



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

“Efectividad de telesalud en la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de salud Puyaya, Jaén, 2020”

Para optar por el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Autor

Bach. Alindor Suarez Milian

Asesora

Mg. Nancy Vigo Terrones

COD.ORCID: 0000-0001-8052-7053

Línea de Investigación

Salud Integral Humana

Pimentel-Perú

2021

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por todo su esfuerzo, a mi hija Alessia, a mi esposa Marcela. Quienes a lo largo de mi vida han velado por el bienestar y educación siendo un apoyo en todo momento depositando su entera confianza en cada reto que se presentaba sin duda alguna en mi capacidad en el transcurso de mis estudios, y en los momentos más difíciles siempre me acompañaron, me dieron ánimos para poder culminar con éxito mis metas.

Alindor Suarez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme la vida, por iluminarme en cada una de mis metas y sueños, a mis padres por su dedicación al estudio y trabajo y darme la oportunidad de estudiar y culminar con éxitos mis estudios superiores.

Agradecer a mi asesora Mg. Nancy Vigo Terrones quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.

Mi agradecimiento a la Jefa del Puesto de Salud Puyaya, por brindarme todas las herramientas que fueron necesarias para llevar a cabo el proceso de la investigación.

Agradezco a mis profesores por ser mis guías, mis mentores, en el transcurso de mis estudios.

Agradezco a las personas que participaron e hicieron posible mi tesis.

Alindor Suarez

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras.....	vi
Índice de abreviaturas.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. DESARROLLO.....	15
III. METODOLOGÍA.....	28
3.1. Tipo de Investigación.....	28
3.2. Diseño de Investigación.....	28
3.3. Variables y operacionalización	28
3.4. Población, muestra y muestreo.....	30
3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	30
3.6. Procedimientos de recolección de datos.....	31
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	31
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	33
V. CONCLUSIONES.....	40
REFERENCIAS.....	42
ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades no transmisibles del Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020.....	33
Tabla 02: Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades no transmisibles del Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1:Utilización de los TIC en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades no transmisibles del Puesto de Salud Puyaya, Jaén.....	35
Gráfico 2:Adherencia al tratamiento farmacológico en Pacientes con enfermedades no trasmisibles del Puesto de Salud Puyaya, Jaén.....	36
Gráfico 3:Efectividad de la telesalud y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades no trasmisibles del Puesto de Salud Puyaya, Jaén.....	37

INDICE DE ABREVIATURAS

ADO:	Antidiabéticos orales
COVID -19:	Enfermedad coronavirus
C. S:	Centro de salud
DI:	Decilitro
EATDM:	Escala de medición de adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus
ENT:	Enfermedad no transmisible
IMEVID:	Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos
INEI:	Instituto nacional de estadística e informática
mg:	Miligramo
MINSA.	Ministerio de salud
mmHg:	Milímetro de mercurio
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización mundial de la salud
P.S:	Puesto de salud
TIC:	Tecnología de la información y la comunicación

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación es determinar la efectividad de telesalud en la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020.

Es una investigación cuantitativa y descriptiva. Se obtuvo como resultado que el 20% de los pacientes oscila entre 41 y 50 años de edad, el 43% oscila entre 51 a 60 años, y el 37% oscila entre 61 y 70 años; el 63% es de sexo masculino y el 37% sexo femenino; el 28% vive solo y el 72% vive acompañado; el 58% es de religión católica, el 29% es evangélico y el 12% ninguno; por otro lado, el 26% tiene grado de instrucción primaria completa, el 38% secundaria completa, el 12% superior incompleto y el 23% es titulado; por último, el 28% lleva de 1 a 3 años de tratamiento, farmacológico el 48% lleva de 4 a 6 años de tratamiento farmacológico y el 25% lleva un tiempo mayor a 6 años. El 60% se ha olvidado, frecuentemente, de tomar medicamentos, y el 40% no se ha olvidado de tomar sus medicamentos; así mismo, el 45% sí toma medicamentos a las horas indicadas y el 55% no toma medicamentos a la hora señalada; el 58% ha dejado de tomar medicamentos cuando se siente mejor, mientras el 42% no ha dejado de tomar medicamentos; por último, el 63% ha dejado de tomar medicamentos alguna vez cuando se han sentido mal, mientras el 37% no ha dejado de tomar sus medicamentos.

PALABRAS CLAVE: Efectividad, Telesalud, adherencia, Enfermedades no transmisibles.

ABSTRACT

The objective of this research work is to determine the effectiveness of telehealth in the adherence of treatment to patients with non-communicable diseases, Health Post Puyaya, Jaén, 2020.

It is a quantitative and descriptive investigation. It was obtained as a result that 20% of the patients oscillate between 41 and 50 years of age, 43% oscillate between 51 and 60 years, and 37% oscillate between 61 and 70 years; 63% are male and 37% female; 28% live alone and 72% live with someone; 58% are Catholic, 29% are evangelical and 12% are none; On the other hand, 26% have a complete primary education degree, 38% complete secondary education, 12% incomplete superior and 23% have a degree; finally, 28% have been in treatment for 1 to 3 years, 48% have been in treatment for 4 to 6 years, and 25% have been in treatment for more than 6 years. 60% have frequently forgotten to take their medications, and 40% have not forgotten to take their medications; Likewise, 45% do take medications at the indicated hours and 55% do not take medications at the designated time; 58% have stopped taking medications when they feel better, while 42% have not stopped taking medications; Finally, 63% have stopped taking medications at some time when they have felt bad, while 37% have not stopped taking their medications.

KEY WORDS: Effectiveness, telehealth, adherence, non-communicable diseases.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), son un conjunto de enfermedades que son ocasionadas por una infección aguda, tiene consecuencias nefastas para la salud a largo plazo y se requiere un tratamiento y cuidados adecuados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las enfermedades no transmisibles (ENT) como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Los principales tipos de ENT son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que se han convertido en un problema alarmante en términos de salud pública; lo cual 17,7 millones de muertes anuales están atribuidas a enfermedades cardiovasculares, mientras que y 1,6 millones se atribuyen a la diabetes. (3)

En el mundo, las ENT producen la muerte a más de 41 millones de personas cada año, siendo el 71% de las muertes que se producen en el mundo, entre 30 y 69 años de edad mueren por ENT 15 millones de personas. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT alrededor de 17,9 millones cada año, seguidas del cáncer cerca de 9,0 millones, las enfermedades respiratorias 3,9 millones y la diabetes 1,6 millones. Más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ENT, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol. (2)

En tanto que, las intervenciones de gestión de las ENT son esenciales para alcanzar la meta mundial consistente en lograr una reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por ENT del 25% para 2025, sin embargo, ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

(ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030. (2)

En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años. En el Perú, las ENT como las responsables del 69% de todas las muertes, destacándose con un 21% las enfermedades cardiovasculares, seguida del cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes con 17.6 y 4%, respectivamente. En este sentido, el Ministerio de Salud ve con preocupación que, en los últimos años, estas enfermedades presentan una tendencia al aumento, específicamente, enfermedad isquémica del corazón y diabetes. (3) El INEI, indicó que existe una prevalencia de diagnóstico de Diabetes Mellitus de 3.6% de las personas de más de 15 años; de este porcentaje, un 4.4% de los casos se encuentra en Lima Metropolitana (4)

Es por ello, la atención primaria dentro de sus funciones esenciales se encuentra la prevención y promoción de la salud, además del diagnóstico oportuno de condiciones de salud como también mantener la continuación del cuidado en la población asignada logrando, más aún, evitar la aparición de complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. El desarrollo y masificación de nuevas tecnologías, ha posibilitado tener mejores herramientas para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de manera remota. (5)

La Organización Mundial de la Salud ha definido la Telesalud (incluyendo a la telemedicina) como la entrega de servicios de salud usando las tecnologías de información y comunicación, específicamente cuando la distancia es un obstáculo para los servicios de la salud, esto permite brindar atención médica fuera de las instalaciones tradicionales de atención médica. En pocas semanas, la situación mundial actual relacionada con COVID-19 ha generado presiones sin precedentes en el sistema de salud y ha transformado la práctica de cuidados paliativos. (6)

En este sentido, el contexto de pandemia por la COVID -19, el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en la salud, se ha vuelto fundamental no sólo, en las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con enfermedades crónicas como es el caso de la Diabetes Mellitus e hipertensión. Enfermedad considerada como factor de riesgo pues aumenta la probabilidad de mortalidad de pacientes COVID-19, por lo cual, la exposición al virus debe ser mínima.

