Adherence.pdf
51. Pan, J., Wu, L., Wang, H., Lei, T., Hu, B., Xue, X., & Li, Q. (2019). Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine*, 98(27). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635171/#R1>
52. Pascual, P., & Cerecedo, M. (2015). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *AMF*, 11(5), 281-286. Obtenido de https://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=1433&id=06_Salud_Mental_2015_Somatizacion.pdf
53. Patel, P., Ordunez, P., DiPette, D., Escobar, M., Hassell, T., Wyss, F., . . . Angell, S. (2017). Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial*. *Rev Panam Salud Publica*, 41(1), 1-12. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1>
54. Peña, E., Castellanos, T., & Becerra, M. (2017). Coloboma coriorretiniano unilateral como hallazgo en traumatismo ocular

- cerrado. *Revista Médica MD*, 9(1), 107-110. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md171v.pdf>
55. Perez de Celis, E., & Hurria, A. (2020). *Abeloff's Clinical Oncology*. Elsevier. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323476744000608>
 56. Ramírez, K. (2018). *Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un hospital – Chiclayo, 2018*. Universidad Señor de Sipán, Pimentel. Obtenido de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5895/Ram%c3%adrez%20Olivera%20Karina%20Lizbeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 57. Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A., & Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3 y 4), 125-132. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
 58. Rodríguez, O., García, A., Carbonell, L., & León, P. (2017). La dispensación como herramienta para lograr el uso adecuado de los medicamentos en atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 1-10. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a07_271.pdf
 59. Ruppert, T., Cooper, P., Mehr, D., Delgado, J., & Dunbar, J. (2016). Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. *Journal of the American Heart Association*, 5(6).
 60. Sauer, S., Gutner, C., Farchione, T., & Boettcher, H. (2016). Current Definitions of "Transdiagnostic" in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128-138. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/308625855_Current_Definitions_of_Transdiagnostic_in_Treatment_Development_A_Search_for_Consensus

61. Segura, L. (2018). Nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas de altura y la nueva guía americana de hipertensión arterial. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2), 185-190. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n2/a05v64n2.pdf>
62. The UN Refugee Agency. (2018). *Emergency Handbook*. The UN Refugee Agency. Obtenido de <https://emergency.unhcr.org/entry/43935/older-persons#:~:text=An%20older%20person%20is%20defined,or%20age%2Drelated%20health%20conditions>.
63. Tume, T. (2019). *Polifarmacia como factor de riesgo asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial*. Universidad César Vallejo, Trujillo. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29741/Tume_ET.pdf?sequence=1&isAllowed=y
64. Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N., Poulter, N., Prabhakaran, D., . . . Schutte, A. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Clinical Practice*, 1(1), 1-24. Obtenido de <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
65. Valderrama, S. (2015). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*. Lima: Editorial San Marcos.
66. Vázquez, M., Ylhuicatzí, A., & Ariza, C. (2017). El vértigo y su relación con el síndrome metabólico. *Medicina Interna de México*, 33(2), 209-217. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n2/0186-4866-mim-33-02-00209.pdf>
67. Virani, S., Sidney, S., Stone, N., & Grundy, S. (2020). Secondary prevention for atherosclerotic cardiovascular disease. *Circulation*, 141(1), 1121-1123. Obtenido de <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.044282>

68. Watanabe, J., McInnis, T., & Hirsch, J. (2018). Cost of Prescription Drug-Related Morbidity and Mortality. *Annals of Pharmacotherapy*, 52(9), 829-837. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29577766/#:~:text=Results%3A%20The%20estimated%20annual%20cost,%24495.3%20billion%20to%20%24672.7%20billion.>
69. Wimmer, J., Donoso, R., Leiva, A., Breinbauer, H., & Délano, P. (2019). Tinnitus: Una patología cerebral. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 79(1), 125-136. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v79n1/0718-4816-orl-79-01-0125.pdf>
70. Wolf, M., Ewen, S., Mahfoud, F., & Böhm, M. (2018). Hypertension: history and development of established and novel treatments. *Clinical Research in Cardiology*, 107(2), 16-29. doi:10.1007/s00392-018-1299-y
71. World Health Organization. (29 de Abril de 2020). *Healthy diet*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título: Adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021

