



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
C H I L E



ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL.

Integrantes

*Cindy Fajardin A.
Leicy Miranda O.
Patricia Monsalve V.
Johanna Montino B.
Angela Vega R.
Natalie Zapata C.*

Docente Tutora

Yolanda León

*Valparaíso, Chile
2007*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Agradecimientos	IX
2. CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
2.1. Introducción	1
2.2. Delimitación del Problema y Definición de Términos	4
2.3. Limitaciones del Estudio	5
3. CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	
3.1. Marco Teórico	6
3.2. Objetivos Generales	37
3.3. Objetivos Específicos	37
3.4. Definición y Operacionalización de Variables	39
4. CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	
4.1. Tipo de Diseño de Investigación	49
4.2. Población del Estudio	49
4.3. Definición de la Muestra	50
4.4. Método de Recolección de Datos	51
4.5. Descripción del Instrumento	51
4.6. Estudio de Confiabilidad del Instrumento	52
4.7. Organización del Trabajo en Terreno	52
4.8. Criterios de análisis de resultados	53

5. CAPÍTULO 4: RESULTADOS.	
5.1. Presentación y análisis de resultados	55
6. CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, RECOMENDACIONES Y RESUMEN	
6.1. Discusión	78
6.2. Recomendaciones	81
6.3. Resumen	83
7. BIBLIOGRAFÍA	
a) Libros	86
b) Revistas	87
c) Páginas Web	89
8. PÁGINAS COMPLEMENTARIAS	
8.1. Anexos	
8.1.1. Tablas	90
8.1.2. Instructivo del cuestionario	98
8.1.3. Cuestionario	103

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Rangos de edad de los Adultos Mayores, según sexo.	55
TABLA N°2: Nivel educacional de los Adultos Mayores, según sexo.	56
TABLA N°3: Grupo o personas con quien vive el Adulto Mayor, según sexo.	57
TABLA N°4: Año de control de hipertensión arterial de los Adultos Mayores, según sexo.	57
TABLA N°5: Número de fármacos que consumen los Adultos Mayores para la hipertensión arterial, según sexo.	58
TABLA N°6: Identificación de los fármacos prescritos por parte de los Adultos Mayores, según sexo.	90
TABLA N°7: Identificación del Adulto Mayor de su dosis prescrita, según sexo.	91
TABLA N°8: Identificación de horario prescrito, según sexo.	92
TABLA N°9: Razones por las cuales los Adultos Mayores no ingieren el/los fármacos, según sexo.	93
TABLA N°10: Razones por las cuales los Adultos Mayores no ingieren las dosis indicadas del fármaco, según sexo.	93
TABLA N°11: Razones por las cuales los Adultos Mayores no ingieren los fármacos a la hora indicada, según sexo.	94
TABLA N°12: Abandono del tratamiento farmacológico por parte de los Adultos Mayores, según sexo.	95
TABLA N°13: Causas de abandono del tratamiento farmacológico, según sexo.	95
TABLA N°14: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico según sexo.	59
TABLA N°15: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico según edad.	60

TABLA N°16: Participación de la familia en el tratamiento farmacológico.	61
TABLA N°17: Grado de Conocimiento de los Adultos Mayores sobre Hipertensión Arterial y Tratamiento Farmacológico, según sexo.	62
TABLA N°18: Conocimiento de los Adultos Mayores sobre la definición de Hipertensión Arterial, según sexo.	63
TABLA N°19: Conocimiento de los Adultos Mayores sobre la cronicidad de la Hipertensión Arterial, según sexo.	63
TABLA N°20: Reconocimiento de Signos y Síntomas de Hipertensión Arterial por los Adultos Mayores, según sexo.	64
TABLA N°21: Conocimiento de los Adultos Mayores sobre los efectos de los fármacos para el tratamiento de su Hipertensión Arterial, según sexo.	65
TABLA N°22: Menciones sobre fuentes de información sobre la Hipertensión Arterial, según sexo.	66
TABLA N°23: Profesionales de la salud que entregan información sobre Hipertensión Arterial a los Adultos Mayores según sexo.	67
TABLA N°24: Menciones sobre fuentes de información del tratamiento farmacológico a los Adultos Mayores, según sexo.	68
TABLA N°25: Profesionales de la salud que entregan información sobre tratamiento farmacológico a los Adultos Mayores, según sexo.	69
TABLA N°26: Fuentes de información sobre Hipertensión Arterial y Tratamiento Farmacológico.	70
TABLA N°27: Identificación del Profesional de Enfermería por parte del Adulto Mayor, según sexo.	71
TABLA N°28: Educación sobre Hipertensión Arterial que otorga la Enfermera a los Adultos Mayores, según sexo.	96
TABLA N°29: Menciones en relación a la educación sobre tratamiento farmacológico otorgada por la enfermera al Adulto Mayor, según sexo.	96

TABLA N°30: Percepción del Adulto Mayor sobre la calidad de la información otorgada por la enfermera, según sexo.	72
TABLA N°31: Categorización de la educación otorgada por la Enfermera al Adulto Mayor hipertenso, según sexo.	73
TABLA N°32: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico según el nivel educacional.	74
TABLA N°33: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico según grado de conocimiento.	75
TABLA N°34: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico según número de fármacos.	76
TABLA N°35: Percepción del Adulto Mayor sobre el tratamiento farmacológico para la Hipertensión Arterial, según sexo.	97
TABLA N°36: Grado de Adherencia al tratamiento farmacológico según la percepción del Adulto Mayor de la eficacia de su tratamiento farmacológico.	77

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°1: Fármacos hipertensivos de empleo oral	14
CUADRO N°2: Combinaciones racionales de fármacos	14
CUADRO N°3: Test de Morisky-Green-Lovine	30
CUADRO N°4: Test de Batalla	31

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1: Factores Influyentes en la Adherencia Terapéutica	18
FIGURA N°2: Modelo de Creencias en Salud	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: Distribución de adultos mayores según sexo.	55
GRÁFICO N°2: Distribución de adultos mayores según edad.	55
GRÁFICO N°3: Distribución de adultos mayores según nivel educacional.	56
GRÁFICO N°4: Número de fármacos que consumen los adultos mayores.	58
GRÁFICO N°5: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico en Adultos Mayores.	59
GRÁFICO N°6: Participación de la familia en el tratamiento farmacológico del Adulto Mayor.	61
GRÁFICO N°7: Menciones sobre quien otorga la información acerca de Hipertensión Arterial a los Adultos Mayores.	66
GRÁFICO N°8: Menciones sobre quien entrega la información del tratamiento farmacológico.	68
GRÁFICO N°9: Fuentes de información sobre Hipertensión Arterial y tratamiento farmacológico.	70
GRÁFICO N°10: Categorización de la educación otorgada por la enfermera al Adulto Mayor hipertenso, según sexo.	73

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de esta investigación fue un nuevo desafío al que nos enfrentamos, fue logrado y realizado gracias al apoyo y ayuda de innumerables personas que contribuyeron a cumplir esta meta que veíamos inalcanzable.

Es por este motivo que damos los más sinceros y cordiales agradecimientos a todos quienes aportaron con su apoyo y contribuyeron de manera desinteresada a cumplir este desafío.

Agradecemos de manera especial a:

A Dios, por regalarnos la vida, permitirnos vivir momentos especiales, y por habernos ayudado a superar los tiempos difíciles.

Nuestros padres, familiares, y amigos quienes en todo momento nos brindaron su apoyo y comprensión para llevar a cabo este trabajo y siempre depositaron su confianza para continuar con nuestros propósitos.

A la señora Yolanda León, profesora asesora de este proyecto de investigación, quien nos guió en este proceso.

A los Adultos Mayores y sus familiares, quienes accedieron a recibirnos en sus hogares, permitiéndonos de esta manera llevar a cabo esta investigación.

Al Consultorio Cienfuegos de Viña del Mar, y a sus funcionarios, quienes nos acogieron y abrieron las puertas de este lugar con la mejor disposición para poder realizar nuestro trabajo en sus dependencias.

A la señora Viviana Guerra, Enfermera del Consultorio Cienfuegos, quien nos brindó su ayuda y cooperación, colocando a nuestra disposición los recursos que estaban a su alcance.

Al señor Alberto Caro, docente estadístico, de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Valparaíso, quien nos asesoró en nuestro trabajo de tesis.

A TODOS ELLOS MUCHÍSIMAS GRACIAS

2.1 INTRODUCCIÓN

En el año 2002, se llevaron a cabo dos grandes encuentros a nivel de las Naciones Unidas, para analizar dos puntos relevantes: el primero de ellos, la disminución del índice de fertilidad mundial y el segundo, el envejecimiento de la población.

La combinación de estos hechos está instalando a la población mundial en una delicada y preocupante situación, a la cual nuestro país Chile no está ajeno. Por el contrario, dentro de Latino América es uno de los países con más bajo crecimiento de la población y con un aumento importante en la esperanza de vida de las personas.¹

De acuerdo a las cifras del Censo del 2002, el grupo de 60 y más años alcanzó el 11,4 % del total del país, cerca de 1,7 millones de habitantes; al año 2020, se estima que los adultos mayores serán cerca de 3 millones de personas.

Por otra parte, la expectativa promedio de vida de la población chilena se ha desplazado desde los 45 años en 1930 a los 76 años en el 2002, estimándose que el 2025 alcanzará los 80 años.

A raíz de lo mencionado anteriormente, podemos decir que Chile es un país envejecido con una gran población de adultos mayores, en los cuales deben centrarse los esfuerzos de salud y calidad de vida, agregando a esto la característica de ser un grupo vulnerable. Por otra parte, existe un incremento en la incidencia de

¹ CHILE UNIDO. Menos niños y más ancianos, la población de siglo XXI. [En línea] <http://64.233.169.104/search?q=cache:7k9QsB09ecMJ:www.chileunido.cl/corrientes/docs_corrientes/CdeOp69envejecimiento.pdf+envejecimiento+de+la+poblacion+en+chile&hl=es&ct=clnk&cd=5&gl=cl> [Consulta: 26 Septiembre 2007].

enfermedades crónicas no transmisibles como consecuencia de los cambios en los estilos de vida de los últimos tiempos; encontrándose entre estas la Hipertensión Arterial Esencial.

Actualmente la Hipertensión Arterial ocupa uno de los primeros lugares de consulta en el nivel primario de atención y aparece entre las más mencionadas en los estudios de morbilidad percibida en el país. Es por este motivo que se ha considerado dentro de las Garantías Explícitas de Salud, establecidas por el Ministerio de Salud.

La adherencia al tratamiento integral de la Hipertensión Arterial Esencial es indispensable, ya que este puede alargar y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, evitando las complicaciones que esta trae consigo. Dentro de este tratamiento, el componente farmacológico juega un rol fundamental en el mantenimiento de una presión arterial adecuada. Sin embargo, estudios realizados demuestran que, pese a la importancia de la adherencia al tratamiento, este no se cumple debido a diversos factores, tales como las creencias y conductas en salud, los efectos colaterales de los medicamentos, entre otras.

El Profesional de Enfermería tiene un rol fundamental en el fomento de la adherencia al tratamiento farmacológico de sus pacientes, ya que es este profesional quien tiene mayor contacto con el paciente a través de las diferentes actividades y responsabilidades que asume en las variadas intervenciones que realiza en los controles de salud del adulto mayor crónico, determinados en el Programa Cardiovascular. Cabe destacar que es de relevante importancia realizar una valoración lo más exhaustiva y objetiva posible, que permita detectar y pesquisar factores positivos que contribuyan a una adherencia eficaz al tratamiento farmacológico, u otros factores que influyan negativamente en ésta.

Considerando que este tema es de gran trascendencia y actualidad, y en base a las consideraciones anteriores y a la responsabilidad que le asigna la ley al Profesional de Enfermería en el cuidado de la salud de las personas, hemos considerado de importancia para Enfermería explorar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de adultos mayores con hipertensión arterial esencial y factores relacionados con el grado de conocimiento respecto a la Hipertensión Arterial Esencial y la acción de los medicamentos, particularmente aquellos que provienen de las intervenciones de Enfermería que podrían tener relevancia en su conducta de adherencia.

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Adherencia al tratamiento farmacológico y exploración de factores relacionados con el grado de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial Esencial y su Tratamiento Farmacológico en Adultos Mayores inscritos en el Programa Cardiovascular del Sector Amarillo del Consultorio Cienfuegos de Viña del Mar.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

1. Adherencia: El grado en el cual un individuo opta por conductas que coincide con el tratamiento farmacológico de prescripción médica.
2. Grado de Conocimiento: Categorización del entendimiento sobre la enfermedad y tratamiento farmacológico.
3. Tratamiento farmacológico: Indicación de medicamentos otorgado por el médico para el manejo y control de la hipertensión arterial esencial.
4. Adultos mayores: Personas mayores de 65 años de edad.
5. Hipertensión arterial esencial: Tipo de hipertensión que afecta a un 95% de la población chilena hipertensa y que no tiene causa conocida.

2.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Escaso tiempo disponible para el desarrollo del estudio relacionado con la alta carga académica de las tesis.
- Falta de experiencia de las tesis en el área de investigación.
- Integrantes del grupo distribuidas en campos clínicos diferentes por cátedras profesionales, lo cual dificultó la comunicación.
- Fichas clínicas y cartolas de control del consultorio ilegibles e incongruentes entre sí, lo cual dificultó la recolección de datos.
- Un 11,5% de los seleccionados no residían en las direcciones mencionadas en la documentación obtenida del consultorio.
- Topografía del terreno visitado en regulares condiciones lo cual aumentó el tiempo de movilización entre los domicilios y el acceso a estos.

3.1 MARCO TEÓRICO

Epidemiología

La hipertensión arterial es una enfermedad asintomática, que tiene múltiples repercusiones para la salud, que genera altos costos económicos para las entidades prestadoras de los servicios de salud y que requiere de los pacientes cambios permanentes y un compromiso activo con el tratamiento una vez que son diagnosticados e informados de su enfermedad.

Aunque la hipertensión arterial leve a moderada tiene pocas manifestaciones sintomáticas por sí misma, los efectos secundarios del manejo están asociados con la poca adherencia o el franco abandono del tratamiento medicamentoso. Para algunos pacientes el hecho de ingerir medicamentos implica un problema más grande que la enfermedad misma.

La identificación de los factores que influyen en la adherencia terapéutica supone el primer paso para, posteriormente, elaborar estrategias que faciliten o mejoren su mantenimiento. Dichas estrategias deben estar encaminadas fundamentalmente a la educación del paciente hipertenso, considerada como la piedra angular de los pilares del tratamiento, que durará toda la vida y responderá cada vez más a las etapas por las que atraviese el paciente.

Según el reporte del año 2005 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son las principales causas de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente. Del total de 58 millones de defunciones previstas para el 2005 por todas las causas, se estimó que 35 millones corresponderían a enfermedades crónicas, por encima del número de defunciones de todas las enfermedades infecciosas

(VIH/Sida, tuberculosis y malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales.¹

En el mismo informe de la OMS (2005) se destacaron las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas: «Esta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente».

Al año 2006, 7,1 millones de personas mueren como consecuencia de la Hipertensión arterial, siendo por esta razón reconocida como una de las tres primeras causas de morbilidad mundial, causas de incapacidad, principal motivo de consulta médica y una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social.

La OMS plantea la importancia de detener esta epidemia mundial de enfermedades crónicas y refuerza la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. La “Adherencia al Tratamiento”, podría ser considerada como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), en Chile, son la principal causa de muerte en ambos sexos. Una de cada tres defunciones es de causa cardiovascular, con 22.730 defunciones y una tasa de mortalidad de 149 por 100.000 habitantes en 1999. Destacan la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular que, en conjunto, representan el 70% del total de las defunciones de este grupo.²

¹ HOLGUÍN, L. CORREA, D. ARRIVILLAGA, M. CÁCERES, D. VARELA, M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*. 5(3): 535-547, 2006.

² MINISTERIO DE SALUD. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Santiago: MINSAL, 2002. pp: 5-6.

Aunque no existen estudios sobre la incidencia o prevalencia de estas enfermedades a nivel nacional, distintas investigaciones señalan que las ECVs son una de las principales causas de morbilidad en el adulto. La hipertensión arterial (HTA) ocupa uno de los primeros lugares de causa de consulta en el nivel primario y aparece entre las más mencionadas en los estudios de morbilidad percibida en el país.

Además de las consecuencias obvias de una defunción, las ECVs son una gran carga económica para el individuo, su familia y también para la sociedad, considerando que la mayoría de los que se enferman requerirán atención médica especializada en servicios clínicos de alta complejidad tecnológica; de ahí su denominación de enfermedades catastróficas.

Existe una serie de mitos asociados a las ECVs tales como que son propias de los países desarrollados o que son una consecuencia inevitable del envejecimiento, entre otros. La verdad es que la evidencia científica muestra que gran parte de las ECVs son evitables a través de la prevención y control de los factores de riesgo (FR) cardiovasculares (CV).