Actualmente, debido al contexto de emergencia sanitaria se ha normado su uso a través de la Ley marco de Telesalud, la cual se modifica con el decreto legislativo N°1303, en la que se optimiza los procesos vinculados a Telesalud (7). Asimismo, en marzo del 2020 se publicaron múltiples resoluciones ministeriales, donde se indican directivas administrativas enfocadas en el desarrollo e implementación de la telemedicina (8). Estas permiten la estandarización de la telemedicina para la continuación del tratamiento de los pacientes, pues disminuyen el riesgo de contagio por COVID 19.

En el marco del COVID-19, durante las dos primeras semanas de implementación del servicio de tele orientación (del 13 al 25 de abril 2020) se registraron un total de 4 310 solicitudes de atención médica a distancia por el MINSA. Del total de atenciones, 2 363 recibieron tele orientación vía telefónica y 1 947 usuarios recibieron tele orientación vía el aplicativo móvil. Según información del MINSA, las tele consultas que se registraron con mayor frecuencia fueron por hipertensión esencial (30%), diabetes mellitus no insulino dependiente (29%) y actividades del adulto mayor (12%). Del total de consultas a distancia, Lima Metropolitana concentró el 56% (2,425) de usuarios atendidos. Las regiones que reportaron más atenciones fueron Piura, Ica, y Callao con 283, 240 y 224 pacientes, respectivamente. (9)

En el Puesto de Salud Puyaya, a consecuencia de la pandemia del convida 19 y teniendo en cuenta que las ENT hace aún mayor la vulnerabilidad de estas

personas, se optó por la telesalud mediante el telemonitoreo a los pacientes a cargo del responsable de esta estrategia sanitaria con el fin de evitar complicaciones en la salud. Por lo que es, de suma importancia, investigar sobre la efectividad de la telesalud como herramienta.

El presente trabajo se justifica, al ser telesalud, una herramienta de ayuda al seguimiento de pacientes con enfermedades no transmisibles para dar seguimiento al cumplimiento del tratamiento, y permitir tener un mejor control y reducir la morbilidad de los pacientes. Los estudios de la telesalud son muy poco a nivel nacional, lo que permitirán los resultados de la investigación ser utilizados como bases científicas para futuros estudios fortaleciendo el conocimiento sobre las variables en estudio.

Es por ello que se formula el siguiente problema: ¿Cuál es la efectividad de telesalud en la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020?; teniendo como objetivo general: Determinar la efectividad de telesalud en la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020; y como objetivos específicos: caracterizar a los pacientes diagnosticados con enfermedades no transmisibles del ,Puesto de Salud Puyaya,Jaén,2020, identificar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya, Jaén,2020, considerar la efectividad de la telesalud en el tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya,Jaén,2020.

El presente trabajo se justifica, al ser telesalud, una herramienta de ayuda al seguimiento de pacientes con enfermedades no transmisibles para dar persecución al cumplimiento del tratamiento, y permitir tener un mejor control y reducir la morbilidad de los pacientes. Los estudios de la telesalud son muy poco a nivel nacional, lo que permitirán los resultados de la investigación ser

utilizados como bases científicas para futuros estudios fortaleciendo el conocimiento sobre las variables en estudio.

En relación a estos objetivos se plantearon las hipótesis siguientes:

“La efectividad de telesalud es regular en pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de salud Puyaya, Jaén, 2020”

“La adherencia del tratamiento es inadecuado a pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de salud Puyaya, Jaén, 2020.

II. DESARROLLO

Marco Teórico:

El desarrollo de la investigación se constituye por los antecedentes de estudio y la base teórica que la fundamenta, de acuerdo a las variables y dimensiones específicas para darle consistencia y razonabilidad científica. Los antecedentes se organizaron a nivel internacional, nacional y local.

Para el presente trabajo se consideraron los siguientes antecedentes

Domínguez L., Ortega E. (Paraguay, 2018). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Objetivo: determinar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Hospital Nacional de Itauguá en 2018. Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte longitudinal, con componente analítico, realizado en hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron en forma ambulatoria a los consultorios del programa de diabetes del Hospital Nacional de Itauguá en 2018. La adherencia al tratamiento fue determinada con dos escalas validadas que midieron la adherencia farmacológica (Morisky-Green) y no farmacológica (IMEVID). Resultados: se estudiaron 338 pacientes, siendo 66% de sexo femenino. La edad media fue 56 ± 7 años. La frecuencia de falta de adherencia al tratamiento fue 70% y los factores que se asociaron significativamente fueron la presencia de complicaciones crónicas (53%), la monoterapia farmacológica (35%), la presencia de efectos adversos medicamentosos (17%), el tiempo de evolución mayor a diez años (16%) y la mala relación médico-paciente (16%). Conclusiones: existe una alta frecuencia de falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus (70%). La presencia de complicaciones crónicas y la monoterapia farmacológica fueron los

factores más frecuentemente asociados. Esta información permitirá la toma de decisiones para ayudar a los pacientes a mejorar su cumplimiento terapéutico. (10)

Castillo M., Martín L., Almenares K. (2017). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Objetivo: identificar los niveles de la adherencia terapéutica y los factores influyentes en la adherencia deficitaria en una muestra de pacientes diabéticos. Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con diseño mixto. Se trabajó con una muestra de 143 pacientes atendidos en el Grupo Básico de Trabajo 1 del Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" de la ciudad de Pinar Cuba del Río en el período de junio-septiembre del 2013. Se utilizó el cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica, una encuesta sobre conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento y una entrevista estructurada. Resultados: predominó el nivel de adherencia parcial en el 74,1 % de los pacientes. La mayor contribución a la adherencia terapéutica deficitaria la aportó el componente implicación personal. Conclusiones: la adherencia terapéutica de las personas con diabetes mellitus tipo 2 se presentó en sus tres niveles, con predominio del nivel parcial de adherencia. Los factores que condicionan la adherencia deficitaria están relacionados con la falta de conocimientos sobre la dieta a seguir y la ausencia de motivación por realizar adecuadamente el tratamiento. (11)

A nivel nacional

Sulka M. (Lima, 2019). Adherencia al tratamiento antidiabético de pacientes del Servicio Académico Asistencial de Análisis Clínicos, junio- agosto 2019. investigación descriptiva, transversal, correlacional, se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes diabéticos, en el ámbito de influencia del Centro Académico Asistencial del Servicio de Análisis Clínicos y Gabinete de Atención Farmacéutica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se realiza la captación de pacientes ambulatorios que vivan o trabajen en el ámbito de influencia del centro académico asistencial ubicado en Lima Cercado, específicamente en Barrios Altos. Se invitó

a 21 pacientes que manifestaron tener diagnóstico de diabetes mellitus y prescripción de medicamentos para ser participante de este estudio, luego de la aceptación se entrega el consentimiento informado para su firma, se aplicó la entrevista directa a los pacientes utilizando la ficha de Anamnesis Farmacológica para recolectar información necesaria, se determinó la adherencia con el cuestionario de Morisky-Green-Levinne, y se realizó el control glicémico del paciente. Este estudio es importante porque permitió la obtención de un registro basal de la adherencia (19%) de pacientes diabéticos ambulatorios, para iniciar un programa de intervención farmacoterapéutica. (12)