Responsables: Miriam Margot Llauce Luna y Marley Albemarly Cortez Zelada

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?</p> <p>Problemas específicos P.E.1 ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?</p> <p>P.E.2 ¿Cuál es nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.</p> <p>Objetivos específicos: O.E.1 Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021</p> <p>O.E.2 Describir el nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.</p>	<p>Hipótesis general H.i: Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021. H.0: No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.</p> <p>Hipótesis específicas: H.E.1 Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas</p>	<p>Variable 1: Adherencia al tratamiento</p> <p>Dimensiones: - D.1: Actitud - D.2: Comportamiento</p> <p>Variable 2: Riesgo de complicaciones</p> <p>Dimensiones: - D.1: Complicaciones fisiológicas - D.2: Complicaciones emocionales</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Tipo de investigación: Básica Diseño de Investigación: No experimental Diseño: Correlacional</p> <p>Población: La población de estudio estará conformada por 95 adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.</p> <p>Muestra: Para el presente estudio la muestra se determina mediante la fórmula de poblaciones finitas, quedando finalmente conformada por 76 adultos mayores hipertensos pacientes de tele consulta del hospital Sergio E. Bernales.</p> <p>Técnica e instrumentos:</p>

<p>P.E.3 ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?</p> <p>P.E.4 ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021?</p>	<p>O.E.3 Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones fisiológicas en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021</p> <p>O.E.4 Conocer la relación entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.</p>	<p>en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.</p> <p>H.E.2 Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones emocionales en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021.</p>		<p>Técnica: La encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario</p> <p>Métodos de análisis de datos Análisis descriptivo y análisis inferencial.</p>
--	--	---	--	---

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos Y Ficha de validación por juicio de expertos

Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento

Instrucciones: El cuestionario presenta como propósito la recopilación de datos en torno a la adherencia al tratamiento. Tenga la cortesía de leer atentamente los ítems y asígnele una calificación de manera objetiva, marcando con un aspa (X) la opción que usted considere se asocie a su situación actual.

	Escala	
	Sí	No
Actitud		
1. ¿Olvida tomar sus medicinas algunas veces?		
2. algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido... Piense en la dos semanas pasadas ¿dejo de tomar su medicina algún día?		
3. ¿alguna vez ha tomado menos pastilla, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?		
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?		
Comportamiento		
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?		
6. cuando siente que sus síntomas está bajo control ¿deja de tomar su medicina algunas veces?		
7. tomar medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas ¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?		
8. ¿Le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?		

Cuestionario para medir el riesgo de complicaciones

Instrucciones: El cuestionario presenta como propósito la recopilación de datos en torno al riesgo de complicaciones. Tenga la cortesía de leer atentamente los ítems y asígnele una calificación de manera objetiva, marcando con un aspa (X) la opción que usted considere se asocie a su situación actual.

	Escala	
	Sí	No
Complicaciones fisiológicas		
Últimamente he sentido...		
1. Zumbidos en los oídos		
2. Visión borrosa		
3. Dolor de cabeza		
4. Enrojecimiento/rubor facial		
6. Mareos		
Complicaciones emocionales		
6. Depresión		
7. Ansiedad		
8. Estrés		

Anexo 3. Aprobación del hospital



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Chincha Alta, 27 de Marzo de 2021

OFICIO N°061-2021-UAI-FCS

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
DR. ALEJANDRO VICTOR PEREZ VALLE
PRESIDENTE DEL COMITE INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION
AV. TUPAC AMARU N° 8000, DISTRITO DE COMAS, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO LIMA

PRESENTE.-

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica tiene como principal objetivo formar profesionales con un perfil científico y humanístico, sensibles con los problemas de la sociedad y con vocación de servicio, este compromiso lo interiorizamos a través de nuestros programas académicos, bajo la excelencia en formación académica, y trabajando transversalmente con nuestros pilares como son la investigación, proyección y extensión universitaria y bienestar universitario.