Estudios epidemiológicos han demostrado una asociación causal entre los FR y los eventos clínicos CV: enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular trombótica o hemorrágica, enfermedad hipertensiva, enfermedad vascular periférica.

La mayoría de las ECVs comparten FR; de ahí que la reducción en uno o más de ellos puede prevenir más de una ECV. La etiología multifactorial hace necesarias intervenciones también multifactoriales para maximizar los esfuerzos preventivos. No obstante, un FR puede tener más importancia que otro para determinada enfermedad; por ejemplo, el riesgo relativo de la HTA es mayor en la enfermedad cerebrovascular que en la enfermedad coronaria. Aunque no todos los FR son modificables (ej. edad, sexo, raza, etc.), dada su importancia se sugiere la necesidad de idear mecanismos de intervención específicos dirigidos a los grupos de alto riesgo: adultos mayores, varones, etc. Los FR fisiológicos tales como HTA, colesterol elevado, diabetes

mellitus (DM), se modifican indirectamente a través de intervenciones en los factores conductuales (dieta, actividad física); por lo tanto, los cambios observados sirven de indicadores para evaluar la efectividad de las medidas dirigidas a promover estos cambios.

Considerando el envejecimiento que está experimentando la población, debido al aumento de la expectativa de vida en 10 años, es de vital importancia la calidad de vida que experimenten en estas últimas etapas de vida.

Una de las principales causas de morbimortalidad que afecta a la población chilena y a los adultos, es la Hipertensión Arterial (HTA). Esta puede ser esencial (primaria), la cual afecta a un 95% de los casos de hipertensos y no presenta causa conocida; también se encuentra la HTA secundaria, la que corresponde a un 5% de los casos y está asociada a patologías concomitantes (síndrome de Cushing, insuficiencia renal, obesidad, entre otras), existe un 40% de ellas que son corregibles total o parcialmente. La prevalencia de HTA es similar en varones y mujeres.³

El 20% de los hipertensos también son diabéticos, alrededor de un 20% presenta hipertensión refractaria al tratamiento y entre un 25 a 28% es derivado al nivel secundario.

En la Encuesta Nacional de Salud Chile (2003) del Ministerio de Salud (MINSAL), el grupo etáreo mayor o igual a 65 años presentó una prevalencia de HTA de 78,8%, y de 33,7% en el tamizaje realizado en la población de 17 y más años, de los cuales el 40,2% no conocía su condición (25,3% de las mujeres y 53,2% de los hombres).

Dentro de la población de usuarios con presión arterial alta, el 63% sabía su condición de hipertensos, el 44% estaba recibiendo medicación y sólo un 22% de ellos, presentaba cifras de presión dentro de cifras normales.

³ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1º Edición. Santiago: Minsal, 2006. pp: 6-7.

La tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva en Chile fue de 16,9 por 100.000 habitantes en el año 2003, alcanzando anticipadamente la proyección esperada para el 2010.

Debido a que la enfermedad hipertensiva presenta una leve tendencia al ascenso y por consiguiente afectaría disminuyendo nuestra expectativa de vida; es necesaria la detección y pesquisa precoz de los casos, esperando que se logre una alta adherencia al tratamiento que se les ofrece mediante las Garantías Explícitas en Salud (GES), ya que disminuiría considerablemente la morbimortalidad que causa la HTA.

Normas Vigentes de Hipertensión Arterial

Programa de Salud Cardiovascular⁴

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), es ahora la suma de los subprogramas de pacientes crónicos (hipertensos y diabéticos), siguiendo un enfoque similar, pero enfatizando ahora en el riesgo CV absoluto de la persona.

Dentro de sus objetivos encontramos:

- Prevenir la morbilidad y la mortalidad en sujetos en riesgo CV.
- Reducir el riesgo CV de los individuos en control.
- Lograr niveles de Presión Arterial (P/A) óptimos.
- Mejorar el control metabólico de los diabéticos.
- Reducir el nivel de colesterol en pacientes dislipidémicos.
- Mejorar la capacidad física de los pacientes en control.

⁴ MINISTERIO DE SALUD. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Santiago: MINSAL, 2002. pp: 7-8

Dentro de sus actividades se encuentra la evaluación de riesgo CV, mediante el Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), lo cual constituye una medida para la detección precoz de riesgo CV y permite la intervención oportuna en ésta.

La Reforma en Salud, contempla el GES, el cual asegura que el usuario tiene derecho de ser atendido y tratado oportunamente. En el año 2005 se incorporan 25 problemas de salud en las GES, dentro de los cuales se encuentra la Hipertensión Arterial Esencial.

Los Criterios de Inclusión para esta garantía consideran a las personas de 15 y más años con⁵:

- Medición casual de presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, en personas mayores de 18 años.
- Diagnóstico confirmado de HTA con técnica estandarizada mayor o igual a 140/90 mmHg.
- Pacientes con crisis hipertensiva, con cifras de P/A mayor o igual a 180/110 mmHg.
- Con Hipertensión Arterial Primaria o Esencial (HTAE).

Dentro de la evaluación de riesgo cardiovascular, se incluye la medición de P/A. Una vez detectadas las personas con presión arterial alta, se realiza un seguimiento para confirmar o descartar la condición de hipertenso. Posterior a esto se debe referir a la persona hipertensa a un Centro de Salud (CES) para su diagnóstico y tratamiento.

⁵ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1º Edición. Santiago: Minsal, 2006. pp: 8

La evaluación del paciente hipertenso, consta de: anamnesis, examen físico completo y exámenes de laboratorio básicos. En base a estos parámetros, se formula el diagnóstico de HTA indicando el tipo, la clasificación y la presencia o ausencia de daño orgánico. Formulado el diagnóstico, el médico indicará el tratamiento, ya sea no farmacológico o asociado a un tratamiento farmacológico.

Objetivos del tratamiento

El objetivo principal del tratamiento de la HTA es lograr la máxima reducción en el riesgo total de morbilidad y mortalidad CV. Tratar todos los FR CV concomitantes que sean reversibles. Dado que la relación entre riesgo CV y cifras de P/A es continua y no existe un umbral de riesgo, la meta de la terapia antihipertensiva será restaurar la P/A a niveles definidos como “normales” u “óptimos” según la clasificación de riesgo cardiovascular determinada.

Estrategias Utilizadas

El control y seguimiento es una actividad compartida entre el médico, la enfermera y la auxiliar de enfermería. La nutricionista, psicólogo, asistente social y otros profesionales cumplen otras funciones complementarias en sus especialidades.

La educación al paciente y a su grupo familiar es la intervención principal en cada contacto con este. Es importante destacar que los pacientes motivados e informados tienen una mayor adhesividad al tratamiento. Es importante que entiendan la naturaleza de su enfermedad, comprendan el valor del tratamiento en el largo plazo, la importancia de adherir a las medidas no farmacológicas y farmacológicas de por vida, el control de los FR CV y se familiaricen con los fármacos que deben ingerir (nombre, dosis, efectos secundarios, etc.)

Una vez clasificado el paciente, se inicia el plan de tratamiento según corresponda a su nivel de riesgo CV, número de FR y su intensidad.⁶

Dentro de las estrategias de tratamiento encontramos las medidas no farmacológicas y farmacológicas:

1. *Tratamiento no farmacológico*: principalmente basado en cambio de conductas hacia un estilo de vida saludable, consta de:
 - a. Reducción de peso.
 - b. Reducción del consumo de sal.
 - c. Reducción del consumo de alcohol.
 - d. Otras modificaciones dietéticas, como por ejemplo el aumento del consumo de frutas, verduras y otros alimentos ricos en fibra dietética.
 - e. Abandono del tabaco.
 - f. Actividad física.

2. *Tratamiento farmacológico*: si la P/A no se estabiliza con el primer tratamiento nombrado, se utiliza como complemento el tratamiento farmacológico.
 - a) *Consideraciones generales*: No existe evidencia que indique diferencias sustanciales entre las clases de medicamentos y sus efectos sobre la P/A, aunque sí existen diferencias en los efectos colaterales. Debe privilegiarse el uso de monoterapia y comenzar con dosis bajas adecuándola según la respuesta clínica y la eventual aparición de efectos adversos (Cuadro 1). Los diuréticos tiazídicos se deberían usar como terapia inicial en la mayoría de los paciente tanto solos como en combinación con alguna de

⁶ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1º Edición. Santiago: Minsal, 2006. pp: 14-15

las otras clases (Cuadro 2). De preferencia utilizar medicamentos de acción prolongada para evitar fluctuaciones en las concentraciones plasmáticas y efecto del fármaco y mejorar la adherencia al tratamiento.

Cuadro 1: Fármacos antihipertensivos de empleo oral.

FÁRMACO	EJEMPLO
Diuréticos	Diurético (Ej.: Hidroclorotiazida) Diurético de Asa (Ej.: Furosemida) (sólo en pacientes con deterioro de la función renal). Ahorradores de Potasio (Ej.: Espironolactona)
Betabloqueadores	Ej.: Atenolol, propanolol.
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	Ej.: Captopril, Enalapril.
Antagonista de receptor de angiotensina II	Ej.: Losartán, Valsartán.
Bloqueadores de canales de calcio.	Ej.: Nifedipino acción retardada, amlodipino, nitrendipino.
Simpaticolítico de acción central.	Ej.: Metildopa.
Bloqueador alfa 1 (sólo en paciente hipertenso con hiperplasia prostática benigna)	Ej.: Doxazocina

Fuente: Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. (MINSAL, 2006)

Cuadro 2: Combinaciones racionales de fármacos

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diurético y betabloqueador. ✓ Diurético e IECA o antagonista del receptor de angiotensina II. ✓ Bloqueador de los canales de calcio y betabloqueador. ✓ Bloqueador de los canales de calcio e IECA. ✓ Alfa bloqueador y betabloqueador.

Fuente: Reorientación de los programas de hipertensión y diabetes. (MINSAL, 2002)

- b) *Inicio del tratamiento farmacológico*: Los pacientes de riesgo máximo deben comenzar la terapia farmacológica tan pronto confirmado el diagnóstico de HTA.
- c) *Selección de medicamento antihipertensivo*: Todas las clases terapéuticas sirven para iniciar y mantener la terapia antihipertensiva, pero la selección de los medicamentos estará influida por: factores socioeconómicos que determinan la disponibilidad de los fármacos, perfil de riesgo CV del paciente, respuesta individual del paciente ante la droga, aparición de efectos adversos, posibilidad de interacción con otras drogas que use el paciente.

Adherencia y Factores Asociados

La adhesión al tratamiento se entiende como “la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud”. Continuando con lo planteado, el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado⁷. Se propone también como la “estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida”⁸. Otros autores la definen como una conducta

⁷MEICHENBAUM, D. & Turk, D. C. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Madrid: Desclée de Brouwer. 1991.

⁸ BIMBELA, J. L. (2002). El Counseling en atención primaria. *Jano*, 63(1453), 54-60.

meta o incorporación en las rutinas cotidianas de la persona de nuevos hábitos (simples o complejos, novedosos o conocidos) beneficiosos para el sujeto.⁹

Para la OMS (2003) la adherencia al tratamiento, está definida como: “El grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud”.

Pese a la definición dada anteriormente por la OMS (2003), en el año 2004 el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Toma en cuenta dentro de esta definición el término médico como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de la salud). Además, cuestiona la palabra instrucciones que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. A su vez, plantea que es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

En el caso de la HTA, existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad. Entre los factores de riesgo más asociados en las investigaciones a niveles de presión arterial no controlados se

⁹ HOLGUÍN, L. CORREA, D. ARRIVILLAGA, M. CÁCERES, D. VARELA, M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*. 5(3): 535-547, 2006.

encuentran: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira y patrón de conducta tipo A (hiperactividad, irritabilidad e impulsividad).

Hoy en día los factores de riesgo están aumentando debido a los cambios ocurridos en las condiciones de vida y de trabajo de las personas, lo que ha significado hábitos alimenticios menos saludables (ej., mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sales), menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios, permisividad del consumo de sustancia psicoactivas ilegales. Todo lo mencionado hace más evidente la importancia de la participación activa del paciente en el cumplimiento de la toma de medicamentos, el cambio de hábitos y estilos de vida para la prevención y/o tratamiento de las patologías.

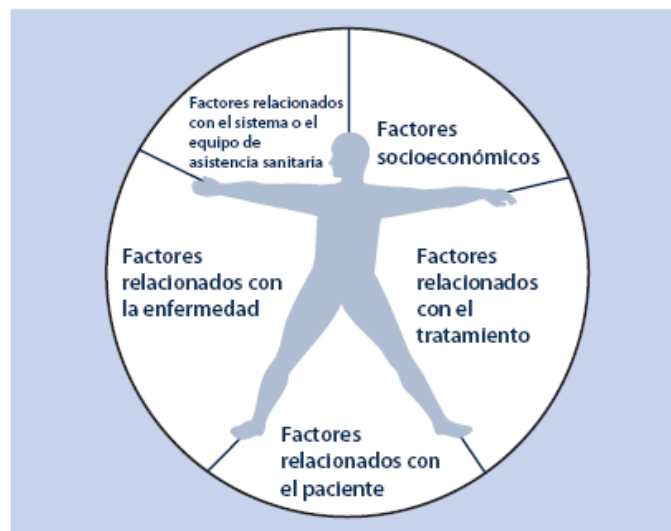
Innumerables estudios realizados respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la HTA y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados (Amigo, Fernández & Pérez, 1998; Cáceres, 2004; Kaplan, 1998, citado por Gatchel & Oordt, 2002; Márquez, Casado, Gil & Martell, 2002; Meichenbaum & Turk, 1991; Morrell, Park, Kidder & Martin, 1997; Rodríguez, 1995), es decir, la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos (ingesta de medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional).

Es claro el impacto que tiene la falta de adherencia al tratamiento en el éxito o fracaso de los programas terapéuticos. Sin embargo, se resalta la complejidad y multiplicidad de los factores que determinan esta conducta. El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto

voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, dentro de los cuales identificamos los relacionados con el paciente, factores socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, la enfermedad y con el sistema y/o equipo de salud (Figura 1)¹⁰.

Figura 1: Factores influyentes en la adherencia terapéutica.



Fuente: Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción (OMS, 2004).

a) Factores relacionados con el paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla (influenciada por la relación costo-beneficio del tratamiento), la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del

¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington, DC, 2004.

tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. Algunos de los factores relacionados con el paciente que influyen sobre la adherencia terapéutica son: edad, sexo, el olvido; el estrés psicosocial; posibles efectos adversos de los medicamentos; baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la posible interrupción del estilo de vida; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; mal entendimiento de las instrucciones de tratamiento; no aceptación del seguimiento profesional; inasistencia a controles de salud; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia a los medicamentos; numerosas indicaciones de medicamentos.

b) Factores socioeconómicos

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos o los padres que los cuidan. Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la

disfunción familiar. La edad es un factor que influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y adultos mayores). Los adultos mayores representan 6,4% de la población mundial y su número crece a razón de 800.000 individuos todos los meses. En muchos países en desarrollo, se han convertido en el sector de crecimiento más rápido de la población. Esta transición demográfica ha conducido a una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas que son particularmente comunes en este grupo etáreo. Además, los adultos mayores son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. En los países desarrollados, las personas mayores de 60 años consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados (hasta tres veces más per cápita que la población en general). La adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes adultos mayores y es, por lo tanto, un componente sumamente importante de la atención. La prevalencia de deficiencias cognitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta el riesgo de adherencia deficiente.

c) Factores relacionados con el tratamiento.

Los factores más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

d) Factores relacionados con la enfermedad.

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

e) Factores relacionados con el sistema y/o equipo de salud.

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el sistema y equipo de salud. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas, profesionales de salud recargados de trabajo, escasez de recursos humanos, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

En relación a los pacientes hipertensos, la probabilidad de un cumplimiento adecuado del tratamiento es realmente muy baja debido a los cambios ocurridos en el último tiempo en cuanto al estilo de vida y la toma de medicamentos, los que a veces causan molestias y efectos secundarios negativos. Además, a medida que el tratamiento se prolonga en el tiempo los sujetos tienden a renunciar, especialmente en

tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la HTA, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento.

Para monitorear la adherencia al tratamiento existen dos procedimientos: los directos y los indirectos. Los métodos directos, basados en la medición de metabolitos o de marcadores en sangre u orina, son los más seguros, pero su utilización está limitada por los costos y viabilidad; entre los indirectos se incluyen el juicio del médico, el conteo de píldoras, el conteo de comprimidos con microprocesador y el autorreporte del paciente.