Machaca E. (Callao, 2018). Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del centro de salud "Mi Perú" – Callao Perú, 2018. Esta investigación de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo tiene un diseño no experimental de corte transversal y para su determinación se recolectó información en un período definido, con una población total de 70 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa de enfermedades crónicas no transmisibles, a los cuales se les aplicó la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II versión III (EATDM-III©) modificada. Los resultados obtenidos indican que el 60 % presenta no adherencia al tratamiento en su mayoría. En la dimensión ejercicio físico solo el 40 % presenta adherencia al tratamiento. Por otro lado, el 68,6 % de adultos son no adherentes al tratamiento de diabetes mellitus tipo II, en la dimensión control de salud, es decir que no ejecutan las recomendaciones acordadas por el profesional de salud y solamente el 31,4 % cumplen con lo recomendado. Y por último en la dimensión dieta presenta no adherencia, ya que, no cumplen con las indicaciones, teniendo como consecuencia complicaciones macrovasculares y microvasculares. Conclusión: La adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II de la mayoría de los pacientes que acuden al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del C.S. "Mi Perú" presentan no adherencia al tratamiento en su mayoría. (13)

Rodríguez B. (Lima, 2018). Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2018. el diseño de estudio fue no experimental de tipo descriptivo. Por otro lado, la muestra estuvo conformada por 171 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2018, quienes se les aplicó la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II (EATDM – III). Luego de aplicar el cuestionario y realizar el análisis estadístico, se llegó a la conclusión que el nivel de la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo de los pacientes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2018 se distribuye en un 36,8% siendo este el nivel bajo. (14)

A nivel local.

De La Cruz A. (Cajamarca, 2019). Grado de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Enero – Diciembre, 2019. Metodología: Estudio descriptivo, transversal y correlacional. Con una muestra de 92 pacientes a quienes se les aplicó el Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ - 24) para hallar el grado de conocimientos; y el Test de Morisky – Green para identificar la adherencia al tratamiento. Analizados mediante el programa: Statistic Package for Social Science (Software estadístico SPSS) y ordenados a través de tablas frecuenciales simples y gráficos. Resultados: Ningún factor sociodemográfico se asocia con el cumplimiento del tratamiento, notándose que el 19 % de pacientes del género femenino son más adherentes al tratamiento. El 53% de pacientes con educación superior, así como el 61% de pacientes con tiempo diagnóstico mayor de 10 años. tienen mayor adherencia terapéutica. Todos los grupos etarios tienen altos porcentajes de conocimientos inadecuados y no adherentes al tratamiento, superiores al 76%. Conclusiones: El nivel de conocimiento encontrado sobre diabetes fue deficiente. Y la adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes fue bajo. (16)

Ruiz M. (Jaén, 2019). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos en adultos mayores atendidos en Hospital General Jaén, Enero – Julio 2019. Se utilizó el diseño Descriptivo, Observacional No experimental con un solo grupo de estudio con relación a la muestra se tomó aleatoriamente simple constituida de 180 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, se utilizó cuestionario de características sociodemográficas del adulto mayor, y el Test de Morisky Green Levine El factor asociado a la no adherencia al tratamiento farmacológico relacionado a la dimensión edad se evidencio que el 66.1% de los adultos mayores son adherentes, y únicamente el 33,9% no cumplen con lo recomendado, por los profesionales de la salud que le brinde la atención sanitaria. Por otro lado, el tratamiento farmacológico asociados a la no adherencia relacionado a la dimensión sexo de pacientes adultos mayores diabéticos atendidos en hospital general Jaén, en el sexo masculinos alcanzo el 61,7% el incumplimiento y en las femeninas con un 38,3% del tratamiento farmacológico asociados a la no adherencia de los clientes adultos mayores. A si mismo se muestra el grado de instrucción el 43,9% de los adultos mayores cuentan con estudios primarios y el 26,1% no posee ningún grado de Instrucción, y por último el 22,8% tienen secundaria en pacientes Adultos Mayores. (17)

Así mismo, para el presente trabajo se resalta la siguiente teoría:

Telesalud (18)

Es un servicio de salud a distancia brindado por personal de salud como médicos, obstetras, enfermeras, psicólogos, entre otros, a través de computadoras, teléfonos, aplicativos, sistemas, etc.

Para poder obtener un servicio óptimo de telesalud, debes cumplir con, al menos, los siguientes implementos:

Conexión a Internet rápida y estable.

Una computadora adecuada con capacidades de audio, video y dispositivos de transmisión.

En caso no contar con una computadora, un teléfono inteligente (Smartphone).

Es necesario saber utilizar herramientas de conferencia como Skype, Zoom, entre otras; que permitan recibir el servicio.

Ventajas y beneficios de la Telesalud:

Puedes usar tu celular o laptop para comunicarte con un profesional de la salud desde la seguridad de tu hogar.

Permite la atención con médicos especialistas.

Disminuye el tiempo de espera para la atención.

Elimina costos y tiempos de traslado.

Reduce el riesgo de exposición a la COVID-19.

Los ejes de telesalud incluyen:

Telemedicina: son servicios de salud a distancia que se brindan a través de una llamada telefónica, video llamada, mensaje de texto, entre otros medios de comunicación, mediante los cuales puedes recibir una atención, asesoría, seguimiento en salud por parte de un profesional de salud competente.

Telecapacitación: es el proceso de enseñanza y aprendizaje dirigido al personal de salud, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), realizado por profesionales competentes orientado a fortalecer los conocimientos en temas de salud.

Tele IEC (Tele información, educación y comunicación): es la comunicación a distancia, mediante el uso de las TIC, que permite difundir conocimientos sobre salud, estilos de vida saludable, cuidado de la salud, familia y comunidad. Está dirigido a la población en general.

Telegestión: permite la continuidad de las acciones para la organización de los servicios de salud a través de las gestiones realizadas entre el personal de salud, usando las TIC.

La telemedicina tiene los siguientes servicios:

Tele interconsulta: comunicación a distancia entre un personal de la salud y un profesional de la salud (médico, enfermera, obstetra, psicólogo, odontólogo, nutricionista, entre otros), quien brindará las recomendaciones para un tratamiento.

Teleconsulta: comunicación a distancia a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que realiza el usuario en salud con un profesional de la salud sobre su estado de salud, brindándole un diagnóstico y tratamiento, según criterio del profesional.

Tele orientación: comunicación entre un usuario de salud y un profesional de la salud, mediante las tecnologías de la información y comunicación como puede ser una plataforma web, computadora, laptop o teléfono fijo o móvil, para recibir consejería en salud a fin de disminuir el riesgo de una enfermedad o mejorar la calidad de vida.

Telemonitoreo: dirigido a pacientes que tienen enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedad renal, cáncer, entre otros y gestantes o niños menores de 5 años.

Teleapoyo al diagnóstico de tele mamografía: consiste en la toma de la imagen de mamografía en el establecimiento de salud donde te atiendes, para que sea vista por un médico especialista que se encuentra en otro establecimiento de salud.