En tal sentido, nuestros estudiantes de los últimos semestres académicos se encuentran en el desarrollo de su Trabajo de Investigación, que le permitirán obtener el Título Profesional anhelado, de acuerdo con las líneas de investigación de nuestra Facultad, para los programas académicos de Enfermería y Psicología. Los estudiantes han tenido a bien seleccionar temas de estudio de interés con la realidad local y regional, tomando en cuenta a la institución.

Como parte de la exigencia del proceso de investigación, se debe contar con la **AUTORIZACIÓN** de la Institución elegida, para que los estudiantes puedan poder proceder a realizar el estudio, recabar información y aplicar su instrumento de investigación, misma que a través del presente documento solicitamos.

Adjuntamos la Carta de Presentación de los estudiantes con el tema de investigación propuesto y quedamos a la espera de su aprobación que será de gran utilidad para su institución.

Sin otro particular y en la seguridad de merecer su atención, me suscribo, no sin antes reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Mg. Georgina A. Abajo Cárdenas
DECANO (a)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

CARTA DE PRESENTACIÓN

El Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica, que suscribe

Hace Constar:

Que, LLAUCE LUNA MIRIAM MARGOT, identificado con DNI: 1074237 y CORTEZ ZELADA MARLEY ALBEMARLY del Programa Académico de Enfermería, quienes vienen desarrollando la Tesis Profesional: **"ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y NIVEL DE RIESGO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES 2020 -2021."**

Se expide el presente documento, a fin de que el responsable de la Institución, tenga a bien autorizar a los interesados en mención, aplicar su instrumento de investigación, comprometiéndose a actuar con respeto y transparencia dentro de ella, así como a entregar una copia de la investigación cuando esté finalmente sustentada y aprobada, para los fines que se estimen necesarios.

Chincha Alta, 27 de Marzo de 2021




Mg. Gloria A. Abujón Cárdenas
DECANO (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA



Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Comité Institucional de Ética en Investigación

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ACTA N° 21-0018

CÓDIGO DE PROYECTO: N°0018

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales hace constar que el proyecto de investigación denominado "Adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensivos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2021" presentado por las investigadoras: Llauce Luna Mirian y Marley Albemarly Cortez Zelada, ha sido **APROBADO** por garantizar el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos establecidos por el Comité Institucional de Ética en Investigación.

La aprobación del proyecto de investigación tiene una vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 20 de abril del 2022.

Lima, 20 de abril del 2021


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALES
Mg. ALEJANDRO V. PÉREZ VALLE
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación-CEI
CNP 22325/R11 1561

Anexo 4. Validación de los instrumentos

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021

Nombre del Experto: Diego Sanchez Quipe

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES



 Lic. Exp. Diego Sanchez Quipe
 Emergencias y Desastres
 Mins. Gestión de los Servicios de la Salud
 CEP: 45283 REE: 20385 RME: 20740
 Nombre:

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernaldes 2021

Nombre del Experto: Carmen Lidia Monserate Hernández

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

—

MINISTERIO DE SALUD
MSP
Carmen Lidia Monserate Hernández
Nombre: _____
G. E. P. 20172 00000703

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernaldes 2021

Nombre del Experto: M.C. MARÍA ELENA FRANCO CORTÉS

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Ninguna.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALDES
E.O. OBSERVADOR MARÍA ELENA FRANCO CORTÉS
C.E. DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

Nombre: M.C. MARÍA ELENA
FRANCO CORTÉS

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021

Nombre del Experto: Blasius Isabel Zapana Chua

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>Cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>Cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>Cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	<i>Cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>Cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>Cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	<i>Cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>Cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>Cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>Cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Ninguna

Nombre:

Blasius Isabel Zapana Chua
MG. ELVIRA ZAPANA CH.
C.E.P. 13307
C.ESP. G.S.S 2729

Anexo 5. Autorización para la aplicación de instrumentos



PERÚ
Ministerio
de Salud

HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES

OFICINA DE APOYO A LA
DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres"
"Año del Bicentenario: 200 Años de Independencia"

MEMORANDO N° 019 - CIEI -HSEB-2021

A : Srta. Mirian LLauce Luna
Srta. Marley Albemarly Cortez Zelada

ASUNTO : Autorización para aplicación de instrumento

FECHA : Comas, 23 de abril de 2021

Mediante el presente me dirijo a usted, para comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación del HSEB, luego de revisar su trabajo de investigación titulado: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y NIVEL DE RIESGO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES, HIPERTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, COMAS, 2020. Aprueba su trabajo mediante Acta N° 21- 0018 y se le brinda la autorización para la aplicación del instrumento de investigación.