Modelos y Teorías relacionados con Adherencia al Tratamiento

En cuanto a los modelos para explicar la conducta de adhesión, los dos más utilizados son: Modelos Biomédicos y Modelos Conductuales. Los primeros hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictivos del incumplimiento terapéutico. Los segundos se presentan en tres categorías: 1) *Los modelos operantes* que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adhesión. 2) *Los modelos de comunicación* que buscan mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión. 3) *Los modelos cognitivos* que están

basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social de Bandura y en los modelos cognitivos de decisión¹¹.

Según lo dicho anteriormente, la conducta de adhesión al tratamiento tiene estrecha relación con las conductas en salud que presente el paciente o usuario. Otro modelo es el propuesto por Fernández¹²: Actitud + Influencia social + Auto-eficacia, donde se propone que un paciente adherente debe tener una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico, una influencia social que le incite a la adherencia y una autoeficacia suficiente que le permitirá percibirse a sí mismo capaz de tomar la medicación como ha sido prescrita.

Por su parte, Meichenbaum & Turk (1991), plantean que las dos estrategias más estudiadas con relación a la adherencia al tratamiento han sido la educación del paciente y la modificación de conducta, demostrando esta última ser la más exitosa. A su vez, indican que el objetivo de un programa de entrenamiento en adhesión es promover la implicación del paciente, su autocontrol, y el mantenimiento a largo plazo en ausencia de supervisión por parte del profesional de la salud.

La conducta de adherencia al tratamiento farmacológico y de sus determinantes según un modelo psicosocial es un campo del conocimiento no suficientemente explorado en nuestro Sistema de Salud, y en el marco de la Atención Primaria, nivel en el que la adherencia puede y debe mejorarse para lograr así una atención de calidad a los usuarios del sistema.

El uso de una teoría o un modelo ayuda, por ejemplo, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas así como características y dinámica del contexto en que ocurren. Las teorías y los modelos son

¹¹ HOLGUÍN, L. CORREA, D. ARRIVILLAGA, M. CÁCERES, D. VARELA, M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*. 5(3): 535-547, 2006.

¹² FERNÁNDEZ, S., González, M. L., Comas, A., García, A. & Cueto, A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15(1), 82-87.

esenciales, entre otros fines, para definir y responder a preguntas válidas de investigación así como para definir objetivos e identificar grupos poblacionales o factores ecológicos susceptibles de ser intervenidos con el fin de mejorar la salud de individuos y poblaciones.

Para comprender el grado de adherencia debemos conocer y entender las conductas relacionadas con esta. Para fines de este estudio, se utilizarán los siguientes modelos:

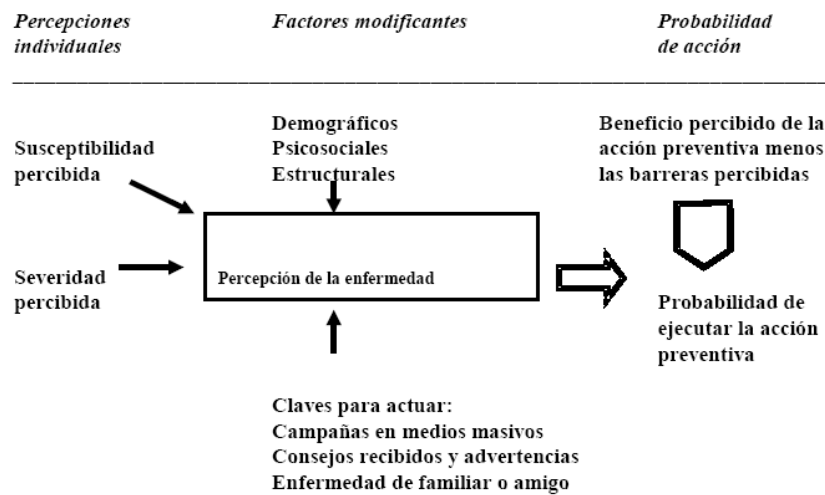
✓ *Modelo de creencias en salud*¹³

El Modelo de Creencias en Salud se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerando éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas, a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.

El Modelo de Creencias en Salud plantea que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad o sus complicaciones, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud (Figura 2).

¹³ CABRERA, G. TASCÓN, J. LUCUMÍ, D. Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Colombia, 19 (I): 91-101, 2001.

Figura 2: Modelo de Creencias en Salud.



Fuente: Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo.

✓ *Modelos de Enfermería*

a. *Nola J. Pender: el Modelo de Promoción en Salud (MPS)*

Pender desarrolló la idea de que promover una salud óptima sustituye a la prevención de la enfermedad. La Teoría de Pender identifica factores cognitivo-perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud. Estos factores se modifican por características demográficas, biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de situaciones y comportamientos. Estos ayudan a predecir la participación en la conducta promotora de la salud. La definición individual de salud para uno mismo tiene más importancia que una afirmación general sobre la salud. Una de las principales premisas de la Teoría de Pender es que la salud, como estado positivo de alto nivel, se asume como objetivo hacia el cual se esfuerza un individuo.

Los principales supuestos de esta Teoría son:

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales de la salud forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno, es esencial para el cambio de conducta.

Pender menciona una serie de factores personales que van a influir en las conductas del individuo.

- *Factores personales biológicos*: edad, sexo, IMC, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, equilibrio.
- *Factores personales psicológicos*: autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.
- *Factores personales socioculturales*: raza, etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico.

A continuación se detalla una serie de variables específicas de la conducta y el afecto, las cuales son modificables mediante las acciones de enfermería:

- *Beneficios percibidos de acción:* Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.
- *Barreras percibidas de acción:* Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada.
- *Autoeficacia percibida:* Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.
- *Afecto relacionado con la actividad:* Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Infiuye en la autoeficacia percibida.
- *Influencias interpersonales:* Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.
- *Influencias situacionales:* Percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta.

A continuación algunos antecedentes inmediatos de la conducta, o de los resultados conductuales:

- *Compromiso con un plan de acción:* El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

- *Demandas Contrapuestas*: Conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control por contingentes del entorno como el trabajo y las responsabilidades de cuidado de la familia.
- *Preferencias Contrapuestas*: Conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, poder elegir.
- *Conducta promotora de salud*: resultado de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Ejemplos: dieta sana, ejercicio físico regular, controlar estrés, descanso adecuado, crecimiento espiritual, construir relaciones positivas.

Referentes Empíricos

La falta de adherencia al tratamiento, es una de las causas más importantes del control deficiente de la P/A en el mundo. Cerca de la mitad de los pacientes que inician un nuevo tratamiento antihipertensivo lo abandona o modifica dentro del año de realizado el diagnóstico y sólo entre un tercio y la mitad de los que permanecen bajo tratamiento controlan la P/A.¹⁴

Los problemas crónicos una vez establecidos, pueden acompañar al individuo durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducirlo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, podrán incluso, alargar su vida, aquellos que se adhieran adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que cada una de las enfermedades exige.

Los fallos al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1º Edición. Santiago: Minsal, 2006. pp: 19

valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención de salud.

A continuación se describen algunos resultados de investigaciones que tratan el tema de la adherencia al control de salud y/o tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico:

Sepúlveda (1994)¹⁵ al realizar el análisis de los datos concluyó que el 62,5% de los pacientes controlados en el Consultorio Víctor Manuel Fernández (Concepción, Chile) tienen una alta adherencia al control. Además encontró que la edad, la condición de pareja, el nivel educacional y el tipo de hipertensión no fueron factores influyentes en la adherencia al control de salud. A diferencia de otros factores que sí influyeron: mayor adherencia en mujeres, al igual que en pacientes que tienen alguna actividad laboral, que perciben a la familia como apoyo social, tienen mayor antigüedad en el control, han recibido educación grupal y educación recibida por otros miembros del equipo de salud. La calidad de la educación impartida por la enfermera fue considerada buena por los dos tercios de la muestra.

Mendoza y Figueroa (1997)¹⁶ al realizar su investigación han concluido que quienes tienen mayores probabilidades de ser adherente a su programa de tratamiento prescrito son: hombres, quienes tienen alguna creencia religiosa, son activos laboralmente fuera de su hogar (remunerados), han aceptado que la duración de su tratamiento es de por vida, su tratamiento medicamentoso no les resulta complejo, tienen conocimiento acerca de su enfermedad hipertensiva, no tienen problemas familiares o personales para seguir la dieta indicada, están motivados para asistir a los

¹⁵ SEPULVEDA, Emelinda. Adherencia al control de los pacientes hipertensos y factores que la influncian, Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción. *Ciencia y Enfermería*. 3(1):49-58, 1997.

¹⁶ MENDOZA Parra, Sara. Creencias en salud y adherencia de pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la Comuna de Concepción – Chile, 1997. *Ciencia y Enfermería*. 4(1):63-76, 1998.

controles de salud y tienen la creencia que su régimen de tratamiento prescrito va a ser eficaz para controlar su enfermedad.

El **Grupo de Enfermería de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular (España, 2006)**¹⁷ describe diferentes métodos para medir el cumplimiento terapéutico relacionado con la HTA, dentro de los cuales destacamos:

El **Test de Morisky-Green-Levine**: método indirecto de fácil implementación basado en la entrevista clínica, para determinar la adherencia. Quienes no contestan correctamente las preguntas tendrían más probabilidades de lograr un control tensional menor y cifras de P/A diastólica más elevadas. Según los autores y las validaciones por ellos publicadas, se consideran adherentes a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no adherentes a quienes contestan si a una o más (Cuadro 3).

Cuadro 3: Test de Morisky-Green-Levine.

Este test consta de cuatro preguntas:

1. ¿Se olvida de tomar algunas vez los medicamentos para su hipertensión?
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
4. Si alguna vez le cae mal, ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder “SI” o “NO”.

Fuente: Guías de actuación de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular asociado (2006)

¹⁷ RAMOS Quirós, Elena. Hipertensión y Cumplimiento. En, Guías de actuación de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular asociado [en línea] España, 2006. Capítulo 14 <http://www.ehrca.org/2006/04/guias_de_actuac.html> [Consulta: 24 julio 2007]

El **Test de Batalla** es un método indirecto que valora el conocimiento que tiene el enfermo acerca de la HTA (Cuadro 4).

Cuadro 4: Test de Batalla

<p>Este test consta de tres preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tenerla elevada. <p>Se considera incumplidor el que falla en cualquier pregunta, y cumplidor aquel que responde correctamente a las tres preguntas.</p>
--

Fuente: Guías de actuación de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular asociado (2006)

Roles asignados a Enfermería y su aplicación en el Cuidado del Adulto Mayor

Hipertenso

El interés fundamental de Enfermería es el hombre, y es justamente hacia él que debe estar focalizado el quehacer de la enfermera.

El profesional de enfermería cumple una labor fundamental en todo el proceso por el que atraviesa el adulto mayor (AM) hipertenso, ya que está presente desde su detección abordando todos los pilares que el tratamiento conlleva en adelante, por esta razón es primordial que el profesional tenga los conocimientos y competencias necesarias para tratar al AM tomando en cuenta su etapa dentro del ciclo vital y los cambios tanto físicos como psicológicos que esta etapa conlleva.

El profesional de enfermería debe tomar en cuenta los valores, las creencias, y prácticas culturales que están influyendo en la conducta del AM hipertenso y las personas que lo rodean. Los usuarios que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos, insatisfacción, tensión y preocupaciones éticas o morales.

Actualmente, los/as enfermeras/os, a modo de optimizar recursos y tiempo, dejan de un poco de lado algunas actividades que son propias del ejercicio de la profesión y que no serán entregadas por ningún otro profesional, por lo tanto es de suma importancia la organización de manera tal, que el AM salga del control de salud realizado por la enfermera consciente de la patología que presenta y las implicancias que ésta tendrá en su vida, de manera que se motive a seguir las pautas de tratamiento entregadas por el médico tratante. Demasiados pacientes salen hoy día de la consulta del médico y/o enfermera/o sin entender por qué le han prescrito un fármaco en concreto, cómo tomarse la medicación prescrita o qué hacer si surgen los efectos adversos, porque nadie se dio el tiempo de explicarle o preguntarle si tenía alguna consulta al respecto.

Por tal razón la enfermera debe desarrollar estrategias que ayuden al usuario a llevar a cabo un óptimo tratamiento, el que debe ser realizado, para este caso, en el hogar; es por esto que es necesario que logremos impregnar en el usuario la necesidad del autocuidado, especialmente en el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

La capacidad de los pacientes para seguir los tratamientos de una manera óptima se ve comprometida con frecuencia por más de una barrera. Las intervenciones para promover la adherencia requieren varios componentes para superar estos obstáculos y el profesional de enfermería, en conjunto con otros profesionales de la salud, deben seguir un proceso sistemático para evaluar todas las barreras posibles.

Dado que se cuenta con intervenciones, ¿por qué ha persistido el problema de la adherencia terapéutica? Ha existido una tendencia a centrarse en los factores unidimensionales (principalmente factores relacionados con el paciente). Los cinco factores mencionados anteriormente en figura 1 (factores socioeconómicos, aquellos relacionados con el tratamiento, paciente, enfermedad y con el equipo de asistencia

sanitaria), deben considerarse en conjunto para plantear las intervenciones a realizar y así mejorar la adherencia.

A la hora de analizar las diferentes funciones del profesional de enfermería encontramos que en cada una de ellas existen actividades relacionadas con fomento de la adherencia al tratamiento que no pueden dejar de realizarse, algunas ellas se describirán a continuación:

1. Función Asistencial:

Esta función es la que más percibe el usuario, ya que generalmente es a la que se le da más importancia; sin embargo, en apremio del tiempo, tampoco es realizada muchas veces como corresponde.

En cada control el profesional de enfermería debe realizar una valoración exhaustiva tanto del AM como de su familia y su entorno, ya que estos influirán en las actitudes de éste. Junto con la realización de una completa anamnesis y examen físico, debe solicitar los exámenes correspondientes y fijar la fecha del próximo control. Debe evaluar además el cumplimiento de las metas terapéuticas o descompensaciones del AM, recordando siempre que se debe hacer partícipe al paciente del plan terapéutico (sujeto activo), ya que tiene el derecho de elegir lo que es mejor para él y la responsabilidad de su autocuidado.

Debido a las características del grupo etario, lo ideal es entregar las indicaciones no sólo verbalmente sino también en forma escrita para que en caso de dudas u olvido el AM pueda recurrir a estos documentos (medicamentos, dosis, horarios, fechas importantes, etc.).

En cada control de salud que realiza la enfermera, se debe comprobar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, mediante los test mencionados con anterioridad o el conteo de los fármacos indicados; si el paciente cumple con el tratamiento, se debe reforzar positivamente su acción. En aquellos casos en que no ha

habido adherencia al tratamiento o ésta ha sido parcial, identificar las redes de apoyo de la persona, el motivo de abandono del tratamiento y los incentivos que pudieran motivar al paciente para que lo vuelva a intentar.

En la relación o interacción con nuestro paciente no es aconsejable pensar que el problema del incumplimiento únicamente se encuentra en el paciente; el problema también puede estar en la manera que el profesional de salud plantea sus recomendaciones.

Dentro de la modalidad de los controles son una opción los grupales, con grupo de pares o familiares, actividad que permite a los pacientes compartir experiencias y aumentar la eficiencia de los recursos disponibles.

Es de suma importancia mencionar la relevancia que tiene el promover la relación del profesional de enfermería con el paciente, ya que le permite identificar los factores que pueden interferir en el cumplimiento del tratamiento. Asimismo, le ayudan al profesional de enfermería a planificar las intervenciones específicas para cada paciente y así fortalecer la adherencia al tratamiento.

Para que los pacientes cumplan los consejos terapéuticos prescritos, el enfermero/a debe conseguir que estos salgan de su consulta entendiendo que son susceptibles de enfermar o que realmente están enfermos, que las consecuencias tanto de la falta de control de la enfermedad como del incumplimiento terapéutico pueden ocasionarle un problema grave de salud, y que las intervenciones son necesarias para reducir el riesgo o gravedad de la enfermedad.

2. *Función Educativa:*

Dentro de esta función encontramos que el profesional de enfermería debe continuamente estar educando al AM y a su familia o cuidador, desde el momento que es diagnosticado hipertenso, ya que dependerá de la información entregada la importancia que asignará el usuario a su estado de salud. Debido a que la hipertensión

es una enfermedad generalmente asintomática, es de suma importancia que la enfermera/o explique de manera precisa y concisa de qué se trata la patología, las complicaciones frente a un mal manejo, los cambios que deben realizarse en el estilo de vida (manutención o disminución de peso, reducir ingesta de sal, aumentar la actividad física, moderar o suspender el consumo de alcohol), la importancia de seguir las indicaciones médicas tanto del tratamiento farmacológico (nombre y utilidad del fármaco, dosis y vía de administración, horarios y duración del tratamiento) como no farmacológico y el objetivo del tratamiento de manera que el paciente y su familia se comprometan y sientan que lo que están haciendo tiene una justificación.