Adherencia al tratamiento:

Según los autores Sackett y Haynes definen la adherencia como la etapa enT

X VMB la cual el comportamiento del individuo (en condición de consumir medicamentos, acompañado de dietas o hacer modificaciones para un mejor estilo de existencia) corresponde con la orden clínica particular. Por ende, la habilidad

de un individuo de ajustarse al régimen de tratamiento, en especial uno que implica medicación con fármacos, de acuerdo con lo estipulado por un médico competente. Los componentes que intervienen pueden incluir sistemas de valores familiares y culturales que tienen impacto en lo aceptable del tratamiento para el paciente; su creencia en la eficacia del tratamiento; la presencia o ausencia de efectos secundarios desagradables; y la capacidad del individuo para entender o cumplir las instrucciones dadas por el médico. (20) Generalmente, las diversas conductas que abarca la adherencia son: difusión o manutención de un plan de tratamiento; acudir a citas de seguimiento; correcto empleo de la medicación prescrita; llevar a cabo las modificaciones necesarias para una calidad de vida óptima o eliminar los comportamientos contraindicados. (19)

Niveles de la adherencia

Adherencia: Procedimiento mediante el que una persona sigue ciertas reglas, líneas maestras y preceptos; por ejemplo, un enfermo que sigue prescripciones y recomendaciones concerniente a su régimen de cuidados. Normalmente, el procedimiento de esta patología tiene como fin conservar una clase de subsistencia buena en el individuo que la sobrelleva; de esta manera se evita la sintomatología en circunstancias como la descompensación desarrollada por hiperglucemia o las dificultades agudas o crónicas y reduciendo el índice de mortandad. Para conseguir estos propósitos se ejecutan variedad de tareas fundadas en labores que incorporan cambios en la nutrición; la realización de un plan de actividades físicas y en ciertas circunstancias el empleo de medicamentos. (20)

No Adherencia: Es el incumplimiento en la observancia de indicaciones terapéuticas ya de manera facultada o desapercibido; ejemplo de ello vienen a ser las dificultades vinculadas con los fármacos. Asimismo, el manejo de esquemas de tratamiento prescritos por un médico facultado o por el personal de salud competente es, en propiedad, una determinación propia de origen multifactor.

Adaptarse al nuevo estilo de vida es complicado para el paciente diabético; a esto, habitualmente dejan de lado la dieta recetada, están propensos a consumir golosinas, entre otros comestibles impropios; suelen olvidarse de los medicamentos ya que se acostumbran a los niveles elevados de glucosa, son inconscientes de los signos de alarma; y por lo tanto, no se preocupan de tomar conciencia en el debido tiempo; y entran en razón cuando se manifiestan las complicaciones. (21)

Diabetes Mellitus.

La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno metabólico que se desencadena cuando el páncreas no funciona de una manera correcta, por lo tanto, no se produce una adecuada cantidad de insulina, lo cual se traduce en un aumento del azúcar en la sangre. Su prevalencia es mayor en el sexo femenino en una relación 2:1, respecto al sexo masculino (22).

Es importante mencionar que la DM es una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, con altas tasas de morbilidad y mortalidad en la población a nivel mundial, convirtiéndose en la actualidad 17 en un enorme problema de salud pública, tanto en países desarrollados y peor aún en los sub-desarrollados. (22).

Hoy en día, a nivel mundial, son 150 millones las personas con DM2 y con tendencia a que se duplique de acá en 25 años. Los efectos del mal control metabólico de la DM2 conllevan a presentar, lo que sería el principal problema de la diabetes mellitus, y estos son: sus complicaciones, entre las que destacan, las complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas. (22).

Según la Asociación Americana de Diabetes Mellitus, muestras los siguientes criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus: Glucosa tomada al azar mayor de 200 mg/dL acompañada de sintomatología clásica de la diabetes mellitus; también

niveles de glucosa basal mayor a 126 mg/dl por lo menos en dos ocasiones. Una cifra por encima de 200 mg/dl a las 2 horas después del consumo de 75gr de solución azucarada o Hemoglobina Glicosilada mayor a 6.5%. Así mismo hace referencia al tratamiento con los diferentes hipoglucemiantes orales y la insulina, sin dejar de lado lo importante que es la nutrición. (23).

Tratamiento No Farmacológico:

Educación: El tratamiento inicial del paciente diabético está dirigido a la toma de conciencia de su enfermedad, de esa manera, los niveles de glicemia estarán dentro de los valores normales. La educación en DM2 al paciente por parte del personal de salud les permitirá que adopten 18 medidas que controlen y eviten sus complicaciones. (23).

El plan de alimentación: Es fundamental para el paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tener una dieta equilibrada, de tal forma se podrá obtener niveles de glucosa dentro de lo normal y a mantener un peso saludable. Por otro lado, una alimentación inadecuada, generará alteración en el paciente, tanto clínicamente como metabólicamente. Es importante trabajar en la educación al diabético sobre una adecuada alimentación. (24)

Ejercicio físico: Es importante ya que mantiene los niveles de glicemia dentro de los valores normales y disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El ejercicio físico reduce la glucosa en sangre, al activar receptores específicos en los músculos, mejorando su captación, esto a su vez lleva a una adecuada circulación periférica. La actividad física influye directamente en el tratamiento de la diabetes, de esta manera el paciente baja de peso, disminuye el estrés y mantiene una buena calidad de vida. (24)

Tratamiento Farmacológico:

Para el manejo de la Diabetes Mellitus, se utiliza los Antidiabéticos orales (ADO), como las Biguanidas, siendo la Metformina, el medicamento de primera elección

en los diabéticos tipo 2, ya sea solo o asociada con otros fármacos, inclusive a la insulina. Dentro de sus efectos beneficiosos para el paciente diabético, se encuentra su capacidad de disminuir el peso corporal y reducir el riesgo cardiovascular. Su principal función es reducir la producción de glucosa en el hígado, además de mejorar la sensibilidad de la insulina en los tejidos periféricos, tiene poco riesgo de hipoglicemia y reduce los valores de HbA1C de 1.5 a 2%. También se usan las Sulfonilureas, como la Glibenclamida o la Glimepirida, estos fármacos se utilizan en caso la metformina no se pueda usar por alguna contraindicación. (22).

Valores no controlados de glicemia, con el uso de dos o más medicamentos que se toman vía oral, en dosis máximas, conlleva al uso de insulina para mejorar el control metabólico. La insulina es una hormona secretada en el páncreas, producida por las células beta de los islotes de Langerhans, tiene como función disminuir la glicemia.

La insulina se clasifica de acuerdo a su tiempo de duración: insulina de acción rápida, su inicio de acción es de 15 minutos a 1 hora y dura entre 2 a 4 horas. Se administra entre 30 a 45 minutos antes del consumo de las comidas. La Insulina NPH, tiene una acción intermedia, tiene aspecto lechoso y su inicio de acción se produce entre las 2.5 a 3 horas, su pico de acción es de 5 a 7 horas y dura entre 13 y 16 horas. (22).

Hipertensión arterial.

La Hipertensión arterial es una de las enfermedades de mayor prevalencia a nivel mundial, la cual no es frecuente que produzca síntomas en las fases iniciales. La hipertensión contribuye al desarrollo de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, mortalidad y discapacidad. (24)

La hipertensión se puede clasificar según su etiología en hipertensión primaria y secundaria.

Hipertensión primaria. La hipertensión primaria representa el 95% de los casos diagnosticados y es poco probable que se origine por una causa.²¹ Los factores de estilo de vida que favorecen la elevación de la presión arterial son ganancia de peso, dieta alta en sodio, disminución de la actividad física, excesivo consumo de alcohol, cambio de trabajo que motiva realizar viajes y estrés. Asimismo, también los antecedentes familiares constituyen una causa importante de padecer hipertensión. (25)

Hipertensión secundaria. La hipertensión arterial secundaria es la que presenta causas identificables, y constituye el 5% de los casos. Entre las causas se tiene las siguientes: Feocromocitoma (palidez episódica, mareos y presión arterial inestable), apnea obstructiva del sueño (ronquidos, hipersomnolencia), prostatismo (enfermedad renal crónica debida a obstrucción del tracto urinario post-renal), hipopotasemia por aldosteronismo primario o secundario por enfermedad renovascular (calambres musculares, debilidad), hipertiroidismo (pérdida de peso, palpitaciones, intolerancia al calor), enfermedad renal o insuficiencia (edema, fatiga, micción frecuente), hipertensión residual asociada con la coartación (historia de la reparación de la coartación), síndrome de Cushing (obesidad central, redondeo facial, fácil aparición de lesiones), uso de medicamentos o sustancias (por ejemplo, alcohol, antiinflamatorios no esteroideos, cocaína, anfetaminas). (25)

El tratamiento farmacológico consta de dos partes. Una terapia de inicio y la terapia combinada cuando los resultados del inicio de la terapia no llegaron a los objetivos:

Inicio de terapia farmacológica. Para iniciar con los medicamentos antihipertensivos va a depender del riesgo cardiovascular según la evaluación constante del paciente del nivel de la presión sistólica y diastólica, los factores de riesgo (incluyendo comorbilidades) y la presencia de daño clínico en los órganos blanco. Los pacientes hipertensos que iniciarán terapia farmacológica son: (26)

Los hipertensos que tienen riesgo cardiovascular bajo, con cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses y que no se han obtenido las metas de la presión arterial.