Es todo cuanto comunico a usted según lo solicitado.

Atentamente

.....


Alejandro Víctor Pérez Valle
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Anexo 6. Informe de Turnitin al 28% de similitud

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y NIVEL DE RIESGO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

8% INDICE DE SIMILITUD	8% FUENTES DE INTERNET	1% PUBLICACIONES	4% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	pizzeriadonnaregina.com Fuente de Internet	2%
2	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	idoc.pub Fuente de Internet	1%

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias < 1%
Excluir bibliografía Activo

Consentimiento informado

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN "Adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021"

Se solicita a usted que participe en este proyecto de investigación. Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Recuerde que en cualquier momento puede cambiar de opinión y retirarse. Si no entendiera lo que se le explica, por favor pregúntenos. Usted debe saber que, **si decide no participar como voluntario en el estudio, igualmente será atendido y recibirá cuidado y tratamiento médico en su respectivo establecimiento de salud:**

1. Las investigadoras son estudiantes del programa académico de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, perteneciente a la Universidad Autónoma de Ica.
2. El propósito de este estudio de investigación, titulado "Adherencia al tratamiento y nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos del hospital Sergio E. Bernales 2021" es determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de riesgo de complicaciones en pacientes adultos mayores hipertensos.
3. Su participación en este estudio le tomará aproximadamente 15 minutos, usted será una de las personas requeridas para este estudio de investigación, el mismo que se desarrollará durante un período de 3 meses.
4. El procedimiento para este estudio es como sigue: Usted será entrevistado (a) vía telefónica, por una persona entrenada (las investigadoras) para aplicar una encuesta, quien le hará preguntas sobre la adherencia al tratamiento, así como el riesgo de complicaciones relacionadas con la hipertensión. En caso, que exista alguna pregunta que hiera su sensibilidad o su intimidad, usted está en todo el derecho de no responder en la ficha de recolección de datos. No se insistirá ni se cohesionará para que responda dichas preguntas.

Los hallazgos del presente estudio constituirán información útil para futuras investigaciones, así también para la generación de programas preventivos y asistenciales de manera continua; además de un mayor control de los pacientes sobre su frecuencia o adherencia al tratamiento hipertenso a fin de evitar futuros riesgos.

5. Su participación es completamente voluntaria y los datos emitidos son confidenciales, pues en cada ficha solo figurará un código de paciente entrevistado.
6. De tener preguntas sobre su participación en este estudio, podrá contactar a las investigadoras principales: Miriam Margoth Llauce Luna al teléfono 9XXXXXXXX, y a Marley Albemarly Cortez Zelada al teléfono 9XXXXXXXX.

“Certifico haber recibido una copia de esta ficha de consentimiento y tengo intención de participar voluntariamente en el estudio”.