La educación entregada debe ser individualizada, adecuándose a las características y necesidades del AM. Además, se pueden realizar talleres para la población en general, haciendo una priorización de los hábitos o conductas que deben ser modificados, identificando mitos o creencias que pudieran interferir en la adherencia al tratamiento.

En cada contacto con el paciente el profesional de enfermería debe acrecentar la motivación intrínseca de éste, mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza, mediante la construcción de aptitudes de autocuidado.

3. Función Administrativa

Dentro de esta función se encuentran aquellas actividades de planificación, organización y coordinación con otros profesionales de la salud para brindar la atención de calidad que cada usuario requiere.

Debe trabajar en conjunto con las entidades comunales con la finalidad de organizar distintas actividades de promoción y prevención.

Por otra parte debe llevar un registro de los usuarios del programa para optimizar los recursos y llevar un control de los usuarios controlados, inasistentes, descompensados, etc.

Este puede ser un buen momento para utilizar recursos complementarios. Por ejemplo, si el problema mayor del paciente es el sobrepeso, podría referirse a control con nutricionista o a un programa de gimnasia. Si lo es el tabaquismo, podría integrarse a algún programa de cesación.

4. Función Investigativa

Es labor del profesional de enfermería actualizar sus conocimientos acerca de los avances o cambios en el programa de manera que constantemente capacite a su personal o al equipo en el que trabaja, con el fin de manejar eficientemente la información más reciente con respecto a las patologías que presente el AM. Además, es de gran relevancia que la enfermera/o realice, en conjunto con otros profesionales de salud, estudios en la población en donde se encuentra inserta, para conocer la realidad de ésta.

3.2 OBJETIVO GENERAL

1. Conocer la adherencia al tratamiento farmacológico de los AM con HTAE inscritos en el Programa Cardiovascular del Consultorio Cienfuegos.
2. Explorar factores relacionados con el nivel de conocimiento sobre la HTAE y su tratamiento.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la población de AM con HTAE según sexo.
2. Describir la población de AM con HTAE según edad.
3. Determinar el nivel educacional de la población de AM con HTAE.
4. Describir la población de AM con HTAE según el número de fármacos indicados.
5. Determinar la percepción del AM con HTAE sobre los efectos que le brinda el tratamiento farmacológico prescrito por el médico.
6. Determinar la autonomía del AM con HTAE en el cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por el médico.
7. Identificar el tipo de participación de la familia en el cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por el médico al AM con HTAE.
8. Identificar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico indicado por el médico en los AM con HTAE.
9. Describir el grado de adherencia de los AM con HTAE según sexo.
10. Describir el grado de adherencia de los AM con HTAE según edad.
11. Describir el grado de adherencia en los AM con HTAE según el nivel educacional.
12. Describir el grado de adherencia en los AM con HTAE según el número de fármacos indicados.

13. Describir el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los AM con HTAE según su percepción en relación al efecto de los medicamentos.
14. Determinar el grado de conocimiento sobre la enfermedad que tiene el AM con HTAE.
15. Identificar el grado de conocimiento de la población de AM con HTAE sobre los efectos del fármaco indicado por el médico.
16. Identificar la fuente de información principal mencionada por el AM con respecto a la HTAE.
17. Identificar la fuente de información principal mencionada por el AM con respecto al tratamiento farmacológico.
18. Identificar el conocimiento del AM sobre el profesional de enfermería que le entrega atención en su consultorio.
19. Identificar la percepción del AM hipertenso sobre la información otorgada por el profesional de enfermería con respecto a su enfermedad y tratamiento farmacológico.
20. Describir el grado de adherencia en los AM con HTAE según el grado de conocimiento sobre la enfermedad.

3.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
1. Características Sociodemográficas.	Características de un grupo de AM con HTAE inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del Consultorio Cienfuegos.	a) Edad. b) Sexo. c) Nivel Educativo.		a) Número de años cumplidos. b.1) Hombre b.2) Mujer c) Último año académico cursado completo.	c.1) Nivel primario (1° a 6° básico) c.1.1) Incompleto c.1.2) Completo c.2) Nivel secundario (7° básico a 4° medio). c.2.1) Incompleto c.2.2) Completo.

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
1. Características Sociodemográficas					c.3) Nivel superior (Institutos, universidades, otros). c.3.1) Completo c.3.2) Incompleto
2. Grado de Adherencia al Tratamiento Farmacológico.	Categorización del cumplimiento farmacológico prescrito por el médico.	a) Cumple con el medicamento indicado. b) Cumple con la dosis diaria indicada. c) Cumple con el horario indicado.		a) Siempre: 3 ptos. b) A veces: 1 ptos. c) Nunca: 0 pto.	a) 16-24 puntos: alto grado de adherencia. b) 15-8 puntos: medio grado de adherencia. c) 0-7 puntos: bajo grado de adherencia.

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
3. Grado de Conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento farmacológico.	Categorización del entendimiento sobre la enfermedad y tratamiento farmacológico.	a) Definición de la enfermedad.	<p>a.1) Definición básica (aumento de P/A por sobre lo normal)</p> <p>a.2) Valores de su P/A.</p> <p>a.3) Cronicidad de la enfermedad.</p>	<p>a.1.1) Definición correcta: 3 pts</p> <p>a.1.2) Definición incorrecta: 0 pts.</p> <p>a.2.1) Conoce los valores de su P/A: 1 pto.</p> <p>a.2.2) Desconoce los valores de su P/A: 0 pts.</p> <p>a.3.1) Conoce cronicidad de enfermedad: 2 pts</p>	<p>a) 9-13 puntos: alto grado de conocimiento.</p> <p>b) 4-8 puntos: medio grado de conocimiento.</p> <p>c) 0-3 puntos: bajo grado de conocimiento.</p>

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
3. Grado de Conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento farmacológico.		b) Signos y síntomas de la enfermedad.	b) Dolor de cabeza, calor, visión borrosa, mareos /vértigos /emborrachamiento, epistaxis, zumbidos de oídos.	<p>a.3.2) Desconoce cronicidad de enfermedad: 0 pts</p> <p>b.1.1) Nombra 3 o más signos o síntomas: 2 pts.</p> <p>b.1.2) Nombra 1 o 2 signos o síntomas: 1 pto.</p> <p>b.1.3) No nombra signos y síntomas: 0 pts.</p>	

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
3. Grado de Conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento farmacológico.		<p>c) Complicaciones de la enfermedad.</p> <p>d) Efecto terapéutico de los medicamentos indicados.</p>	<p>c) Infarto, trombosis, daño renal, daño cerebral, ICC y retinopatía.</p> <p>d) Para bajar y/o mantener la presión.</p>	<p>c.1.1) Nombra 3 o más complicaciones: 2 pts.</p> <p>c.1.2) Nombra 1 o 2 complicaciones: 1 pto.</p> <p>c.1.3) No nombra complicaciones: 0 pts.</p> <p>d.1.1) Conoce efecto terapéutico: 3 pts.</p> <p>d.1.2) Desconoce efecto terapéutico: 0 pts.</p>	

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
4. Números de fármacos	Cantidad total de fármacos antihipertensivos indicados por el médico que ingiere el paciente AM con HTAE.			a) 1 b) 2 c) 3 d) Más de 3	
5. Participación de la familia en la adherencia al tratamiento farmacológico.	Toda acción realizada por la familia del AM orientado al cumplimiento del tratamiento farmacológico.	a) Participación de la familia. b) Paciente autónomo		a.1) Recordar ingesta medicamentos. a.2) Administrar el medicamento. a.3) Supervisar la ingesta del medicamento.	a) Sí b) No c) A veces.

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
6. Percepción de bienestar.	Impresión del AM sobre el bienestar otorgado por el fármaco prescrito por el médico.			a) Buena b) Regular c) Mala	a) 2 puntos b) 1 punto c) 0 punto
7. Fuente de información sobre HTAE y Tratamiento Farmacológico.	Recurso material o humano mediante el cual el AM obtiene información referida a la HTAE y su Tratamiento Farmacológico.	a) Humano	a.1) Familia a.2) Profesional de salud.	a.1.1) Cónyuge. a.1.2) Hijos/as a.1.3) Nieto/a a.1.4) Otros. a.2.1) Enfermera. a.2.2) Médico. a.2.3) Técnico paramédico. a.2.4) Otros.	a) 10-14 puntos: Tiene fuentes de información y busca información. b) 5-9 puntos: Escasa fuente de información pero la busca.

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
7. Fuente de información sobre HTAE y Tratamiento Farmacológico.		b) Material		b.1) Libro b.2) Revista. b.3) Afiche. b.4) Radio. b.5) Televisión. b.6) Otro. b.7) Ninguno.	c) 0-4 puntos: No tiene fuentes de información y no las busca.
8. Estrategia de educación sobre HTAE.	Método o forma de entregar información sobre HTAE.			a) Escrita. b) Hablada. c) Individual. d) Grupal.	1 punto: cualquier alternativa.

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
9. Estrategia de educación sobre tratamiento farmacológico.	Método o forma de entregar información sobre tratamiento farmacológico.			a) Escrita. b) Hablada. c) Individual. d) Grupal.	1 punto: cualquier alternativa.
10. Identificación del Profesional de Enfermería por parte del Adulto Mayor y Percepción de la calidad de la información que recibe de éste.	Reconocimiento por parte del AM sobre el profesional de enfermería e impresión de la atención otorgada por éste.	a) Identificación de la enfermera.		a.1) Conoce a la enfermera.	a.1.1) Nombre a.1.2) Características físicas. a.1.3) Lugar de atención.

Variable	Definición	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
10. Identificación del Profesional de Enfermería por parte del Adulto Mayor y Percepción de la calidad de la información que recibe de éste.		b) Percepción de la calidad de información sobre hipertensión y tratamiento farmacológico.		b.1) Bueno b.2) Regular b.3) Malo	

4.1 TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Investigación de tipo descriptiva que buscó identificar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el grado de conocimiento sobre éste y la HTAE.

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La unidad de análisis la conformó el AM con HTAE mayor de 65 años, diagnosticado y controlado hace 1 año o más por esta patología, que se encuentre con tratamiento farmacológico, esté inscrito en el PCV y asistente a su último control de salud, perteneciente al Sector Amarillo del Consultorio Cienfuegos de Viña del Mar, conformando un Universo de 144 AM con HTAE.

Se decide seleccionar exclusivamente un Centro de Salud, debido a que se cuenta con un limitado tiempo para realizar dicha actividad; además, involucra la aplicación de encuestas en los domicilios de los AM seleccionados, lo que implica un mayor tiempo para llevar a cabo este estudio.

Este Centro de Salud fue escogido por conveniencia, debido a la buena acogida y recepción que se tuvo por parte de las autoridades y personal de este establecimiento en actividades académicas previas, además se mostró gran interés por parte de éstos para la realización de esta investigación, la que aportará importante información sobre la atención que brindan a sus usuarios y la adherencia de éstos a su tratamiento farmacológico.

Se selecciona el Sector Amarillo por su ubicación cercana al Centro de Salud, lo que facilita la aplicación de instrumentos en los domicilios.

4.3 DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

La muestra fue seleccionada al azar del Universo de 144 AM con HTAE, quedando constituida por 78 AM (54,2%), los cuales fueron evaluados a través de la historia clínica para verificar que cumplieran con los criterios establecidos para aplicar el cuestionario domiciliario.

Criterios para definir la muestra

Para definir la muestra se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que manejan su HTA sin tratamiento farmacológico.
- Pacientes inasistentes a su último control.
- Pacientes que llevan menos de un año diagnosticados con HTA esencial.
- Pacientes con patologías o deterioro cognitivo o mental.
- Pacientes con otra patología concomitante.
- Pacientes que se encuentren con fármacos para otras patologías concomitantes.

Al aplicar el cuestionario en los domicilios se presentaron algunas dificultades para cumplir con el total de AM seleccionados, las cuales fueron:

- Presentar otras patologías concomitantes (12 AM).
- No estar disponible al realizar la visita domiciliaria (12 AM).
- Direcciones no concordantes con las registradas en las fichas clínicas (9 AM).
- Alteraciones cognitivas (6 AM).
- Inasistencia al último control de salud (5 AM).

Lo cual sumado a los criterios de exclusión previamente mencionados, se redujo la muestra a un total de 34 personas (23,6%).

4.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de los datos se realizaron las siguientes actividades:

- a) Revisión de documentos (ficha clínica, cartola de control y cartola de farmacia).
- b) Aplicación de un cuestionario domiciliario, confeccionado por las tesisistas.
- c) Contabilización de medicamentos indicados a los AM con HTAE para corroborar sus respuestas.

4.5 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Se confeccionó un cuestionario por el grupo de tesisistas con un total de 34 preguntas, distribuidas en 6 áreas:

- **Área I:** Antecedentes sociodemográficos.
- **Área II:** Grado de conocimiento sobre Hipertensión Arterial Esencial y Tratamiento Farmacológico.
- **Área III:** Grado de Adherencia al Tratamiento Farmacológico.
- **Área IV:** Percepción del usuario sobre el Tratamiento Farmacológico para la Hipertensión Arterial Esencial.
- **Área V:** Fuente de la cual el Adulto Mayor obtiene información con respecto a la Hipertensión Arterial Esencial y Tratamiento Farmacológico.
- **Área VI:** Identificación del Profesional de Enfermería por parte del Adulto Mayor y percepción de la calidad de la información que recibe de éste.

(Ver Instructivo y Cuestionario en Anexos 2 y 3)

4.6 ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Posterior a la elaboración del instrumento se procedió a su prueba en un sector diferente al del estudio (Sector Rojo). Se seleccionaron 12 AM con HTAE con características similares a la muestra del sector que se utilizó para la investigación.

Esta prueba permitió realizar correcciones para perfeccionar dicho instrumento. Una vez realizado este procedimiento se decide realizar una nueva prueba a 6 AM con HTAE del Sector Amarillo, los que no se incluyeron en la muestra.

4.7 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO

Para la aplicación del cuestionario en los domicilios se estudió el mapa del sector para la distribución racional de los cuestionarios a cada tesista, según proximidad de los domicilios de los AM.

Cada tesista contó con un total 13 AM seleccionados, a los que debía aplicar dicho cuestionario durante 5 semanas entre los meses de noviembre y diciembre. En relación al tiempo, cada encuesta tuvo una duración de treinta minutos aproximadamente, ocupando este grupo de investigación un promedio de 120 horas para dicha actividad.

Se realizó un máximo de dos visitas por domicilio, en caso de no encontrar a sus moradores en una primera instancia.

4.8 CRITERIOS DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico, se asignaron diversos puntajes desde la pregunta N° 7 a la N° 17 del cuestionario aplicado a los AM (Ver Anexo 3), según su nivel de importancia; estos puntajes varían desde 0 a 3 puntos que son asignados a las diferentes alternativas de cada pregunta. Finalmente, se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta, lo cual permite construir las siguientes categorías para medir dicha variable, clasificándose de la siguiente manera:

<i>Grado de Adherencia</i>	<i>Puntaje</i>
Alto	16-24
Medio	8-15
Bajo	0-7

Con respecto al grado de conocimiento sobre HTAE y el tratamiento farmacológico, se asignaron puntajes desde la pregunta N° 1 a la N° 6 según su nivel de importancia; estos puntajes varían desde 0 a 3 puntos que son asignados a las diferentes alternativas de cada pregunta. Finalmente, se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta para así lograr la siguiente categorización:

<i>Grado de Conocimiento</i>	<i>Puntaje</i>
Alto	9-13
Medio	4-8
Bajo	0-3

Estas dos áreas son las de mayor consideración e importancia a investigar en la muestra, por lo que se les dará mayor énfasis en el análisis de los resultados. Sin embargo, existen otras áreas que aportan información relevante y que enriquecen las dos áreas previamente mencionadas, las cuales fueron abarcadas en el cuestionario.

Para obtener mayor información ver Instructivo y Cuestionario en anexos 2 y 3, respectivamente.

5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados presentados a continuación corresponden a un total de 34 AM con HTAE del Sector Amarillo del Consultorio Cienfuegos.

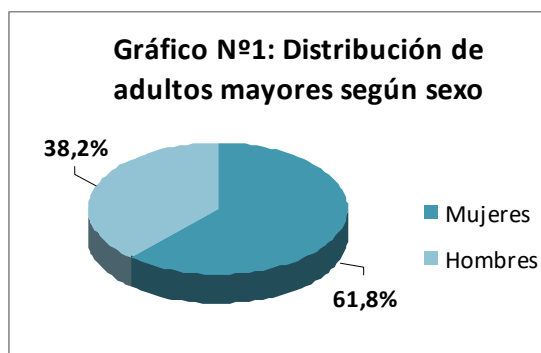
5.1.1 Descripción de la Población Estudiada.

a) Antecedentes Sociodemográficos.