Los hipertensos con niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica mmHg, independiente de otros parámetros.

Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial. La terapia farmacológica puede ser con un solo fármaco o en combinación.

Los grupos de medicamentos antihipertensivos de primera elección en monoterapia corresponden a: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, B-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas. En personas mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los B-bloqueadores como primera elección. (25)

El inicio de monoterapia se recomienda con:

Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día), o Losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día), o Hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), Amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día).

Terapia farmacológica combinada Se iniciará con terapia farmacológica combinada de no alcanzarse la meta en al menos 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo. Si la dosis inicial convencional de un agente único no muestra eficacia, también se recomienda combinar. (25)

Para que se inicie terapia combinada debe considerarse que el paciente sea referido al siguiente nivel para evaluación del cardiólogo.

Los grupos de pacientes, en quienes se prefiere combinar la terapia, son:

Cuando muestran niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica 100 mmHg, cuando tienen el síndrome metabólico, en hipertensos con

riesgo cardiovascular moderado a más, en el adulto mayor y cuando el paciente tiene obesidad.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación: El estudio es de tipo cuantitativo. Hernández Sampieri (2014) nos dice que es el procedimiento de decisión que pretende señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística. Por eso la investigación cuantitativa se produce por la causa y efecto de las cosas. El presente estudio se realizó en el Puesto de Salud Puyaya en Jaén. Es cuantitativo descriptivo porque muestran la efectividad de telesalud en la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles.

3.2. Diseño de investigación: El diseño del estudio realizado fue no experimental, ya que no se alteraron de manera intencionada las variables, Además tuvo un nivel descriptivo ya que su principal intención fue describir e identificar las características y comportamientos de las variables , tuvo un corte transversal, debido a que la recolección de la información se dio en un solo periodo de tiempo, y los datos se tomaron en un solo momento a los pacientes con enfermedades no transmisibles, del Puesto de Salud Puyaya,Jaén,2020.

3.3. Variables de estudio

V1. Variable independiente: Efectividad de telesalud

V2. Variable dependiente: Adherencia al Tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable 1: Efectividad de Telesalud	Tener el acceso a la consulta sobre su tratamiento a través del tele monitoreo.	Se da la efectividad cuando existe la comunicación entre el profesional y el paciente	Comunicación efectiva a través del celular Incomunicación	Se conoce el estado de la salud de la persona, por lo que manifiesta y el cumplimiento del tratamiento.	SI NO A VECES	Ordinal	Encuesta - Cuestionario
Variable 2: Adherencia al Tratamiento a Pacientes con Enfermedades No Trasmisibles.	Es la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud	Se consideran adherentes a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no adherentes a quienes contestan SI a una o más	Adherencia No adherencia	Olvido frecuente Toma los medicamentos a las horas indicadas. Sentirse bien y dejar de tomar medicamentos Sentirse Mal y dejar de tomar medicamentos	SI NO SI NO	Nominal Nominal	Encuesta - Cuestionario

3.4. Población Y Muestra de Estudio

La población estará conformada por 65 pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020.

- Criterios de inclusión:
Pacientes con diagnóstico de enfermedades no trasmisibles: diabetes o hipertensión.
Pacientes que acepten participar en el estudio de investigación.
Pacientes que asistan al Puesto de salud Puyaya, 2020
- Criterios de exclusión
Pacientes sin diagnóstico de enfermedades no trasmisibles: diabetes o hipertensión.
Pacientes que no acepten participar en el estudio de investigación
Pacientes que no asistan al Puesto de salud Puyaya, 2020.

La muestra está conformada por el total de la población.

En esta investigación se trabajó con el total de la población por ser pequeña y representativa; es decir, 65 pacientes con enfermedades no trasmisibles, Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020.

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para la obtención de datos fue la encuesta, por otro lado el instrumento para la recolección de datos, fue el cuestionario TEST DE MORISKY-GREEN, que mide la adherencia al tratamiento y consta de 4 preguntas, que van desde Siempre hasta Nunca. El cuestionario recogió además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad, uso frecuente del celular, tipo de convivencia, número de teléfono de contacto).

3.6. Procedimientos de recolección de datos e informaciones

En primer lugar, se procedió al registro del proyecto de investigación en la Escuela de Enfermería de la Universidad Particular de Chiclayo, a continuación, dicho proyecto será presentado a los revisores para que procedan a realizar observaciones o sugerencias que puedan mejorarlo. Después, se presentará al comité de investigación para su aprobación del proyecto de investigación, seguidamente se solicitará permiso al establecimiento de salud para aplicar el instrumento propuesto a los pacientes. Se ubicará un ambiente acogedor y privado para la aplicación del instrumento. En todo momento se garantizará el anonimato de las participantes y se respetaran los principios de la ética de investigación, se les explica el objetivo del estudio y se les entregó el consentimiento informado, a los pacientes que firmaron dicho documento, se les facilitó el instrumento, el tiempo estimado de la aplicación del instrumento fue 25 minutos; así los datos serán de fuente directa y de datos primarios. El instrumento será calificado de acuerdo a lo establecido a nivel de puntuación de la herramienta y subsiguientemente los datos se registraron en una base de datos con una supervisión de un estadístico.

El proceso para la validación del instrumento se ha tenido en cuenta a (TEST DE MORISKY-GREEN-1986) que mide la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas(test-cuestionario) y consta de 4 preguntas, que van desde Siempre hasta Nunca.

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Microsoft Excel y el software IBM SPSS Statistics 25. Una vez tabulado los datos registrados en los instrumentos aplicados a la población seleccionada se procedió a realizar un análisis de la frecuencia de opciones sobre las preguntas que medirán las variables en estudio.

Como instrumento de investigación es el cuestionario se usaron los gráficos para la representación de la distribución de frecuencia. En tal sentido, se puede decir que esta investigación representa los datos de manera gráfica para que de esta manera sea más fácil de entender.

La distribución absoluta (frecuencia) y porcentual en relación a los objetivos dirigidos a establecer acciones tendentes a solventar el problema investigado. Las técnicas que utilizaremos para el procesamiento de datos son: trabajo de campo, ordenamiento de datos, tabulación, gráficos, análisis e interpretación.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 01: Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades no transmisibles del Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
41-50 años	13	20
51-60 años	28	43
61-70 años	24	37
Sexo		
Masculino	41	63
Femenino	24	37
Vive solo o acompañado		
Solo	18	28
Acompañado	47	72

FUENTE: APLICACIÓN DE CUESTIONARIO

Interpretación: En la tabla 01 respecto a la edad se evidencia que el 20% de pacientes se ubica entre 41 y 50 años de edad, el 43% entre 51 a 60 años, y el 37% entre 61 y 70 años. El 63% es de sexo masculino y el 37% sexo femenino. El 28% vive solo y el 72% vive acompañado.