Nombre: _____

Celular: _____

Firma: _____

Nombre: Miriam Llauce Luna

Celular: _____

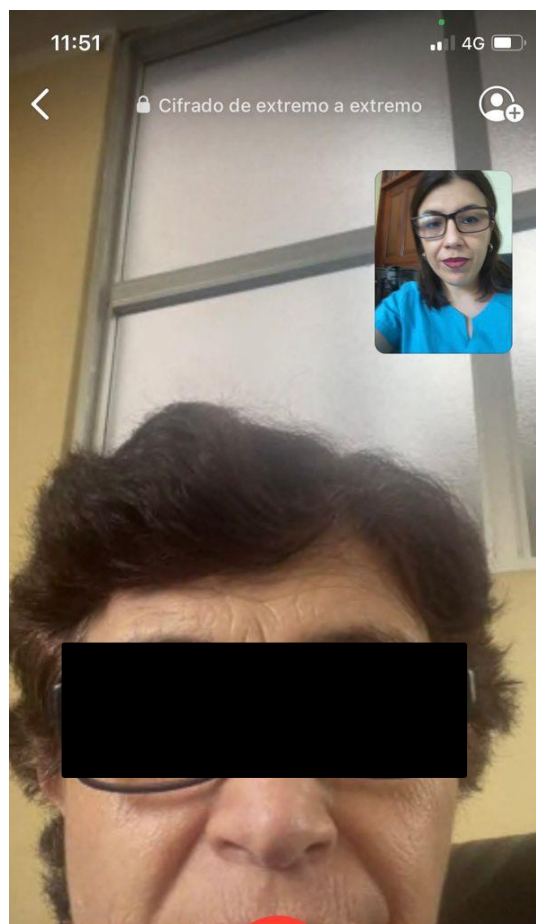
Firma: _____

Nombre: Marley Cortez Zelada

Celular: _____

Firma: _____

Anexo 7. Fotografías







Anexo 8. Base de datos

PILOTO VARIABLE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Piloto_var1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
1	0	0	0	0	0	1	0	0											
2	0	1	0	0	0	0	0	1											
3	0	0	0	0	0	0	0	0											
4	0	1	0	0	0	0	0	0											
5	0	0	1	0	0	0	0	1											
6	1	0	0	0	0	1	1	0											
7	0	0	0	0	0	0	0	0											
8	0	0	0	0	1	0	0	0											
9	0	0	0	0	0	1	0	0											
10	0	0	0	0	1	1	0	0											
11	0	1	1	1	1	1	1	1											
12	1	1	1	1	1	1	1	1											
13	1	1	1	1	1	1	1	1											
14	1	1	1	1	1	1	1	1											
15	1	0	1	0	1	1	1	0											
16	1	1	1	1	1	1	1	1											
17	1	1	1	1	1	1	1	1											
18	1	1	1	1	1	1	1	1											
19	1	0	1	0	1	0	1	1											
20	1	1	1	1	1	1	1	1											
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

PILOTO VARIABLE RIESGO DE COMPLICACIONES

Piloto_var2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
1	1	1	1	1	1	1	1	1											
2	1	1	1	1	1	1	1	1											
3	1	1	1	1	1	1	0	1											
4	1	1	1	1	1	1	1	1											
5	1	1	1	1	0	1	1	1											
6	1	1	1	1	1	1	0	1											
7	1	1	1	1	1	1	1	1											
8	1	1	0	1	0	1	1	1											
9	1	1	1	1	1	1	1	1											
10	1	1	1	0	1	1	1	1											
11	0	1	0	0	0	0	0	0											
12	0	1	0	0	1	0	1	0											
13	0	0	0	0	1	0	0	0											
14	0	0	0	0	0	0	1	1											
15	0	1	0	0	0	1	1	1											
16	1	0	1	0	0	1	1	0											
17	0	0	0	0	0	0	0	0											
18	1	0	0	0	1	0	0	1											
19	0	0	0	1	0	1	0	0											
20	0	0	0	0	0	0	0	1											
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

CONFIABILIDAD Kr-20

VARIABLE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

	PREGUNTAS o ÍTEMS							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
TOTAL	10	10	11	8	12	13	12	10
p	0.50	0.50	0.55	0.40	0.60	0.65	0.60	0.50
q	0.50	0.50	0.45	0.60	0.40	0.35	0.40	0.50
p.q	0.25	0.25	0.25	0.24	0.24	0.23	0.24	0.25

K	8
k-1	7
$\Sigma p.q$	1.95
St²	10.642

KR20	0.93398
-------------	----------------

VARIABLE RIESGO DE COMPLICACIONES

	PREGUNTAS o ÍTEMS							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
TOTAL	12	13	10	9	12	12	14	12
p	0.60	0.65	0.50	0.45	0.60	0.60	0.70	0.60
q	0.40	0.35	0.50	0.55	0.40	0.40	0.30	0.40
p.q	0.24	0.23	0.25	0.25	0.24	0.24	0.21	0.24