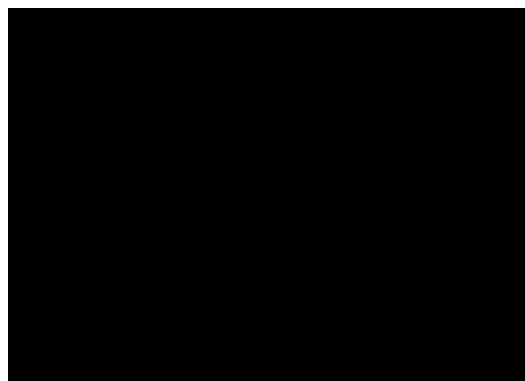
Tabla N° 1: Rangos de edad de los AM según sexo.

Rangos de edad	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
65-75 años	10	47,6	8	61,5	18	52,9
76-85 años	8	38,1	5	38,5	13	38,2
86 y más	3	14,3	0	0,0	3	8,8
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.



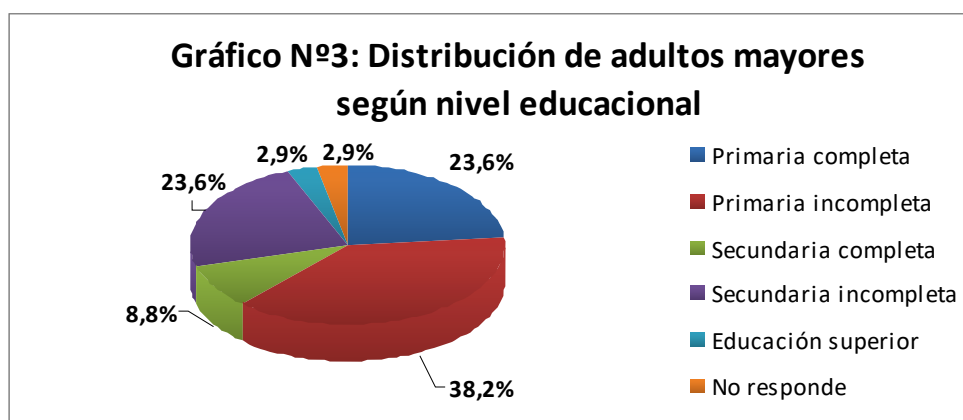
Fuente: Muestra estudiada.

Como se muestra en el gráfico N° 1, el 61,8% de la muestra corresponde al sexo femenino. En la tabla N° 1 y gráfico N° 2, el grupo etario predominante corresponde a los AM comprendidos entre los 65 y 75 años con un 52,9%.

Tabla N° 2: Nivel educacional de los adultos mayores según sexo.

Nivel educacional	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Primaria incompleta	10	47,6	3	23,0	13	38,2
Primaria completa	4	19,0	4	30,8	8	23,6
Secundaria incompleta	4	19,0	4	30,8	8	23,6
Secundaria completa	2	9,5	1	7,7	3	8,8
Educación superior	0	0,0	1	7,7	1	2,9
No responde	1	4,8	0	0,0	1	2,9
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.

El nivel educacional de la muestra se encuentra mayoritariamente con instrucción primaria incompleta (38,2%), mientras que un 23,6% tiene instrucción primaria completa al igual que secundaria incompleta. Cabe destacar que un 2,9% tiene educación superior.

Tabla N° 3: Grupo o persona con quien vive el adulto mayor, según sexo.

Con quien vive	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Familia	14	66,7	10	76,9	24	70,6
Pareja	2	9,5	3	23,1	5	14,7
Solo	5	23,8	0	0,0	5	14,7
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Es importante destacar que del total de AM, el 70,6% (24 personas), como se observa en la tabla 4, vive con su familia.

Tabla N° 4: Años de control de HTA de los adultos mayores, según sexo.

Años de control	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
1-5 años	9	42,9	5	38,5	14	41,2
6-10 años	8	38,1	4	30,7	12	35,3
11-15 años	4	19,0	0	0,0	4	11,8
16-20 años	0	0,0	1	7,7	1	2,9
21-25 años	0	0,0	3	23,1	3	8,8
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

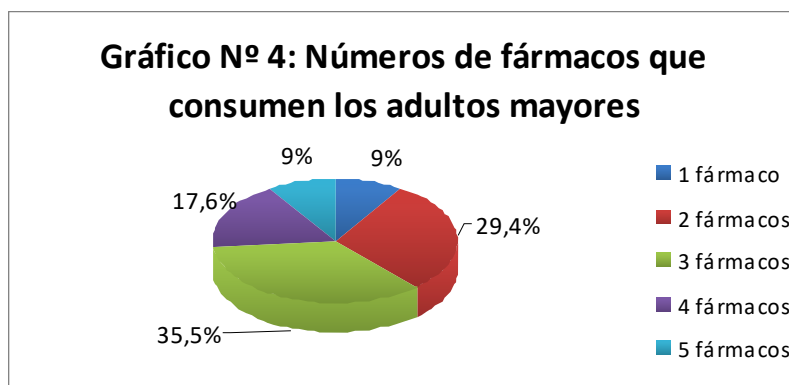
La población de AM en control de su HTAE se encuentra mayoritariamente en los rangos de 1 a 5 años, con un 41,2%; y el 35,3% se encuentra en el rango de 6 a 10 años en control de su HTAE.

b) Antecedentes Relacionados con su Condición de HTAE.

Tabla N° 5: Número de fármacos que consumen los adultos mayores para la hipertensión arterial, según sexo.

N° de fármacos	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
1 fármaco	3	14,2	0	0,0	3	9,0
2 fármacos	6	28,6	4	30,8	10	29,4
3 fármacos	8	38,1	4	30,8	12	35,5
4 fármacos	4	19,0	2	15,4	6	17,6
5 fármacos	0	0,0	3	23,1	3	9,0
Total	21	100,0	13	100	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.

Respecto al número de fármacos prescritos para su tratamiento, la mayoría de los AM ingiere entre 2 y 3 fármacos (29,4% y 35,5% respectivamente). Sólo un 17,6% de los AM debe utilizar 4 fármacos para controlar su HTAE.

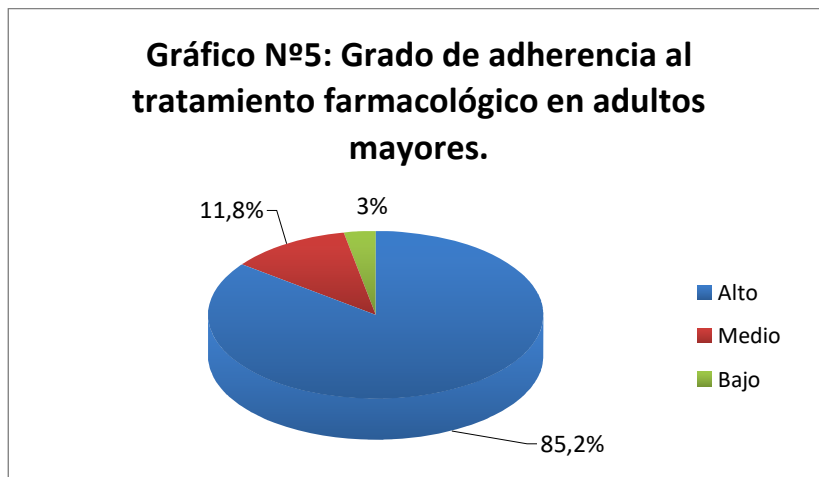
En el aspecto relacionado con la condición de HTAE del AM se incluyen datos importantes que conforman el grado de adherencia (Ver Capítulo 3: Metodología). Estos datos incluyen: Identificación del AM de sus fármacos, dosis y

horarios, y razones por las cuales no ingieren sus fármacos. Los resultados de estos se encuentran en el anexo 1, tablas N° 6-13.

Tabla N° 14: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico, según sexo.

Grado de adherencia	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Alto	18	85,7	11	84,6	29	85,2
Medio	2	9,5	2	15,4	4	11,8
Bajo	1	4,8	0	0,0	1	3,0
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.

El grado de adherencia se categoriza según el puntaje obtenido por el AM en el cuestionario, dividiéndose en Alto: 16-24 puntos, Medio: 8-15 puntos y Bajo: 0-7 puntos (Ver Capítulo 3: Metodología).

Al analizar el grado de adherencia, se destaca que el 85,2% de la muestra tiene una alta adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que sólo el 3% tiene una

baja adherencia. En cuanto a la clasificación según sexo, los porcentajes de mujeres y hombres con alta adherencia son 85,7% y 84,6% respectivamente.

Tabla N° 15: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico, según edad.

Grado de adherencia	65-75 años		76-85 años		86 y más años		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Alto	15	83,3	11	84,6	3	100,0	29	85,2
Medio	3	16,7	1	7,7	0	0,0	4	11,8
Bajo	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	3,0
Total	18	100,0	13	100,0	3	100,0	34	100,0

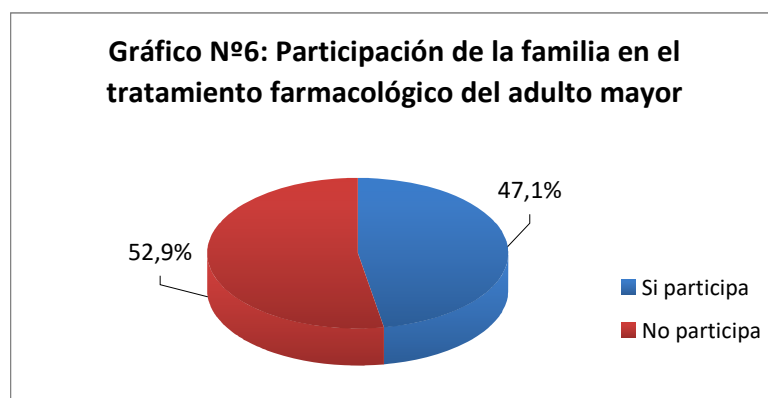
Fuente: Muestra estudiada.

En relación al grado de adherencia según edad, en cada rango de edad la mayoría es altamente adherente a su tratamiento farmacológico, con más de un 80%.

Tabla N° 16: Participación de la familia en el tratamiento farmacológico, según sexo.

Participación de la familia	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Si participa	8	38,1	8	61,5	16	47,1
No participa	13	61,9	5	38,5	18	52,9
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.

Existe un 52,9% de no participación familiar en el tratamiento farmacológico y un 47,1% de participación, destacando un 61,5% de participación en el sexo masculino y un 61,9% de no participación en el sexo femenino.

c) Grado de Conocimiento y factores relacionados.

Tabla N° 17: Grado de Conocimiento de los Adultos Mayores sobre Hipertensión Arterial y Tratamiento Farmacológico, según sexo.

Grado de Conocimiento	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Alto	8	38,1	10	76,9	18	52,9
Medio	12	57,1	3	23,1	15	44,2
Bajo	1	4,8	0	0,0	1	2,9
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

El grado de conocimiento sobre hipertensión arterial esencial y tratamiento farmacológico se categoriza según el puntaje obtenido por el AM en el cuestionario, dividiéndose en Alto: 9-13 puntos, Medio: 4-8 puntos y Bajo: 0-3 puntos (Ver Capítulo 3: Metodología).

Respecto al grado de conocimiento sobre Hipertensión Arterial de los AM y el tratamiento Farmacológico de ésta, un 52,9% presenta un alto Grado de Conocimiento, mientras que un 44,2% presenta un grado de conocimiento medio. Destacando mayoritariamente un medio grado de conocimientos en las mujeres con un 57,1%, mientras que en los hombres destaca un alto grado de conocimientos con un 76,9%.

Tabla N° 18: Conocimiento de los Adultos Mayores sobre definición de Hipertensión Arterial, según sexo.

Definición HTA	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Conoce	6	28,6	7	53,8	13	38,2
Desconoce	15	71,4	6	46,2	21	61,7
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Del total de la muestra, se puede observar que sólo un 38,2% conoce el concepto de Hipertensión Arterial, mientras que un 61,7% desconoce dicho concepto. Encontrándose un mayor desconocimiento por parte del sexo femenino.

Tabla N° 19: Conocimiento de los Adultos Mayores sobre cronicidad de la Hipertensión Arterial, según sexo.

Cronicidad HTA	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	Porcentaje	N° casos	Porcentaje	N° casos	Porcentaje
Sí	18	85,7	13	100,0	31	91,1
No	3	14,3	0	0,0	3	8,8
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

El 91,1% de los AM con HTAE reconocen que esta es una enfermedad para toda la vida, mientras que el 8,8% mencionan que la HTAE no es una enfermedad crónica. Destacándose que un 100% de los hombres afirmó la cronicidad de esta patología, en cuanto a las mujeres sólo un 85,7% reconoció esta característica de la HTAE.

Tabla N° 20: Reconocimiento de signos y síntomas de HTAE por los adultos mayores, según sexo.

Molestias	Mujeres		Hombres		Total	
	N° menciones	%	N° menciones	%	N° menciones	%
Dolor de cabeza	10	25,6	6	27,3	16	26,2
Mareos	14	35,9	10	45,5	24	39,3
Calor	7	17,9	1	4,5	8	13,1
Visión borrosa	1	2,6	0	0,0	1	1,6
Zumbido oídos	3	7,7	4	18,2	7	11,5
No sabe	2	5,1	1	4,5	3	4,9
Epistaxis	2	5,1	0	0,0	2	3,3
Total	39	100,0	22	100,0	61	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Los signos y síntomas mayoritariamente reconocidos son los mareos con un 39,3% y dolores de cabeza con 26,2%, con porcentajes similares en ambos sexos.

Tabla N° 21: Conocimiento de los Adultos Mayores sobre los efectos de los fármacos para el tratamiento de su Hipertensión Arterial.

Efecto de los medicamentos	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Bajan la Presión Arterial o la mantienen	20	95,2	13	100,0	33	97,0
No sirven	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconoce	1	4,8	0	0,0	1	2,9
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

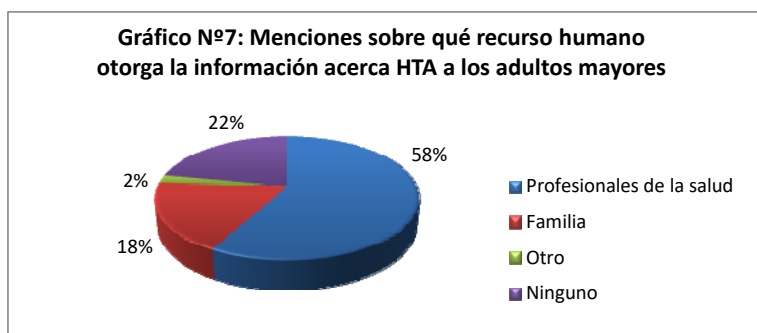
En relación al efecto de los medicamentos utilizados por los AM para el tratamiento de su HTAE, se observa que un 97% conoce dichos efectos, mientras que un 2,9% los desconoce. Según sexo, es similar el conocimiento de los efectos, tanto en mujeres como en hombres con un 95,2% y 100%, respectivamente.

d) Fuentes de Información del AM sobre HTAE y tratamiento farmacológico

Tabla N° 22: Menciones sobre fuentes de información de recurso humano sobre la HTA a los adultos mayores según sexo.

Menciones	Mujeres		Hombres		Total	
	N° menciones	%	N° menciones	%	N° menciones	%
Profesionales de la salud	16	57,1	13	59,1	29	58,0
Ninguno	7	25,0	4	18,2	11	22,0
Familia	4	14,3	5	22,7	9	18,0
Otro	1	3,6	0	0,0	1	2,0
Total	28	100,0	22	100,0	50	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.

La información sobre HTAE es entregada mayoritariamente por los profesionales de la salud con un 58%, seguido por un 22% de las personas que refieren no recibir información, mientras que en un 18% es entregada por algún integrante de su familia.

Tabla N° 23: Profesionales de la salud que entregan información sobre HTA a los adultos mayores según sexo.

Profesionales de la salud	Mujeres		Hombres		Total	
	N° menciones	%	N° menciones	%	N° menciones	%
Médico	10	62,5	8	61,5	18	62,1
Enfermera	4	25,0	4	30,8	8	27,6
Técnico paramédico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otro	2	12,5	1	7,7	3	10,3
Total	16	100,0	13	100,0	29	100,0

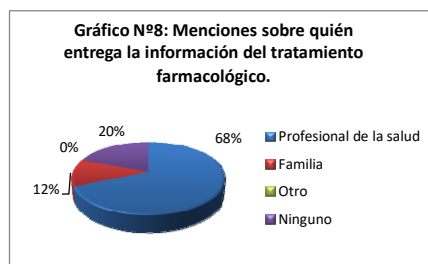
Fuente: Muestra estudiada.

Dentro de los profesionales de la salud que brindan información al adulto mayor sobre HTA, ésta es entregada mayoritariamente por el médico con un 62,1 %, seguido por enfermera con un 27,6 %, mientras que un 10,3 % es entregada por otro profesional dentro de los cuales se encuentra la matrona, nutricionista y psicólogo.

Tabla N° 24: Menciones sobre fuentes de información de recurso humano del tratamiento farmacológico a los adultos mayores según sexo.

Menciones	Mujeres		Hombres		Total	
	N° menciones	%	N° menciones	%	N° menciones	%
Profesionales de la salud.	18	66,7	10	71,4	28	68,3
Ninguno.	4	14,8	4	28,6	8	19,5
Familia.	5	18,5	0	0,0	5	12,2
Otro.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	27	100,0	14	100,0	41	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.

La información sobre HTAE es entregada mayoritariamente por los profesionales de la salud con un 68,3 %, seguido por un 19,5 % de las personas que refieren no recibir información, mientras que en un 12,2 % es entregada por algún integrante de su familia.

Tabla N° 25: Profesionales de la salud que entregan información sobre tratamiento farmacológico a los adultos mayores según sexo.

Profesionales de la salud	Mujeres		Hombres		Total	
	N° menciones	%	N° menciones	%	N° menciones	%
Médico	15	83,3	7	70,0	22	78,6
Enfermera	2	11,1	3	30,0	5	17,8
Otro	1	5,5	0	0,0	1	3,6
Técnico paramédico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	18	100,0	10	100,0	28	100,0

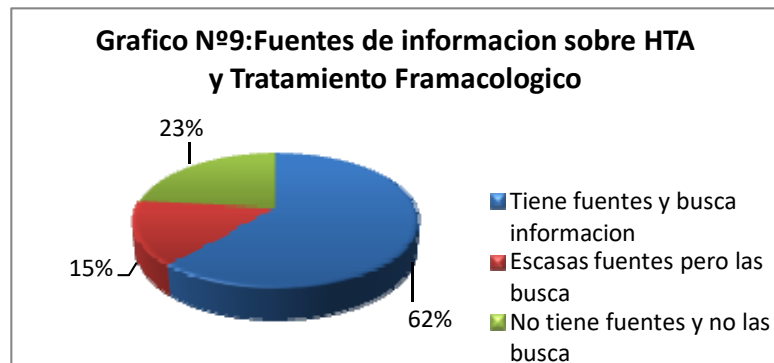
Fuente: Muestra estudiada.

Dentro de los profesionales de la salud que brindan información al adulto mayor sobre el tratamiento farmacológico, ésta es entregada mayoritariamente por el médico con un 78,6 %, seguido por enfermera con un 17,8 %, mientras que un 3,6 % es entregada por otro profesional dentro de los cuales se encuentra la auxiliar de farmacia.

Tabla N° 26: Fuente de información sobre HTA y Tratamiento Farmacológico.

Fuentes de información	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Tiene fuentes y busca información	13	61,9	8	61,5	21	61,8
No tiene fuentes y no las busca	4	19,0	4	30,8	8	23,5
Escasas fuentes pero las busca	4	19,0	1	7,8	5	14,7
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.

En relación a las fuentes de información sobre el tratamiento farmacológico destaca que el AM mayoritariamente tiene fuentes y busca información con 61,8 %, por el contrario, no posee fuentes ni busca información con un 23,5 %, mientras que las fuentes y búsqueda de información son escasas con un 14,7 %. En relación a la obtención de fuentes y búsqueda de información se observa una similitud en ambos sexos con un 61,9 % en mujeres y 61,5 % en hombres.

e) El Profesional de Enfermería y la Información Otorgada por este

Tabla N° 27: Identificación del Profesional de Enfermería por parte del adulto mayor, según sexo.

Identificación de la Enfermera	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Identificación	7	33,3	4	30,8	11	32,4
No identificación	14	66,7	9	69,2	23	67,6
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

En relación a la identificación del profesional de enfermería por parte de los AM, un 32,4% identifica a la enfermera; mientras que el 67,6% no la identifica. Dentro de los AM que no la identifican destaca una similitud en mujeres y hombres con un 66,7% y un 69,2% respectivamente.

En el aspecto el Profesional de Enfermería y la información que otorga se incluyen datos sobre la información entregada por el Profesional de Enfermería sobre la HTAE y su tratamiento farmacológico. Los resultados de estos se encuentran en el anexo 1, tablas 28 y 29 respectivamente.

Tabla N° 30: Percepción del adulto mayor sobre la calidad de la información otorgada por la enfermera, según sexo.

Calidad de la información	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Buena	6	85,7	2	50,0	8	72,7
Regular	1	14,3	2	50,0	3	27,3
Mala	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	7	100,0	4	100,0	11	100,0

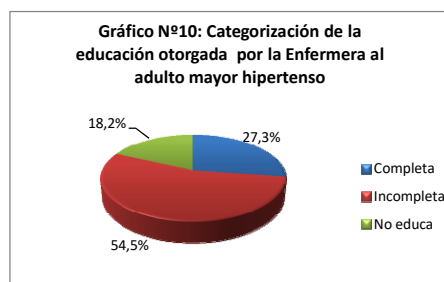
Fuente: Muestra estudiada.

De la totalidad de AM que refiere conocer al Profesional de Enfermería, el 72,7% considera buena la información entregada por ésta y un 27,3% considera regular esta información. Según sexo la información es considerada buena en un 85,7% por las mujeres y en un 50% por los hombres.

Tabla N° 31: Categorización de la educación otorgada por la enfermera al adulto mayor hipertenso, según sexo.

Categorización de la educación	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Completa	2	28,6	1	25,0	3	27,3
Incompleta	3	42,9	3	75,0	6	54,5
No educa	2	28,6	0	0,0	2	18,2
Total	7	100,0	4	100,0	11	100,0

Fuente: Muestra estudiada.



Fuente: Muestra estudiada.

En relación a la educación otorgada por la Enfermera, un 27,3%, recibe educación completa, un 54,5% recibe educación incompleta y un 18,2% no recibe ningún tipo de educación. Según sexo la educación incompleta en mujeres y hombres es similar, con un 42,9% y un 75% respectivamente.

f) Grado de Adherencia Según algunos factores asociados

Tabla N° 32: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico según el nivel educacional.

Nivel Educacional	Grado de Adherencia							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Analfabeto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Primaria Incompleta	10	34,5	2	50,0	1	100	13	38,2
Primaria Completa	8	27,6	0	0,0	0	0,0	8	23,6
Secundaria Incompleta	8	27,6	0	0,0	0	0,0	8	23,6
Secundaria Completa	3	10,3	0	0,0	0	0,0	3	8,8
Educación Superior	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	2,9
No responde	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	2,9
Total	29	100,0	4	100,0	1	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra Estudiada.

Se observa mayoritariamente un alto grado de adherencia en los AM con educación primaria incompleta, con un 34,5%, seguido de educación primaria completa y secundaria incompleta con un 27,7% en ambas, mientras que en los AM con nivel de educación superior se observa solamente un mediano grado de adherencia con un 25%.

Tabla N° 33: Grado de Adherencia al Tratamiento Farmacológico según Grado de Conocimiento.

Grado de Conocimiento	Grado de Adherencia al Tratamiento Farmacológico							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Alto	16	55,2	2	50,0	0	0,0	18	52,9
Medio	12	41,4	2	50,0	1	100,0	15	44,2
Bajo	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Total	29	100,0	4	100,0	1	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra Estudiada.

Las personas que presentaron un alto y medio grado de adherencia al tratamiento farmacológico presentan un alto grado de conocimiento, con un 55,2% y 50,0% respectivamente.

Tabla N° 34: Grado de adherencia al tratamiento farmacológico según número de fármacos.

Número de Fármacos	Grado de Adherencia							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
1	3	10,3	0	0,0	0	0,0	3	8,8
2	8	27,6	2	50,0	0	0,0	10	29,4
3	10	34,4	2	50,0	0	0,0	12	35,3
4	5	17,2	0	0,0	1	100,0	6	17,7
5	3	10,3	0	0,0	0	0,0	3	8,8
Total	29	100,0	4	100,0	1	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra Estudiada.

Al observar el grado de adherencia según el número de fármacos, aquellos que tienen un alto grado de adherencia, se concentran entre los 2 y 3 fármacos, con un 27,6% y 34,4% respectivamente. Se destaca que no existe diferencia entre aquellos que toman 1 fármaco con aquellos que toman 5 fármacos, ya que ambos presentan alto grado de adherencia con un 10,3%.

En el aspecto Grado de Adherencia según algunos factores asociados se incluye datos sobre la percepción del AM de la eficacia de su tratamiento farmacológico. Los resultados de este se encuentran en el anexo1, tabla N° 35.

Tabla N° 36: Grado de Adherencia al tratamiento farmacológico según la percepción del adulto mayor de la eficacia de su tratamiento farmacológico.

Percepción	Grado de Adherencia al Tratamiento Farmacológico							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Buena	28	96,6	4	100,0	0	0,0	32	94,1
Regular	1	3,4	0	0,0	1	100,0	2	5,9
Mala	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	29	100,0	4	100,0	1	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Al relacionar el grado de adherencia con la percepción del AM de la eficacia de su tratamiento farmacológico, se destaca que el 96,6% de los adultos mayores con alta adherencia, tienen una buena percepción de su tratamiento farmacológico, mientras que el 100% de aquellos con medio grado de adherencia clasifican su tratamiento farmacológico como buena.

DISCUSIÓN

Luego de la recopilación y análisis de los datos obtenidos que se requerían para la realización de este estudio, se puede decir que:

La categorización del Grado de Adherencia al Tratamiento Farmacológico como alta, media o baja es afectada por diversos factores, como el sexo, el cual se comportó un tanto distinto a lo esperado según lo referido por Sepúlveda (1994) y Mendoza y Figueroa (1997), no existiendo una mayor diferencia entre mujeres y hombres, destacando que ambos presentan elevados porcentajes de alta adherencia, con un 85,7% y 84,6% respectivamente. Otro factor asociado, como la edad, no influyó en la adherencia al tratamiento, ya que existe una distribución relativamente uniforme entre los diferentes grupos de edad cuando se trata de alta adherencia. Esto mismo ocurre con el nivel educacional, ya que la mayoría de los AM que presentaban educación primaria incompleta mostraron un alto grado de adherencia.

En relación a la participación de la familia en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, los adultos mayores, pese a vivir con familiares, son autónomos en su mayoría, lo cual corresponde a un 52,9%, destacando una mayor independencia por parte de las mujeres (72,2%). Los resultados demostraron que la actividad que más realiza la familia es el recordar al adulto mayor de sus fármacos.

Los años de control, al igual que los factores antes mencionados, no parecen presentar mayor asociación.

En relación al número de fármacos que tienen indicados los AM, no tiene mayores implicancias en el grado de adherencia al tratamiento farmacológico de la HTAE, por lo que un paciente con menos cantidad de fármacos es tan adherente al tratamiento farmacológico, como un paciente con cinco fármacos.

En cuanto a los tres aspectos principales del tratamiento farmacológico, se observa que los pacientes en general presentan una alta adherencia, ya que conocen

sus fármacos, la dosis y la hora correspondiente. El olvido es la razón más relevante por la cual los AM no ingieren sus fármacos para la HTAE, ya que ésta es una enfermedad asintomática.

Las personas que presentaron un alto y medio grado de adherencia al tratamiento farmacológico presentan un alto grado de conocimiento, con un 55,2% y 50,0% respectivamente. Por lo cual se puede concluir que el nivel de conocimiento podría influir en el grado de adherencia, presentando un aumento de este cuando el conocimiento es más alto.

En cuanto al grado de conocimiento, existe un 61,7% de desconocimiento de lo que significa tener la presión alta, confundiendo la definición de la patología con signos y síntomas de la enfermedad, sin lograr dar una explicación de su enfermedad. Sin embargo, 91,1% conocía que la HTAE es una enfermedad crónica.

Al analizar los signos y síntomas que los AM conocen de su patología, el 26,2% señala el dolor de cabeza y un 39,3% los mareos, siendo ambos las manifestaciones más reconocidas.

Según los datos analizados, estos indican que las personas se encuentran informadas en relación a la utilidad de los fármacos en un 97%, lo que ayuda y contribuye a mantener un tratamiento farmacológico adecuado para controlar su enfermedad.

En relación a la entrega de información sobre HTA y tratamiento farmacológico, es entregada mayoritariamente por los profesionales de la salud, con un 58% y 68,3% respectivamente. Dentro de los profesionales de la salud, el que principalmente entrega la información es el médico y en menor grado la enfermera; transformándose éstos en la principal fuente donde el AM obtiene información sobre HTAE.

Se puede observar que el AM no logra identificar al Profesional de Enfermería alcanzando un 67,6%. Sin embargo, del porcentaje que reconoce a la enfermera

(32,4%), gran parte menciona que la calidad de la información que entrega es buena, lo que corresponde a un 72,7%.

En relación al grado de adherencia según la percepción que el AM tiene de su tratamiento farmacológico, el 94,1% de la muestra manifestó una buena percepción de este. Esto señala que la percepción no parece influir en el grado de adherencia, ya que aquellos con menor grado de adherencia también calificaron su tratamiento farmacológico como bueno.

Al terminar esta investigación, cabe mencionar que no se lograrán generalizar los resultados del presente estudio, dado que la muestra no fue significativa por los motivos anteriormente mencionados. El alto Grado de Adherencia al tratamiento farmacológico resultó con un alto porcentaje alcanzando el 85,2%, lo cual contribuye al bienestar y la calidad de vida de estos AM, quienes deben convivir con esta enfermedad crónica. El Grado de Conocimiento que los AM poseen de la HTAE y su tratamiento farmacológico, constituye el factor más relevante en el grado de adherencia de éstos, ya que, al estar informados, les permite tener una visión objetiva y real de su estado de salud y de la importancia de seguir su tratamiento farmacológico.

RECOMENDACIONES

Una vez finalizado este estudio y analizado los datos obtenidos, hemos propuesto las siguientes recomendaciones con respecto a la temática abarcada:

- Seguir realizando estudios en los cuales los AM sean abarcados, debido a que son un grupo etéreo vulnerable y con diversas problemáticas de salud que a nivel nacional son muy poco estudiadas. Además, cabe recordar la evolución demográfica que Chile enfrenta actualmente: el envejecimiento de la población.
- Continuar indagando en la adherencia al tratamiento farmacológico en AM con HTAE, ya que con la realización de este estudio nos hemos percatado de la escasa existencia de investigaciones a nivel nacional sobre la temática abarcada.
- Como Profesional de Enfermería, se debe establecer una relación cercana y de confianza con el paciente, permitiéndole una participación activa en este proceso, lo cual facilita identificar los factores que puedan interferir en el cumplimiento del tratamiento. De esta forma, el Profesional de Enfermería puede planificar intervenciones específicas para cada uno de ellos y así fortalecer constantemente la adherencia al tratamiento para lograr alcanzar el máximo potencial de bienestar dentro de su enfermedad crónica.
- Reforzar en las actividades propias que realiza el Profesional de Enfermería su rol educativo, ya que es una de las áreas más débiles que reconocen los AM y uno de los únicos medios por los cuales conocen sobre su enfermedad y tratamiento.
- Incentivar a la familia del AM a participar en su tratamiento, transformándose en una red de apoyo sólida e importante para la adherencia a su tratamiento.

- El Profesional de Enfermería debe presentarse con su nombre, apellido y profesión frente al usuario durante el control de salud o cualquier actividad que realice, además de utilizar piocha de identificación y uniforme correspondiente.
- Los Centros de Salud de Atención Primaria y Centros de Salud Familiar deben exigir a sus funcionarios la utilización de sus uniformes clínicos correspondientes a su profesión, tal como se realiza en la atención intrahospitalaria.

RESUMEN

Estudio descriptivo cuyo propósito fue conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y exploración de factores asociados con el grado de conocimiento sobre HTAE y su tratamiento farmacológico en AM inscritos en el PCV.

De los AM inscritos en el PCV del Consultorio Cienfuegos de Viña del Mar durante el año 2007, se seleccionó un universo de 144 AM pertenecientes al sector amarillo de dicho establecimiento de atención primaria. De este universo, se seleccionó una muestra al azar de 78 AM para conocer la adherencia al tratamiento farmacológico donde se recurrió a revisar documentos y a la aplicación de un cuestionario domiciliario. Luego de realizar estas actividades, la muestra fue reducida a 34 AM principalmente por los motivos que se señalan a continuación: patologías concomitantes, y no estar disponible al realizar la visita domiciliaria.

Los resultados obtenidos demuestran que un 85,2% de la muestra presentó un alto grado de adherencia, 11,8% medio y un 3% bajo grado de adherencia al tratamiento farmacológico. De los primeros, no existió predominio según sexo ni edad y según nivel educacional predominó el nivel primario incompleto.

Se determinó que la participación de la familia en el tratamiento farmacológico no parece tener relación con la adherencia a éste, al igual que los números de fármacos ingeridos por los AM. Sin embargo, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento farmacológico parece influir en los AM con alto o medio grado de adherencia, ya que presentaban niveles altos y medios de conocimientos.

Cabe destacar que gran parte de la muestra no identificó al Profesional de Enfermería, por lo tanto desconocen la información que éste entrega. Sin embargo, dentro de aquellos que sí lo identifican, clasifican la información que entrega como buena; no obstante, mencionan que el Profesional de Enfermería educa escasamente en los controles de salud que realiza.

SUMMARY

Descriptive study with intention of investigating compliance to pharmacological treatment and exploration of factors associated with the degree of knowledge of hypertension and its pharmacological treatment in the elderly adults registered in a cardiovascular program.

Of the elderly registered in this program of the primary health care center Cienfuegos in Viña del Mar, in the year 2007, a universe of 144 elderly adults corresponding to the yellow sector of the this establishment, was selected. Of this universe, a sample of 78 elderly adults was selected at random to investigate the compliance to the pharmacological treatment, resorting to revision of documents and the application of a home questionnaire. After completing these activities, the sample was reduced to 34 elderly adults mainly due to the following reasons: concomitant pathologies and non-availability during the home visit.

The obtained results demonstrate that 85.2% of the sample presented a high degree of compliance, 11.8% medium and 3% a low degree of compliance to the pharmacological treatment. Of the first, there was no existence of predominance according to neither sex nor age and according to educational level there was predominance in the incomplete primary level of education.

The participation of the family in the pharmacological treatment was determined to have no apparent relation with compliance to the treatment, as in the case of the number of drugs ingested by the elderly. Nevertheless, the level of knowledge on the disease and the pharmacological treatment seems to influence in the elderly with high or medium degree of compliance, since they presented high and medium levels of knowledge.

It is important to emphasize that great part of the sample did not identify the Nursing Professional, and therefore aren't familiar with the information that the

professional gives. However, of those who did identify the nursing professional, they classified the information given by the professional as good; nonetheless, they mentioned that the Nursing Professional barely educates in the health controls.

BIBLIOGRAFÍA

a) LIBROS

1. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1a.ed. Santiago: Minsal, 2006. pp: 6-7.
2. MINISTERIO DE SALUD. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Santiago: Minsal, 2002. pp: 7-8.
3. MEICHENBAUM, D. & Turk, D. C. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Madrid: Desclée de Brouwer. 1991.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Washington, DC, 2004.
5. MARRINER Tomey, Ann. Modelos y teorías en enfermería. 4a.ed. Madrid: Harcourt & Brace, 1999. pp: 625-634.
6. POTTER, Patricia A. Fundamentos de Enfermería. 5a.ed. Madrid : Elsevier, 2002.
7. BURKE, Mary. Enfermería gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor. 2a.ed. Madrid : Harcourt & Brace, 1998.
8. PINEDA, Elia Beatriz. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. 2a.ed. Washington: OPS: OMS, 1994. pp: 77-155.

b) REVISTAS

1. HOLGUÍN, L., CORREA, D., ARRIVILLAGA, M., CÁCERES, D., VARELA, M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Universitas Psychologica. 5(3): 535-547, 2006.
2. FERNÁNDEZ, S., GONZALEZ, M. L., COMAS, A., GARCIA, A. & CUETO, A. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. Psicothema, 15(1) ,82-87, 2003.
3. MARTIN ALFONSO, Libertad, SAIRO AGRAMONTE, Magaly y BAYARRE VEA, Héctor D. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 19(2), 2003.
4. CABRERA, Gustavo, TASCÓN, Jorge, LUCUMI, Diego. Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 19(1):91-101, 2001.
5. SEPULVEDA, Emelinda. Adherencia al control de los pacientes hipertensos y factores que la influyen, Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción. Ciencia y Enfermería. 3(1):49-58, 1997.
6. MENDOZA Parra, Sara. Creencias en salud y adherencia de pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la Comuna de Concepción – Chile, 1997. Ciencia y Enfermería. 4(1):63-76, 1998.
7. CÁCERES MANRIQUE, Flor. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. MedUNAB. 7(21):172-180, 2004.

8. INGARAMO, Roberto, VITA, Nestor, BENDERSKY, Mario. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 34(1): 104-111, 2005.
9. MENDOZA P, Sara, MUNOZ P, Mónica. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Revista médica de Chile. 134(1):65-71, 2006.
10. GIL, Vicente, PINEDA, Manuel. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. Medicina clínica. 102(14):532-536, 1994.
11. STIEPOVICH BERTONI, Jasna, PARAVIC KLIJN, Tatiana. Efectos de la consejería personalizada en la reducción de cifras tencionales en pacientes hipertensos esenciales severos, OMS I. Revista Latino Americana de Enfermería. 2(1):19-30, 2004.
12. BARRON-RIVERA, A.J.,TORREBLANCA-ROLDAN, F.L. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública México. 40(6):503-509, 1998.
13. GIL, V.,MUÑOZ, C. Estudio de los factores implicados en la no observancia terapéutica de pacientes hipertensos. Medicina Clínica. 102(2):50-53, 1994.
14. VAZQUEZ VIGOA, Alfredo, CRUZ ALVAREZ, Nélida María. Hipertensión arterial en el anciano. Revista cubana de medicina. 37(1):22-27, 1998.
15. ROMAN, Oscar, BADILLA, Marta, VALENZUELA, Angélica. Perfil del hipertenso adulto mayor tratado. Revista médica de Chile.130(6):616-622, 2002.
16. BIMBELA, J. L. El Counseling en atención primaria. 63(1453), 54-60, 2002.

c) **PÁGINAS WEB**

1. RAMOS Quirós, Elena. Hipertensión y Cumplimiento. En, Guías de actuación de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular asociado [en línea] España, 2006. Capítulo 14 <<http://www.ehrca.org/14.%20Hipert%20y%20cumpli.pdf>> [Consulta: 24 julio 2007].
2. MARQUEZ, Contreras, Emilio. Estrategias para mejorar el Cumplimiento terapéutico en la Hipertensión arterial [en línea] España <<http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>> [Consulta: 3 Mayo 2007]
3. ACOSTA GONZALEZ, Magda, DEBS PEREZ, Giselle, DE LA NOVAL GARCIA, Reynaldo. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. [en línea] Cuba, 2005 <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192005000300008&script=sci_arttext> [consulta: 25 febrero 2007]

ANEXO 1

TABLAS

Tabla N° 6: Identificación de los fármacos prescritos por parte del AM, según sexo.

Identificación de Fármacos Prescritos	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Todos	14	66,7	10	76,9	24	70,5
Algunos	5	23,8	3	23,1	8	23,5
Ninguno	2	9,5	0	0,0	2	6,0
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Del total de la población estudiada 70,5% lograron identificar todos sus fármacos prescritos y 23,5% logro identificar solo algunos de sus fármacos. Se destaca que una mayor cantidad del total de hombres, 76,9% fueron capaces de identificar sus fármacos.

Tabla N° 7: Identificación del AM de su Dosis Prescritos, según sexo.

Sexo	Identificación de Dosis Prescritos							
	Todos		Algunos		Ninguno		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Femenino	17	70,8	2	25,0	2	100,0	21	61,8
Masculino	7	29,2	6	75,0	0	0,0	13	38,2
Total	24	100,0	8	100,0	2	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Al analizar la dosis que ingiere la población estudiada, los resultados arrojan que del total de la muestra 70,5% lograron identificar las dosis correctas de todos sus fármacos y 23,5% logro identificar solo algunas. Luego, al analizar la tabla según sexo, se observa del total de personas que lograron identificar todas las dosis de sus fármacos, 70,8% fueron mujeres.

Tabla N° 8: Identificación de Horarios Prescritos, según sexo.

Sexo	Identificación de Horarios Prescritos							
	Todos		Algunos		Ninguno		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Femenino	15	71,4	5	45,5	1	50,0	21	61,8
Masculino	6	28,6	6	54,5	1	50,0	13	38,2
Total	21	100,0	11	100,0	2	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Finalmente al analizar el horario prescrito en que se debe ingerir el fármaco, un total de 61,7% personas logran identificar correctamente la hora en que deben tomar sus fármacos, mientras 32,3% identifican algunos de sus horarios. Luego al analizarlo por sexo, se observa que del total de personas que logran identificar todos los horarios de los medicamentos, las mujeres constituyen el grupo mayor con un 74,1%.

Tabla N° 9: Razones por las cuales los adultos mayores no ingieren el/los fármaco/s según sexo.

Razones	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Olvido	2	40,0	1	25,0	3	33,3
Efectos del Fármaco	1	20,0	2	50,0	3	33,3
Asintomático	0	0,0	1	25,0	1	11,1
Insatisfacción con equipo de salud	1	20,0	0	0,0	1	11,1
Insatisfacción con fármacos	1	20,0	0	0,0	1	11,1
Total	5	100,0	4	100,0	9	100,0

Fuente: Muestra estudiada

Tabla N° 10: Razones por las cuales los adultos mayores no ingieren la dosis indicada del fármaco, según sexo.

Razones	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Efectos del Fármaco	0	0,0	2	66,7	2	28,6
Olvido	2	50,0	0	0,0	2	28,6
Asintomático	0	0,0	1	33,3	1	14,3
Insatisfacción con equipo de salud	1	25,0	0	0,0	1	14,3
Insatisfacción con los fármacos	1	25,0	0	0,0	1	14,3
Total	4	100,0	3	100,0	7	100,0

Fuente: Muestra estudiada

Tabla N° 11: Razones por las cuales los adultos mayores no ingieren el fármaco a la hora indicada, según sexo.

Razones	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Olvido	2	40,0	1	25,0	3	33,3
Efectos del Fármaco	1	20,0	1	25,0	2	22,2
Asintomático	0	0,0	1	25,0	1	11,1
Insatisfacción con el equipo de salud	1	20,0	0	0,0	1	11,1
Mal manejo de horarios	1	20,0	1	25,0	2	22,2
Total	5	100,0	4	100,0	9	100,0

Fuente: Muestra estudiada

Se puede mencionar, como resumen de tablas N° 9, 10 y 11, que las razones principales de los AM para no ingerir sus fármacos, están relacionados con el olvido o por efectos del fármaco, ambos cercanos a un 30%. Todos aquellos casos que dejaron de ingerir los medicamentos por su efecto, se debió exclusivamente al efecto deseado que provoca el fármaco, como los diuréticos (Furosemida e Hidroclorotiazida). El efecto que estos provocan en los pacientes produce una incomodidad para realizar sus actividades diarias, razón por la cual no ingieren el fármaco. Otras razones para no ingerir sus fármacos que aparecen incluyen: pacientes asintomáticos que refieren no necesitar del fármaco por su percepción de bienestar, insatisfacción con el equipo de salud o con los fármacos y por mal manejo del tratamiento.

Tabla N° 12: Abandono del tratamiento farmacológico por parte de los adultos mayores, según sexo.

Abandono de medicamentos	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0
A veces	6	28,6	7	53,8	13	38,2
Nunca	15	71,4	6	46,2	21	61,8
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada

Tabla N°13: Causas de abandono del tratamiento farmacológico, según sexo.

Causas de abandono	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Olvido	4	66,6	3	42,9	7	53,9
Efectos del Fármaco	0	0,0	3	42,9	3	23,1
Enfermedad asintomática	0	0,0	1	14,2	1	8,0
Insatisfacción con la indicación del medicamento	1	16,7	0	0,0	1	8,0
Malestar general	1	16,7	0	0,0	1	8,0
Total	6	100,0	7	100,0	13	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Al analizar si los adultos mayores han dejado de ingerir sus medicamentos, se destaca que el 61,8% nunca ha dejado de consumir sus fármacos. Sin embargo de los hombres un 53,8% de ellos refiere “a veces” abandonar su tratamiento farmacológico, cuya causa más frecuente es el olvido con un 53,9%.

Tabla N° 28: Educación sobre hipertensión arterial que otorga la Enfermera a los adultos mayores, según sexo.

Educación sobre HTA	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Si educa	2	28,6	2	50,0	4	36,4
No educa	5	71,4	2	50,0	7	63,6
Total	7	100,0	4	100,0	11	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Tras preguntar si la enfermera lo educa sobre la hipertensión arterial, el 36,4% de la muestra estudiada refiere ser educada con respecto a este tema; mientras que el 63,6% restante no recibe dicha educación.

Tabla N° 29: Menciones en relación a la educación sobre tratamiento farmacológico otorgada por la enfermera al adulto mayor, según sexo.

Menciones	Mujeres		Hombres		Total	
	N° menciones	%	N° menciones	%	N° menciones	%
Dosis	4	36,4	3	33,3	7	35,0
Horarios	4	36,4	3	33,3	7	35,0
Efectos	3	27,3	3	33,3	6	30,0
Total	11	100,0	9	100,0	20	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

En lo que respecta a la educación sobre el tratamiento farmacológico a las personas que conocen a la enfermera, se desprende lo siguiente: en cuanto a la dosis y horarios de los medicamentos, cada una de éstas resulta con un 35% del total de las menciones respectivamente; en relación a los efectos de los medicamentos solamente fue mencionado con un 30% de las menciones.

Tabla N° 35: Percepción del adulto mayor sobre el tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial, según sexo.

Percepción	Mujeres		Hombres		Total	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Buena	20	95,2	12	92,3	32	94,1
Regular	1	4,8	1	7,7	2	5,9
Mala	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	21	100,0	13	100,0	34	100,0

Fuente: Muestra estudiada.

Al consultar a los AM, cómo son los medicamentos para mantener la presión normal, el 94,1% respondió que eran buenos, valor que se asemeja en ambos sexos. Finalmente, ningún AM consideró que los medicamentos son malos para mantener los valores de la presión arterial.

ANEXO 2

INSTRUCTIVO

Propósito:

El siguiente cuestionario busca conocer la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes adultos mayores del sector amarillo con hipertensión arterial esencial, que se encuentran inscritos en el Programa Cardiovascular del Consultorio Cienfuegos de Viña del Mar.

Aspectos generales:

- La tesista formulará las preguntas y registrará lo referido por el adulto mayor.
- La entrevista será realizada en el domicilio del adulto mayor en los horarios establecidos previamente con las tesistas.
- Se realizarán como máximo dos visitas domiciliarias para la realización de la entrevista, superando este número la persona será descartada del estudio.
- La entrevista tendrá una duración de 30 minutos, como máximo.

Aspectos específicos:

- Las tesistas se presentarán en el domicilio del adulto mayor con el uniforme de salud pública y piocha de identificación, explicando las razones y objetivos del estudio al posible entrevistado.
- Se entregará para la lectura un consentimiento informado, el que debe ser firmado por el propio entrevistado, previo a la aplicación del instrumento.

Recomendaciones:

- Se debe responder las preguntas con lápiz pasta negro o azul.
- Se debe entrevistar en un ambiente tranquilo y libre de distractores.
- Registrar las respuestas textualmente según lo referido por el encuestado y, finalizada la entrevista, se deben consignar los puntajes en el cuadro anexo a la pregunta.
- Las preguntas nº 7, 10, 11 y 12 se deben contrastar las respuestas otorgadas por el encuestado con lo registrado en la ficha, cartola y/o cartola de farmacia.
- En las preguntas nº 8, 9 y 10 se deben contrastar las respuestas otorgadas por el encuestado con el número de fármacos que tiene en su poder.

Instrucciones para cada pregunta:

Área I. Antecedentes sociodemográficos.

- Número de años de control de su HTA en el Consultorio Cienfuegos: según referencia del encuestado y/o por medio de registro en ficha y/o cartola.
- Nivel educacional:
 - Educación primaria, se refiere a los 6 primeros años de estudio.
 - Educación secundaria, se refiere a los 6 años posteriores a la educación primaria.
 - Educación superior, se refiere a los estudios realizados a nivel de instituto, universidad u otros.

Área II. Grado de conocimiento sobre hipertensión arterial esencial y tratamiento farmacológico.

- **Pregunta 1:** Alternativa correcta: sólo A). Se otorgarán 3 puntos a quien conteste esta alternativa. Las respuestas B), C) y D) tienen 0 puntos.
- **Pregunta 2:** Alternativa correcta: A). Si la respuesta es correcta, se debe registrar el valor de la presión arterial que indique el adulto mayor. Se otorgará 1 punto a quien conteste esta alternativa. La respuesta B) tiene 0 puntos.
- **Pregunta 3:** Alternativa correcta: A). Se otorgarán 2 puntos a quien conteste esta alternativa. La respuesta B) tiene 0 puntos.
- **Pregunta 4:** Pregunta abierta, en donde el encuestado debe responder libremente. Si nombra tres o más molestias correctas se le asignarán 2 puntos; si nombra uno o dos se otorgará 1 punto; si no responde, tiene 0 puntos.
- **Pregunta 5:** Pregunta abierta, en donde el encuestado debe responder libremente. Si nombra tres o más enfermedades correctas, se le asignarán 2 puntos; si nombra uno o dos, se otorgará 1 punto; si no responde, tiene 0 puntos.
- **Pregunta 6:** Si responde A) o B) se considerarán correctas y se otorgará un total de 3 puntos. Si responde C) o D) tendrá 0 puntos.

Esta área contará con un puntaje total de 13 puntos. Si el encuestado obtiene entre 9-13 puntos presenta un alto grado de conocimiento de hipertensión arterial esencial y tratamiento farmacológico; entre 4-8 puntos presenta un medio grado de conocimiento; entre 0-3 puntos presenta un bajo grado de conocimiento.

Área III. Grado de adherencia al tratamiento farmacológico.

- **Pregunta 7:** Si el usuario menciona todos los medicamentos que le han sido indicados para la hipertensión arterial en su consultorio tendrá un total de 2 puntos, si nombra algunos medicamentos tendrá 1 punto y si no los menciona se le otorgarán 0 puntos.
- **Pregunta 8:** Si responde la alternativa A) obtendrá 3 puntos, si responde B) tendrá 1 punto y si responde C) obtendrá 0 puntos. Alternativas B) y C) debe justificar la respuesta.
- **Pregunta 9:** Pregunta abierta, se debe registrar lo referido por el usuario. Si toma todas las dosis de todos los medicamentos indicados se otorgarán 3 puntos, si toma algunas dosis de algunos medicamentos se otorgará 1 punto, si no cumple con la dosis indicada de los medicamentos obtendrá 0 puntos.
- **Pregunta 10:** Si la respuesta es la alternativa A) obtendrá 3 puntos, si responde B) tendrá 1 punto, si la alternativa es C) obtendrá 0 puntos. Al responder B) o C) debe justificar su respuesta.
- **Pregunta 11:** Si la respuesta es la alternativa A) obtendrá 3 puntos, si responde B) tendrá 1 punto, si la alternativa es C) obtendrá 0 puntos. Al responder B) o C) debe justificar su respuesta.
- **Pregunta 12:** Pregunta abierta, se debe registrar lo referido por el usuario. Si cumple con todos los horarios de todos los medicamentos se otorgarán 3 puntos, si los toma en horarios irregulares se otorgará 1 punto, si no cumple con el horario indicado obtendrá 0 puntos.
- **Pregunta 13:** Si la respuesta es la alternativa A) obtendrá 0 puntos, si responde B) tendrá 1 punto, si la alternativa es C) obtendrá 3 puntos. Al responder A) o B) debe justificar su respuesta.
- **Pregunta 14:** Si la respuesta es la alternativa B) obtendrá 1 punto. Si responde A) obtendrá 0 puntos; además, debe especificar qué medicamentos son éstos y quién se los indicó.
- **Pregunta 15:** Si la respuesta es la alternativa C) obtendrá 3 puntos. Si responde A), B), D) o E) obtendrá 0 puntos. Además, si la alternativa es E) debe mencionar cuáles son éstos y quién se los indicó.
- **Pregunta 16:** Pregunta abierta, en donde el encuestado debe responder libremente. Pregunta sin puntaje, ya que se utilizará para análisis y conclusiones finales.
- **Pregunta 17:** Pregunta abierta, en donde el encuestado debe responder libremente. Pregunta sin puntaje, ya que se utilizará para análisis y conclusiones finales.

Esta área contará con un puntaje total de 24 puntos. Si el encuestado obtiene entre 16-24 puntos, presenta un alto grado de adherencia al tratamiento farmacológico; entre 8-15 puntos, presenta un medio grado de adherencia al tratamiento farmacológico; entre 0-7 puntos presenta un bajo grado de adherencia al tratamiento farmacológico.

Área IV. Percepción del usuario sobre el tratamiento farmacológico para la HTA.

• **Pregunta 18:** Si la respuesta es la alternativa A) obtendrá 2 puntos, si responde B) tendrá 1 punto, si la alternativa es C) se otorgarán 0 puntos. Al responder B) o C) debe justificar su respuesta.

Área V. Fuente de la cual el adulto mayor obtiene información con respecto a la hipertensión arterial y tratamiento farmacológico.

• **Pregunta 19:** Si la respuesta es la alternativa A), B) y/o C) se le otorgará 1 punto. Al responder D) se otorgarán 0 puntos. Al responder otros, debe especificarlos.

• **Pregunta 20:** Si menciona cualquier alternativa, independiente del número de éstas, obtendrá 1 punto.

• **Pregunta 21:** Si responde alternativa A) obtendrá 1 punto, si responde B) obtiene 0 puntos.

• **Pregunta 22:** Si responde alternativa A) se le asignará 2 puntos, si responde alternativa B) se le asignará 1 punto, si responde la alternativa C) obtendrá 0 puntos. Además, si responde B) o C) debe justificar la respuesta.

• **Pregunta 23:** Si menciona la alternativa A), B), C), D), E) y/o F) se le asignará 1 punto, independiente del número de alternativas seleccionadas. Si responde la alternativa G) obtiene 0 puntos. La alternativa F) debe justificarse.

• **Pregunta 24:** Si la respuesta es la alternativa A), B) y/o C) se le otorgará 1 punto. Al responder D) se otorgará 0 puntos. Al responder otros debe especificarlos.

• **Pregunta 25:** Si menciona cualquier alternativa, independiente del número de éstas, obtendrá 1 punto.

• **Pregunta 26:** Si responde alternativa A) se le asignará 2 puntos, si responde alternativa B) se le asignará 0 puntos.

• **Pregunta 27:** Si responde alternativa A) se le asignará 2 puntos, si responde alternativa B) se le asignará 1 punto, si responde la alternativa C) obtendrá 0 puntos. Si responde las alternativas B) y C) debe justificar su respuesta.

- **Pregunta 28:** Si menciona la alternativa A), B), C), D), E) y/o F) se le asignará 1 punto, independiente del número de alternativas seleccionadas. Si responde la alternativa G) obtiene 0 puntos. La alternativa F) debe justificarse.

Esta área contará con un puntaje total de 14 puntos. Si el encuestado obtiene entre 10-14 puntos, tiene fuentes de información y busca información; entre 5-9 puntos, el adulto mayor tiene escasas fuentes de información pero las busca; entre 0-4 puntos no tiene fuentes de información y no las busca.

Área VI. Identificación del Profesional de Enfermería por parte del Adulto Mayor y percepción de la calidad de la información que recibe de éste.

- **Pregunta 29:** Pregunta sin puntaje. Se debe registrar lo que refiere el adulto mayor. Si el adulto mayor no conoce a su enfermera del consultorio, la encuesta terminará en esta pregunta.
- **Pregunta 30:** Por cada respuesta afirmativa, se obtiene 1 punto, es decir, se puede obtener un máximo de 3 puntos. Si la respuesta es negativa tiene 0 puntos.
- **Pregunta 31:** Si responde alternativa A) se le asignará 2 puntos, si responde alternativa B) se le asignará 0 puntos.
- **Pregunta 32:** Si responde alternativa A) se le asignará 1 punto, si responde alternativa B) se le asignará 0 puntos.
- **Pregunta 33:** Si responde alternativa A) se le asignará 1 punto, si responde alternativa B) se le asignará 0 puntos.
- **Pregunta 34:** Si responde alternativa A) se le asignará 2 puntos, si responde alternativa B) se le asignará 1 punto, si responde la alternativa C) obtendrá 0 puntos. Si responde las alternativas B) y C) debe justificar su respuesta.

Esta área contará con un puntaje total de 9 puntos. Si el encuestado obtiene entre 8-9 puntos, la enfermera realiza una educación completa; entre 4-7 puntos, se realiza una educación incompleta y entre 0-3 puntos, el adulto mayor no recibe educación.

ANEXO 3

**CUESTIONARIO DOMICILIARIO AL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL ESENCIAL.**

Consultorio: Cienfuegos.

Sector: Amarillo

Nº Ficha: _____

Nº formulario: _____

Fecha: _____

I. Antecedentes sociodemográficos.

-Nombre:

-Domicilio:

-Fono:

-Número de años de control de su hipertensión en el consultorio Cienfuegos:

-Sexo Femenino Masculino

-Edad (años cumplidos)

-Con quien vive: Solo Pareja Familia

-Nivel Educativo:

Analfabeto	<input type="checkbox"/>
Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria Completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>
Educación superior	<input type="checkbox"/>

II. Grado de conocimiento sobre hipertensión arterial esencial y tratamiento farmacológico.

1. ¿Qué entiende Ud. por presión alta?

- a) Aumento de la presión arterial por sobre lo normal.
b) Aumento de los latidos del corazón.
c) Enfermedad derivada de problemas del corazón.
d) Desconoce.

Altva.	Pje	Pje. Obt.
a	3	
b, c, d	0	

2. ¿Conoce los valores de su presión?

- a) Sí
b) No ¿Cuál? _____

Altva.	Pje	Pte. Obt.
a	1	
b	0	

3. ¿Es la presión alta una enfermedad para toda la vida?

- a) Sí
b) No

Altva.	Pje	Pje. Obt.
a	2	
b	0	

4. ¿Qué molestias puede sentir cualquier persona con la presión alta?

- Dolor de cabeza
 Mareos, vértigo, emborrachamiento
 Calor
 Visión borrosa o ver puntitos
 Zumbido de oídos
 Epistaxis
 Otros
 No sabe

Altva.	Pje	Pje. Obt.
3 o más	2	
1-2	1	
0	0	

5. ¿Qué enfermedades pueden aparecer en una persona con presión alta?

- Infarto
 Trombosis
 Daño renal
 Daño cerebral
 ICC
 Retinopatía
 Otros
 No sabe

Altva.	Pje	Pje. Obt.
3 o más	2	
1-2	1	
0	0	

6. Los remedios para la presión alta:

- a) Sirven para bajar la presión alta.
- b) Sirven para mantener la presión.
- c) No sirven.
- d) Desconoce.

Altva	Pje	Pje. Obt.
a, b	3	
c, d	0	

Puntaje total Área II: 13 puntos

<i>Grado de conocimiento</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Puntaje obtenido</i>
<i>Alto</i>	<i>9-13</i>	
<i>Medio</i>	<i>4-8</i>	
<i>Bajo</i>	<i>0-3</i>	

III. Grado de adherencia al tratamiento farmacológico.

7. Nombre los remedios que le ha indicado su médico del consultorio para la presión alta.

- a) Enalapril
- b) Espironolactona
- c) Atenolol
- d) Hidroclorotiazida
- e) AAS
- f) Otro: _____

Altva	Pje	Pje. Obt.
Todos	2	
Algunos	1	
Ninguno	0	

8. ¿Se toma el remedio indicado por el médico para la presión alta?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	3	
b	1	
c	0	

¿Por qué? _____

9. ¿Qué cantidad (dosis) de remedio toma para la presión alta?

Altva	Pje	Pje. Obt.
Todos	3	
Algunos	1	
Ninguno	0	

10. ¿Se toma la cantidad correspondiente del remedio?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

¿Por qué? _____

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	3	
b	1	
c	0	

11. ¿Los toma a la hora indicada?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

¿Por qué? _____

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	3	
b	1	
c	0	

12. ¿En qué horarios toma los remedios para la presión alta?

Altva	Pje	Pje. Obt.
Todos	3	
Algunos	1	
Ninguno	0	

13. ¿Ha dejado de tomar los remedios?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

¿Por qué? _____

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	0	
b	1	
c	3	

14. ¿Toma algún otro remedio para la presión alta que NO se lo indicó su médico del consultorio?
- a) Sí
b) No

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	0	
b	1	

¿Qué remedios son estos?

¿Quién o quiénes se los indicó?

15. Cuando se siente mal ¿Qué hace en relación a los remedios?

- a) Toma más cantidad del remedio.
b) Toma menos cantidad del remedio.
c) Toma igual cantidad del remedio.
d) No toma los remedios.
e) Toma otros remedios.

Altva	Pje	Pje. Obt.
c	3	
a, b, d, e	0	

¿Cuáles? _____

¿Quién se los indicó? _____

16. ¿Por qué es importante tomarse los remedios?

- a) Porque el médico lo indicó.
b) Para bajar y/o mantener los niveles de presión arterial.
c) Para evitar complicaciones futuras.
d) Para sentirse bien.
e) Por mi familia.
f) Otros

Altva	Pje	Pje. Obt.
Sin puntaje		

¿Cuáles? _____

17. Al tomar el/los remedio/s, su familia:

- | | | | | | | |
|---------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|---------|--------------------------|
| a) Lo supervisa. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | A veces | <input type="checkbox"/> |
| b) Le recuerda | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | A veces | <input type="checkbox"/> |
| c) Lo administra | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | A veces | <input type="checkbox"/> |
| d) Ud. lo hace solo | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | A veces | <input type="checkbox"/> |

Altva	Pje	Pje. Obt.
Sin puntaje		

Puntaje total Área III: 24 puntos

<i>Grado de adherencia</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Puntaje Obtenido</i>
<i>Alto</i>	<i>16-24</i>	
<i>Medio</i>	<i>8-15</i>	
<i>Bajo</i>	<i>0-7</i>	

IV. Percepción del adulto mayor sobre el tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial

18. Para mantener la presión normal ¿Cómo cree Ud. que son los remedios?

- a) Buenos
b) Regulares
c) Malos

Percep.	Pje	Pje. Obt.
Buena	2	
Regular	1	
Mala	0	

¿Por qué? _____

22. ¿Cómo considera la información sobre la presión alta?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

Percep.	Pje	Pje. Obt.
Buena	2	
Regular	1	
Mala	0	

¿Porqué? _____

23. ¿Qué otros medios Ud. ha utilizado para informarse sobre la hipertensión arterial?

- a) Libro
- b) Revista.
- c) Afiche.
- d) Radio.
- e) Televisión.
- f) Otro _____
- g) Ninguno.

Altva	Pje	Pje. Obt.
a, b, c, d, e, f	1	
g	0	

24. ¿Quién le enseñó lo que sabe sobre los remedios para la presión alta?

- a) Familiares
- | | |
|----------|---|
| Cónyuge | <input type="checkbox"/> |
| Hijos/as | <input type="checkbox"/> |
| Nieto/a | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ |

- b) Profesional de la salud
- | | |
|----------------|---|
| Enfermera. | <input type="checkbox"/> |
| Médico. | <input type="checkbox"/> |
| T. paramédico. | <input type="checkbox"/> |
| Otro. | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ |

- c) Otros _____

Altva	Pje	Pje. Obt.
a, b, c	1	
d	0	

- d) Ninguno

25. ¿Cómo le entregan la información sobre los remedios?

- Escrita.
 Hablada.
 Individual.
 Grupal.

Altva	Pje	Pje. Obt.
Cualquiera	1	

26. ¿Entiende la información dada?

- a) Sí
b) No

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	2	
b	0	

27. ¿Cómo considera la información sobre los remedios?

- a) Buena
b) Regular
c) Mala

Percep.	Pje	Pje. Obt.
Buena	2	
Regular	1	
Mala	0	

¿Porqué? _____

28. ¿Qué otros medios Ud. ha utilizado para informarse sobre los remedios?

- a) Libro.
b) Revista.
c) Afiche.
d) Radio.
e) Televisión.
f) Otro _____
g) Ninguno.

Altva	Pje	Pje. Obt.
a, b, c, d, e, f	1	
g	0	

Puntaje total Área V: 14 puntos

<i>Fuente de información</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Puntaje Obtenido</i>
<i>Tiene fuentes de información y busca información.</i>	<i>10-14</i>	
<i>Tiene escasas fuentes de información pero las busca.</i>	<i>5-9</i>	
<i>No tiene fuentes de información y no las busca.</i>	<i>0-4</i>	

VI. Identificación del Profesional de Enfermería por parte del Adulto Mayor y percepción de la calidad de la información que recibe de éste.

29. ¿Conoce a su enfermera del consultorio?

- a) Sí
b) No

Altva	Pje	Pje. Obt.
Sin puntaje		

¿Conoce el nombre de su enfermera? _____

¿Cómo la reconoce? _____

30. ¿La enfermera lo educa sobre el tratamiento farmacológico?, en cuanto a:

- a) Dosis Sí No
b) Horario Sí No
c) Efectos Sí No

Altva	Pje	Pje. Obt.
Cada Sí	1	
No	0	

31. ¿La enfermera lo educa sobre la presión alta?

- a) Sí
b) No

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	2	
b	0	

32. ¿La enfermera le da información sobre los valores de su presión?

- a) Sí
b) No

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	1	
b	0	

33. ¿La enfermera le resuelve dudas sobre su presión alta?

- a) Sí
b) No

Altva	Pje	Pje. Obt.
a	1	
b	0	

34. ¿Cómo considera que es la información que le entrega la enfermera?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

Percep.	Pje	Pje. Obt.
Buena	2	
Regular	1	
Mala	0	

¿Porqué? _____

Puntaje total Área VI: 9 puntos

<i>Educación entregada por enfermera</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Puntaje Obtenido</i>
<i>Educación completa</i>	<i>8-9</i>	
<i>Educación incompleta</i>	<i>4-7</i>	
<i>No educa</i>	<i>0-3</i>	