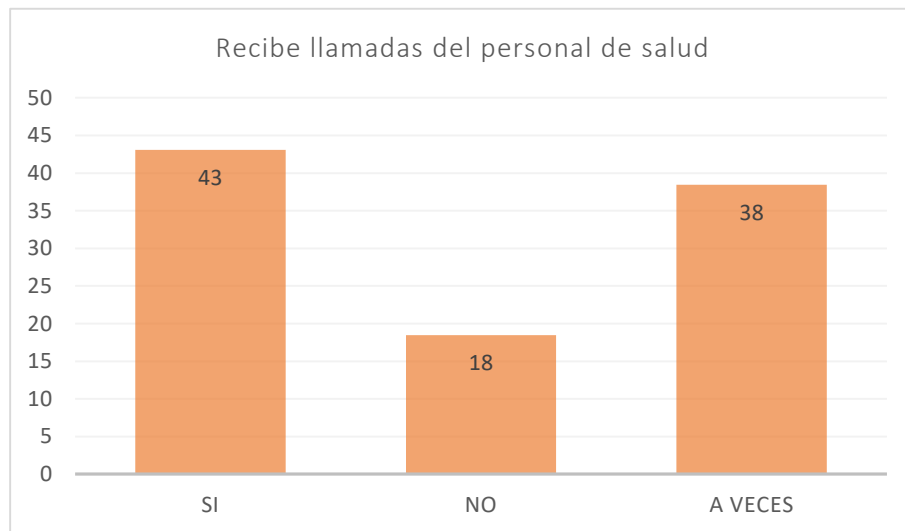
Tabla 02: Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades no trasmisibles del Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Religión		
Católico	38	58
Evangélico	19	29
Ninguno	8	12
Grado de Instrucción		
Primaria Completa	17	26
Secundaria Completa	25	38
Superior Incompleto	8	12
Titulado	15	23
Años de Tratamiento		
1-3 años	18	28
4-6 años	31	48
Mayor a 6 años	16	25

FUENTE: APLICACIÓN DE CUESTIONARIO

Interpretación: En la tabla 02 se observa que el 58% es de religión católica, en tanto que el 12% no profesa ninguna religión; por otro lado, solo el 38% tiene secundaria completa mientras que el 26% tiene primaria completa, y el 12% superior incompleto y el 23% es titulado; por último, el 28% lleva de 1 a 3 años de tratamiento, el 48% lleva de 4 a 6 años de tratamiento. Y el 25% lleva un tiempo mayor a 6 años.

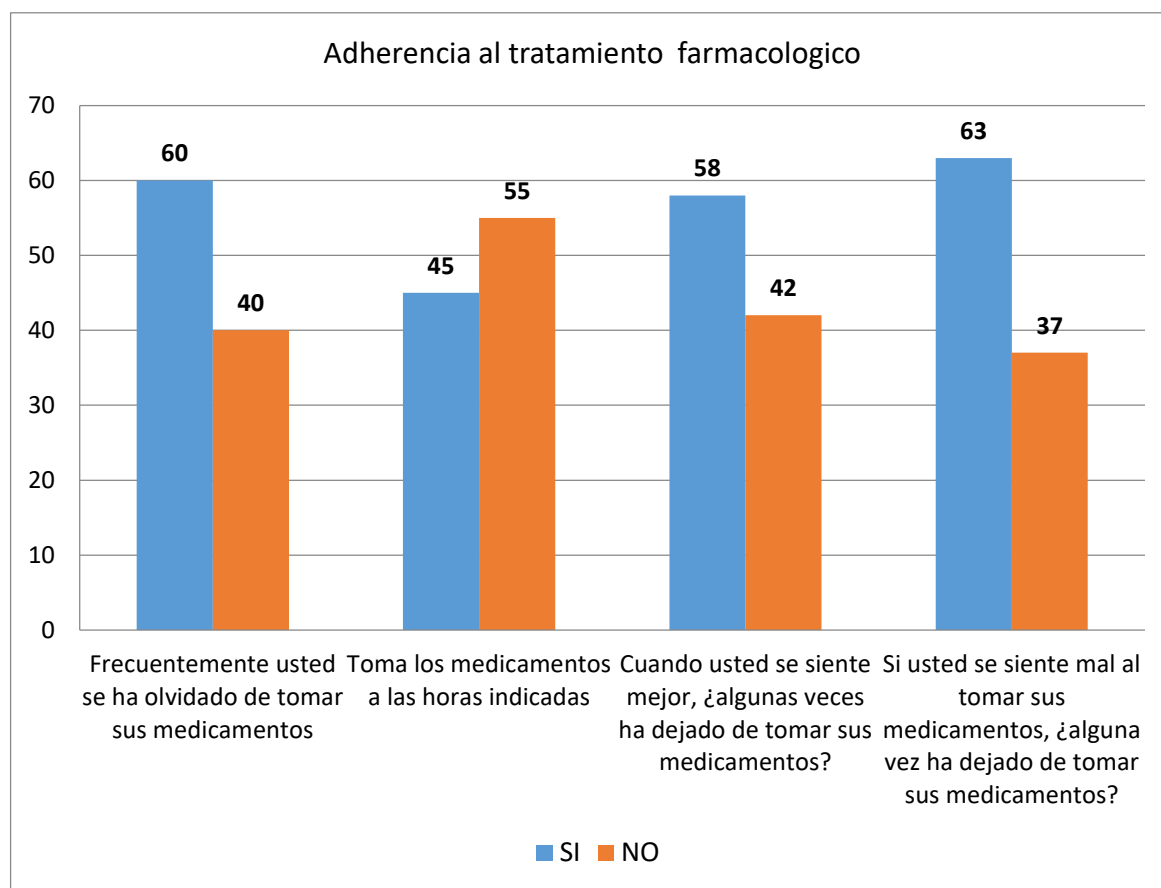
Gráfico 01: Utilización de los TIC en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades no transmisibles del puesto de salud Puyaya, Jaén.



FUENTE: APLICACIÓN DE CUESTIONARIO

Interpretación: En la gráfica 01 se observa que la utilización de los TIC, por medio de las llamadas telefónicas, realizadas por el personal de salud a los pacientes es de un 43% si, 18% No y un 38% a veces.

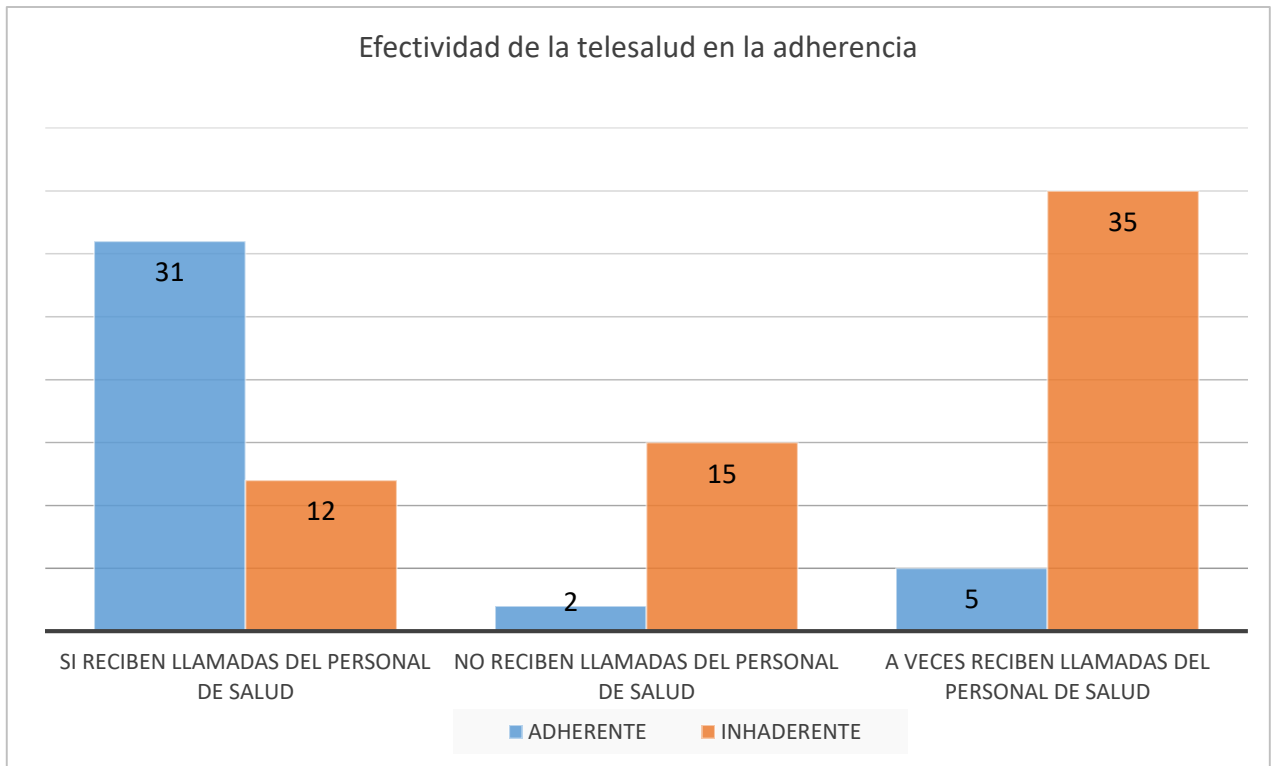
Gráfico 02: Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades no transmisibles del puesto de salud Puyaya, Jaén.



FUENTE: APLICACIÓN DE ENCUESTA

Interpretación: En el grafico 02 se evidencia que el 60% se ha olvidado, frecuentemente, de tomar medicamentos, y el 40% no se ha olvidado de tomar sus medicamentos; así mismo, el 45% sí toma medicamentos a las horas indicadas y el 55% no toma medicamentos a la hora señalada; el 58% ha dejado de tomar medicamentos cuando se siente mejor, mientras el 42% no ha dejado de tomar medicamentos; por último el 63% ha dejado de tomar medicamentos alguna vez cuando se han sentido mal, mientras el 37% no ha dejado de tomar sus medicamentos.

Gráfico 03: Efectividad de la telesalud y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades no transmisibles del puesto de salud Puyaya, Jaén.



FUENTE: APLICACIÓN DE ENCUESTA

Interpretación: En el grafico 03 se evidencia que, de los 65 pacientes con enfermedades no transmisibles, en los pacientes que reciben llamadas telefónicas el 31% son adherentes al tratamiento y el 12% inhaderentes. En los pacientes que no reciben llamadas telefónicas el 2% es adherente y 15% inhaderente y de los que refieren a veces reciben llamadas telefónicas del personal de salud el 5% es adherente y 35 inhaderente.

DISCUSIÓN

Al desarrollar el instrumento de efectividad de la telesalud en la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles en gestantes del Puesto de Salud Puyaya Jaén según ítems, se obtuvo dentro de lo más resaltante que el 20% oscila entre 41 y 50 años de edad, el 43% oscila entre 51 a 60 años, y el 37% oscila entre 61 y 70 años; por otro lado, el 63% es de sexo masculino y el 37% sexo femenino; así mismo, el 28% vive solo y el 72% vive acompañado.

Así mismo, el 58% son de religión católica, el 29% es evangélico y el 12% no pertenecen a ninguna religión; por otro lado, el 26% tiene grado de instrucción primaria completa, el 38% secundaria completa, el 12% superior incompleto y el 23% es titulado; por último, el 28% lleva de 1 a 3 años de tratamiento, el 48% lleva de 4 a 6 años de tratamiento y el 25% lleva un tiempo mayor a 6 años

Estos resultados se relacionan con el estudio del autor Román E. (Lima, 2018) quien obtuvo como resultado que los pacientes menores de 65 años tienen 2.62 veces más riesgo de no ser adherente al tratamiento ($p=0.004$). En relación al estado civil, el encontrarse soltero presenta 4.09 veces más riesgo de no ser adherente con un $p=0.000$. Pacientes con educación básica van a presentar 3.2 veces más riesgo de no adherencia al tratamiento, con un $p=0.000$. El uso de insulina tiene 1.95 veces más riesgo de no presentar una adecuada adherencia al tratamiento. ($p=0.038$) Pacientes con un conocimiento inadecuado presentaron 7.60 veces más riesgo de no adherencia al tratamiento con un $p=0.000$. Conclusiones: Las condiciones asociadas a la falta de adherencia al tratamiento son: pacientes menores de 65 años, solteros, menor grado de instrucción, tratamiento con insulina y menor conocimiento de la diabetes mellitus.

Al consultar respecto a la efectividad de la telesalud y la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades no transmisibles, se obtuvo que el 60% se ha

olvidado de tomar con frecuencia los medicamentos, y el 40% no se ha olvidado de tomar sus medicamentos; así mismo, el 45% sí toma medicamentos a las horas indicadas y el 55% no toma medicamentos a la hora señalada; el 58% ha dejado de tomar medicamentos cuando se siente mejor, mientras el 42% no ha dejado de tomar medicamentos; por último el 63% ha dejado de tomar medicamentos alguna vez cuando se han sentido mal, mientras el 37% no ha dejado de tomar sus medicamentos.

Estos resultados coinciden con los autores Domínguez L., Ortega E. (Paraguay, 2018) en la que resultó que la frecuencia de falta de adherencia al tratamiento fue 70% y los factores que se asociaron significativamente fueron la presencia de complicaciones crónicas (53%), la monoterapia farmacológica (35%), la presencia de efectos adversos medicamentosos (17%), el tiempo de evolución mayor a diez años (16%) y la mala relación médico-paciente (16%). Conclusiones: existe una alta frecuencia de falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus (70%). La presencia de complicaciones crónicas y la monoterapia farmacológica fueron los factores más frecuentemente asociados. Esta información permitirá la toma de decisiones para ayudar a los pacientes a mejorar su cumplimiento terapéutico.

V. CONCLUSIONES

A nivel del objetivo general se ha podido determinar que los pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020 han mostrado tener ineffectividad de telesalud en la adherencia del tratamiento según el monitoreo de los pacientes. Siendo por ello que en el gráfico 3, se evidencia la ineffectividad de la telesalud en la adherencia del tratamiento en pacientes con enfermedades no transmisibles debido a que de los pacientes que refieren recibir llamadas telefónicas el 31% son adherente al tratamiento y 12% inhaderentes. De los pacientes que no reciben llamadas telefónicas 2% es adherente y 15% inhaderente y de los que refieren a veces reciben llamadas telefónicas del personal de salud 5% es adherente y 35 inhaderente.

La Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades no transmisibles del Puesto de Salud Puyaya, Jaén, 2020. Con respecto a la edad se evidencia que el 20% de pacientes se ubica entre 41 y 50 años de edad, el 43% entre 51 a 60 años, y el 37% entre 61 y 70 años. El 63% es de sexo masculino y el 37% sexo femenino. El 28% vive solo y el 72% vive acompañado. El 58% de los pacientes pertenecen a la religión católica, el 29% es evangélico y el 12% no pertenece a ninguna religión; por otro lado, el 26% tiene grado de instrucción primaria completa, el 38% secundaria completa, el 12% superior incompleto y el 23% es titulado; y el 28% lleva de 1 a 3 años de tratamiento, el 48% lleva de 4 a 6 años de tratamiento y el 25% lleva un tiempo mayor a 6 años.

Por cuanto a la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades no transmisibles, se obtuvo que el 60% se ha olvidado de tomar con frecuencia los medicamentos, y el 40% no se ha olvidado de tomar sus medicamentos; así mismo, el 45% sí toma medicamentos a las horas indicadas y el 55% no toma medicamentos a la hora señalada; el 58% ha dejado de tomar medicamentos cuando se siente mejor, mientras el 42% no ha dejado de tomar medicamentos; por último el 63% ha dejado de tomar medicamentos alguna vez cuando se han sentido mal, mientras el 37% no ha dejado de tomar sus medicamentos.

VI. RECOMENDACIONES

A la Gerencia Regional de Salud se recomienda establecer y ejecutar políticas de adherencia y efectividad de telesalud para pacientes que padecen de enfermedades no congénitas, así mismo campañas de información máxima en toda la jurisdicción, absolviendo las consultas y ofreciendo mayor conocimiento sobre efectividad del telesalud y adherencia al tratamiento.

Al Puesto de Salud Puyaya se recomienda capacitar a sus colaboradores y estos a su vez a la población, educándoles a desarrollar las medidas adecuadas para impulsar correctamente la efectividad de la telesalud y la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles.

A los investigadores, se recomienda emplear la presente investigación como precedente importante para sus futuras investigaciones relacionadas con la variable en estudio, resultados y conclusiones acerca de la efectividad de la salud y la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles.

A la Universidad Particular de Chiclayo, se recomienda que, por intermedio de sus docentes y alumnos, apliquen estrategias educativas a los grupos de colaboradores que asisten a los centros y puestos de salud para impulsar correctamente la efectividad de la telesalud y la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles.

A las autoridades locales, se recomienda la mejora de cobertura y acceso a la Telesalud.

VII. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Edición de 2013. Ginebra.: OMS, 2013.
2. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724
3. OMS. Organización mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2018.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Enfermedades no transmisibles. Lima; 2018. 27-29 p.
5. Lee SWH, Chan CKY, Chua SS, Chaiyakunapruk N. Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep*. diciembre de 2017;7(1):12680.
6. WHO Telehealth. WHO. Accessed April 23, 2020. <http://www.who.int/sustainable-development/health-sector/strategies/telehealth/en/>
7. Ministerio de Salud (MINSA). DECRETO SUPREMO N°003-2019-SA Ley de Marco de Telesalud. Lima; 2020. 1-14 p
8. Ministerio de Salud (MINSA). RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°116 -2020 MINSA: Directiva de Telegestión para la implementación y desarrollo de telesalud. Lima; 2020. 4-17 p.
9. Vadillo Vila J. 4,310 solicitudes de telemedicina recibió en dos semanas el Minsa por aplicativo. *Diario El Peruano*; 2020 [citado el 7 de mayo del 2020]. Disponible en: <http://www.elperuano.pe/noticia-4310-solicitudes-telemedicina-recibio-dos-semanas-minsaaplicativo-95193.aspx>
10. Domínguez Gallardo Laura Andrea, Ortega Filártiga Edgar. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* [Internet]. 2019 Mar [cited 2021 May 01] ; 6(1):63-74.Available from:

http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000100063&lng=en. E pub Mar 01, 2019.
[https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)63-074](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)63-074).

11. Castillo Morejón Maidielis, Martín Alonso Libertad, Almenares Rodríguez Kenia. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Mayo 01]; 33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006&lng=es.
12. Sulka M. Adherencia al tratamiento antidiabético de pacientes del Servicio Académico Asistencial de Análisis Clínicos, junio- agosto 2019.
13. Machaca E. Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo ii que acuden al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del centro de salud "Mi Perú" – Callao Perú, 2018
14. Rodríguez B. Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2018.
15. Román E. Condiciones asociadas a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Central de la FAP en el 2018.
16. De La Cruz A. Grado de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Enero – Diciembre, 2019
17. Ruiz M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos en adultos mayores atendidos en Hospital General Jaén, Enero – Julio 2019.
18. Ministerio de Salud. Telesalud. 2018 Disponible en: <https://www.gob.pe/telesalud>
19. Oblitas L. Psicología de la salud. 3era ed. México: Cengage Learning; 2010
20. Kozier B. (2008). Fundamentos de Enfermería. España. Edit. Interamericana.
21. Norabuena G., (2005). Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo almenara Irigoyen.). Lima: UNMSM; 2005.

22. Organización Mundial de la Salud (2016). La Adherencia al Tratamiento: Cumplimiento y Constancia para mejorar la Calidad de Vida.
23. American Diabetes Association (2018). Standards of Medical Care in Diabetes. The Journal of Clinical and Applied Research and Education
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra Suiza. 2013.
25. López A, Flores M T, Cambero M I. Hipertensión Arterial [Internet]. 1ª ed. Mérida: Junta de Extremadura; 2006 [citado 31 de marzo de 2019]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Hipertensi%C3%B3n%20Arterial.pdf
26. Resolución Ministerial N°031-2015 Minsa, Lima 19 de enero, establece las pautas sobre la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. N°31. Pag 7.
27. Ramos Y, Morejón R, Gómez M, Reina M, Rangel C y Cabrera Y. Therapeutic Adherence in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. Cuba, 2017, 7(2): 89-98.
28. Rincón M.K. Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2 [Tesis para optar el grado de maestría en Enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
29. Soto, N.C. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo ii, Callao. [Tesis para optar el grado de licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad César Vallejo; 2018.
30. Villalobos A., Brenes J., Quirós D. y León G. Psychometric characteristics of the scale of adherence to treatment of diabetes mellitus type II-version III (EATDM-III) in a sample of diabetic patients from Costa Rica. Colombia: Universidad Católica de Costa Rica, 2016; octubre 9 (2):31-38.
31. Mena Díaz FC., Nazar G., Mendoza Parra S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. Salud. 2018; 23(2): 67-78. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.2.5

ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 01



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Yo _____ con DNI _____ declaro que acepto participar en la investigación: “Efectividad de telesalud en la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya Jaén 2020”, realizada por la estudiante de la Escuela de Enfermería de la UDCH, SUAREZ MILIAN ALINDOR

La presente investigación tiene como objetivo: “Determinar Efectividad de telesalud en la adherencia del tratamiento a pacientes con enfermedades no transmisibles, Puesto de Salud Puyaya Jaén 2020”. Por lo cual, participaré del cuestionario que serán tanto escritos por los estudiantes respecto a la temática en estudio. Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento del investigador y de su asesora, quienes garantizan el secreto, respecto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionado los nombres de los participantes. Asimismo, tengo plena libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con el investigador. Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

.....

FIRMA



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ANEXO 02



Chiclayo, ____ de _____ del

CUESTIONARIO

**EFFECTIVIDAD DE TELESALUD EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO A
PACIENTES CON ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES, PUESTO DE SALUD
PUYAYA JAÉN 2020**

La presente entrevista será anónima y la información recabada se utilizará solo con fines de investigación, por lo que se solicita veracidad en las respuestas.

EDAD:..... SEXO:

VIVE SOLO O ACOMPAÑADO:.....

RELIGIÓN.....

GRADO DE INSTRUCCION.....

OCUPACION:.....

TIENE CELULAR: SI () NO ()

RECIBE LLAMADAS DEL PERSONAL DE SALUD: SI () NO () A
VECES ()

TELEFONO FIJO:..... TELEFONO CELULAR:.....

AÑOS DE TRATAMIENTO:.....

OTRA ENFERMEDAD QUE PADECE.....

I. DATOS RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
TEST DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES
CRÓNICAS (Test - Cuestionario) (TEST DE MORISKY-GREEN -
MORISKY, GREEN – 1986)

Instrucción: Estimado usuario el siguiente cuestionario tiene como finalidad determinar si Ud. cumple con el tratamiento médico que se le indicó, por ello, solicito que marque la respuesta con la cual se encuentre identificado.

Si: 1 No: 0

Nº	ITEMS	SI	NO
1	Frecuentemente ¿ usted se ha olvidado de tomar sus medicamentos	1	0
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	0	1
3	Cuando usted se siente mejor, ¿ algunas veces ha dejado de tomar sus medicamentos	1	0
4	Si usted se siente mal al tomar sus medicamentos, ¿ alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos	1	0

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.