K	8
k-1	7
$\Sigma p.q$	1.90
St²	8.642

KR20	0.89226
-------------	----------------

BASE DE DATOS GENERAL VARIABLE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
1	0	0	0	0	0	1	0	0											
2	0	1	0	0	0	0	0	1											
3	0	0	0	0	0	0	0	0											
4	0	1	0	0	0	0	0	0											
5	0	0	1	0	0	0	1	0											
6	1	0	0	0	0	1	1	0											
7	0	0	0	0	0	0	0	0											
8	0	0	0	0	1	0	0	0											
9	0	0	0	0	0	1	0	0											
10	0	0	0	0	1	1	1	0											
11	1	1	0	0	1	1	1	0											
12	0	0	0	0	0	1	0	0											
13	1	0	0	0	0	0	1	1											
14	0	0	0	0	1	1	1	0											
15	0	0	0	0	0	1	1	0											
16	0	0	0	0	0	1	0	1											
17	0	0	0	1	1	0	1	0											
18	0	0	0	0	1	1	1	0											
19	0	1	0	0	0	0	1	0											
20	0	0	1	0	1	1	1	0											
21	0	0	0	0	0	0	0	0											
22	0	0	0	0	0	1	0	0											
23	0	1	0	0	0	0	0	1											
24	0	0	0	0	0	0	0	0											
25	0	1	0	0	0	0	0	0											
26	0	0	1	0	0	0	1	0											
27	1	0	0	0	0	1	1	0											
28	0	0	0	0	0	0	0	0											
29	0	0	0	0	1	0	0	0											
30	0	0	0	0	0	1	0	0											
31	0	0	0	0	1	1	0	0											
32	1	1	0	0	1	1	0	0											
33	0	0	0	0	0	1	0	0											
34	1	0	0	0	0	0	1	1											
35	0	0	0	0	1	1	1	0											
36	0	0	0	0	0	1	1	0											
37	0	0	0	0	0	1	0	1											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Data_var1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
38	0	0	0	1	1	0	1	0											
39	0	0	0	0	1	1	0	0											
40	0	1	1	1	1	0	0	1											
41	1	0	0	1	1	0	1	1											
42	0	0	0	1	0	1	1	0											
43	1	0	1	1	1	0	0	1											
44	1	0	1	1	1	0	1	1											
45	1	1	1	1	1	1	1	1											
46	0	1	1	1	1	0	0	0											
47	1	1	1	0	1	0	0	1											
48	1	1	1	1	1	1	1	1											
49	1	1	1	1	1	1	1	1											
50	1	1	1	1	1	1	1	1											
51	1	1	0	0	1	1	1	1											
52	1	1	1	1	1	1	1	1											
53	1	1	1	1	1	1	0	1											
54	1	1	0	0	1	0	1	1											
55	1	1	1	1	1	1	1	1											
56	1	1	0	1	1	1	0	1											
57	1	1	1	1	1	1	0	1											
58	1	1	1	1	1	1	1	1											
59	1	1	1	1	1	1	0	1											
60	1	1	1	1	1	1	0	0											
61	1	1	0	1	1	1	1	1											
62	1	1	1	1	1	1	1	1											
63	1	1	1	1	1	1	0	0											
64	1	1	1	1	1	1	0	1											
65	1	1	1	1	1	1	1	1											
66	1	1	1	1	1	1	1	1											
67	0	1	1	1	1	1	1	1											
68	1	1	1	1	1	1	1	1											
69	1	1	1	1	1	1	1	1											
70	1	1	1	1	1	1	1	1											
71	1	0	1	0	1	1	1	0											
72	1	1	1	1	1	1	1	1											
73	1	1	1	1	1	1	1	1											
74	1	1	1	1	1	1	1	1											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Data_var1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
74	1	1	1	1	1	1	1	1											
75	1	0	1	0	1	0	1	1											
76	1	1	1	1	1	1	1	1											
77																			
78																			
79																			
80																			
81																			
82																			
83																			
84																			
85																			
86																			
87																			
88																			
89																			
90																			
91																			
92																			
93																			
94																			
95																			
96																			
97																			
98																			
99																			
100																			
101																			
102																			
103																			
104																			
105																			
106																			
107																			
108																			
109																			
110																			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

BASE DE DATOS GENERAL VARIABLE RIESGO DE COMPLICACIONES

Data_var2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
1	1	1	1	1	1	1	1	1										
2	1	1	1	1	1	1	1	1										
3	1	1	1	1	1	1	0	1										
4	1	1	1	1	1	1	1	1										
5	1	1	1	0	1	1	1	1										
6	1	1	1	1	1	1	0	1										
7	1	1	1	1	1	1	1	1										
8	1	1	0	1	0	1	1	1										
9	1	1	1	1	1	1	1	1										
10	1	1	1	0	1	1	1	1										
11	1	1	1	1	1	1	1	1										
12	1	1	1	1	1	1	1	1										
13	1	1	1	1	1	1	1	1										
14	1	1	1	1	1	1	1	0										
15	1	1	1	1	1	1	0	1										
16	1	1	1	1	1	1	0	1										
17	1	1	1	1	1	1	1	1										
18	1	1	1	1	1	1	1	1										
19	1	1	1	1	1	1	0	1										
20	1	1	1	1	1	1	1	1										
21	1	1	1	1	1	1	1	1										
22	1	0	1	1	1	1	1	1										
23	1	1	1	1	1	1	1	1										
24	1	1	0	1	1	1	1	1										
25	1	1	1	1	1	1	1	1										
26	1	1	1	1	1	1	1	1										
27	1	1	1	1	1	1	1	1										
28	0	0	1	1	0	1	1	0										
29	1	0	1	1	1	1	0	0										
30	1	1	1	1	1	1	1	1										
31	1	1	1	1	1	1	1	1										
32	0	1	1	1	1	1	1	1										
33	1	1	1	0	1	1	1	1										
34	1	1	1	1	1	1	1	1										
35	1	1	1	1	1	1	0	1										
36	1	1	1	0	1	0	1	1										
37	1	1	1	1	1	1	1	1										

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Data_var2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
38	1	0	1	1	1	1	1	1											
39	1	1	1	1	1	1	1	1											
40	1	0	1	1	0	0	1	1											
41	0	1	1	0	0	1	1	1											
42	1	0	1	0	0	1	1	1											
43	1	0	1	1	1	0	0	0											
44	1	0	1	0	0	0	1	1											
45	0	0	0	0	1	0	1	1											
46	1	1	1	0	1	0	0	1											
47	0	0	0	0	0	0	0	0											
48	0	0	0	0	0	1	1	0											
49	1	0	1	0	0	0	1	1											
50	0	0	0	0	1	1	0	0											
51	0	0	0	0	0	0	0	0											
52	1	0	0	0	1	1	0	0											
53	0	0	1	0	0	1	0	0											
54	1	0	0	0	0	0	1	0											
55	0	1	1	1	0	1	1	1											
56	0	0	0	1	0	1	0	0											
57	0	1	0	1	0	0	1	0											
58	0	0	1	0	0	1	0	1											
59	0	1	0	0	0	0	1	0											
60	1	0	0	0	0	0	0	0											
61	0	1	0	0	0	1	1	0											
62	0	0	0	0	0	0	0	0											
63	0	0	0	0	0	0	1	0											
64	0	0	0	0	0	1	1	0											
65	0	0	0	0	0	0	0	0											
66	0	0	0	0	1	1	0	0											
67	0	1	0	0	0	0	0	0											
68	0	1	0	0	1	0	1	0											
69	0	0	0	0	1	0	0	0											
70	0	0	0	0	0	1	1	0											
71	0	1	0	0	0	1	1	0											
72	1	0	1	0	0	1	1	0											
73	0	0	0	0	0	0	0	0											
74	1	0	0	0	1	0	0	1											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Data_var2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
74	1	0	0	0	1	0	0	1											
75	0	0	0	1	0	1	0	0											
76	0	0	0	0	0	0	0	1											
77																			
78																			
79																			
80																			
81																			
82																			
83																			
84																			
85																			
86																			
87																			
88																			
89																			
90																			
91																			
92																			
93																			
94																			
95																			
96																			
97																			
98																			
99																			
100																			
101																			
102																			
103																			
104																			
105																			
106																			
107																			
108																			
109																			
110																			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON