

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN**  
**DEL TÍTULO DE:**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y**  
**FACTORES INFLUYENTES EN PACIENTES HIPERTENSOS,**  
**COMUNIDAD EL RECUERDO, AÑO 2018”**

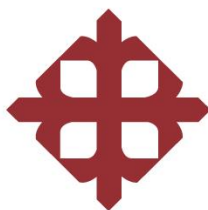
**AUTOR:**

**MD. KATERINA SAMANTHA GUEVARA ARISTEGA**

**DIRECTOR:**

**DR. LUIS ROBERTO MEDEROS MESA**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**  
**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el/la Dr.(a) Katerina Samantha Guevara Aristega*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

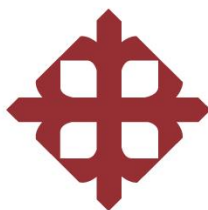
---

Dr. Luis Roberto Mederos Mesa

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

*Yo, Katerina Samantha Guevara Aristega*

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “*Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad El Recuerdo, año 2018* ” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Katerina Samantha Guevara Aristega



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

*Yo, Katerina Samantha Guevara Aristega*

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad El Recuerdo, 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Katerina Samantha Guevara Aristega

## ***1. Agradecimiento***

A mi familia, y tutores por impulsar mis proyectos y motivarme a un constante crecimiento personal y laboral, que amplíe mi labor en las artes médicas y repercuta en pro de la sociedad y la Patria.

## **2. Dedicatoria**

A las familias de la Comunidad “El Recuerdo” del Cantón Daule, quienes dieron acogida al desarrollo de las actividades de posgrado durante tres años y brindaron su participación desinteresadamente, siempre prestos a contribuir con la labor del Médico de Familia.

### 3. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA .....	VII
3 INDICE DE CONTENIDOS.....	X
4 INDICE DE TABLAS .....	XI
5 INDICE DE ANEXOS .....	XII
6 RESUMEN .....	XIII
7 ABSTRACTO .....	XIV
8 INTRODUCCIÓN .....	2
9 EL PROBLEMA.....	5
9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento.....	5
9.2 Formulación.....	7
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	8
10.1 General.....	8
10.2 Específico.....	8
11 MARCO TEÓRICO.....	9
11.1 Conceptualización de adherencia.....	14
11.2 Factores relacionados con la adherencia terapéutica.....	16
11.3 La evaluación de la adherencia terapéutica.....	25
11.4 Conceptualización de Hipertensión arterial.....	29
11.5 Clasificación de la Hipertensión arterial.....	32
11.6 El tratamiento farmacológico.....	33
11.7 Estrategias no farmacológicas.....	37
11.8 Relación médico paciente.....	41
11.9 Epidemiología.....	42
11.10 Bases Legales.....	46
12 FORMULACION DE LA HIPOTESIS.....	48
13 MÉTODOS.....	49
13.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	49
13.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	49
13.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	49
13.2.3 Técnicas de recolección de información.....	54
13.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	55
13.3 VARIABLES.....	56
13.3.1 Operacionalización de variables.....	56
14 PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	58
15 CONCLUSIONES.....	75
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	76

#### 4. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. COMUNIDAD EL RECUERDO. AÑO 2018.....	58
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN ADHERENCIA TERAPEUTICA Y SEXO AÑO 2018.....	61
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN SEXO. COMUNIDAD EL RECUERDO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	62
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN COMUNIDAD EL RECUERDO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	63
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y OCUPACIÓN. COMUNIDAD EL RECUERDO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	64
TABLA 6: DISTRIBUCION DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN ADHERENCIA TERAPEUTICA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. COMUNIDAD EL RECUERDO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE AÑO 2018.....	65
TABLA 7: RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA. COMUNIDAD EL RECUERDO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	66
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y APOYO FAMILIAR. COMUNIDAD “EL RECUERDO”. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	67
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. COMUNIDAD “EL RECUERDO”. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	68
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL NIVEL DE ADHERENCIA Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. COMUNIDAD “EL RECUERDO”. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	70
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SU NIVEL DE ADHERENCIA Y DISPONIBILIDAD DEL FÁRMACO COMUNIDAD “EL RECUERDO”. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	71



TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS. COMUNIDAD “EL RECUERDO”. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	73
---	----

## **5. ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	63
ANEXO 2: CUESTIONARIO DE MARTÍN BAYARRE GRAU.....	64
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE RELACION MEDICO-PACIENTE.....	66
ANEXO 4: ENCUESTA ESTRUCTURADA.....	67

## 6. Resumen

**Antecedentes:** La falta de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial representa un problema de salud pública, encareciendo los costos en servicios de salud y disminuyendo la calidad de vida. En Ecuador varios estudios coinciden en que prima dentro de la población la falta de adherencia al tratamiento influida por diversos factores biopsicosociales y clínicos. **Materiales y Métodos:** estudio relacional, prospectivo, de corte transversal, que incluyó 103 pacientes de la Comunidad “El Recuerdo” cantón Daule, mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial y tratamiento de más de un año. La información se obtuvo a través de encuesta confeccionada por la autora, el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau y, el Cuestionario de Relación Médico Paciente, se usó la prueba de H Kruskal Wallis para determinar la asociación entre variables. **Resultados:** las características sociodemográficas que predomina son el sexo femenino con 56,4%, en edades de 50-59 años, de ocupación independiente, con nivel de instrucción primaria y bachiller, demostró adherencia parcial a las indicaciones médicas entre los factores sociales que influyen negativamente se encontró la falta de conocimiento en el 72%, y la pobreza. **Conclusiones:** La población presenta bajos niveles de adherencia al tratamiento de Hipertensión, el factor más asociado a esto es la falta de conocimiento.

PALABRAS CLAVE: ADHERENCIA TERAPÉUTICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES INFLUYENTES.

## 7. Abstract

**Background:** The lack of therapeutic adherence in patients with chronic diseases such as hypertension represents a public health problem, increasing costs in health services and decreasing the quality of life. In Ecuador, several studies agree that the lack of adherence to treatment is influenced by various biopsychosocial and clinical factors within the population. **Materials and Methods:** a relational, prospective, cross-sectional study that included 103 patients from the "El Recuerdo" community in the Daule canton, over 18 years of age with a diagnosis of hypertension and treatment of more than one year. The information was obtained through a survey made by the author, the Martin-Bayarre-Grau questionnaire and, the Patient Medical Relationship Questionnaire, the H Kruskal Wallis test was used to determine the association between variables. **Results:** the sociodemographic characteristics that predominate are the female sex with 56.4%, in ages of 50-59 years, of independent occupation, with primary and bachelor level of education, demonstrated partial adherence to the medical indications among the social factors that influence negatively, the lack of knowledge was found in 72%, and poverty. **Conclusions:** The population has low levels of adherence to treatment of hypertension, the factor most associated with this is the lack of knowledge

KEYWORDS: THERAPEUTIC ADHERENCE, ARTERIAL HYPERTENSION, INFLUENTIAL FACTORS.

## 8. INTRODUCCIÓN

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes anuales. Entre ellas la hipertensión arterial, cuyas complicaciones causan 9,4 millones de muertes cada año. De las cuales el 45% corresponden a cardiopatías, especialmente isquémica y el 51% por accidente cerebrovascular; según datos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe general sobre hipertensión del año 2013. (1) Los esfuerzos mundiales para resolver el desafío que plantean las enfermedades no transmisibles han cobrado impulso a partir de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles del 2011. Y la elaboración de un Plan de Acción Mundial 2013-2020 a cargo de la OMS con el fin de definir las acciones que serán ejecutadas por los países en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Los Estados Miembros de la OMS deberán seguir los progresos en materia de prevención y control de estas enfermedades y sus principales factores de riesgo, teniendo como objetivo reducir cuantiosamente el número de personas hipertensas. Esto es posible bajo políticas de salud pública asequible, sostenible y eficaz; que fortalezcan todos los componentes del sistema de salud: gobernanza, financiación, información, recursos humanos, prestación de servicios y acceso a medicamentos genéricos de buena calidad y tecnología básica. Garantizando equitativamente a todas las personas el acceso a los servicios de prevención, curación y rehabilitación necesarios para prevenir la hipertensión y sus complicaciones. (1)

La hipertensión arterial (HTA) genera altos costos tanto en salud pública como a las familias e individuo debido a su tratamiento y complicaciones tales como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, ocasionando mortalidad y discapacidad prematuras. Este problema de salud

pública mundial afecta desproporcionadamente a las poblaciones de países con ingresos bajos y medianos, cuyos sistemas de salud son débiles. (1)

Un factor importante que prevendría dichas complicaciones, disminuyendo la incapacidad prematura es la adherencia terapéutica en fuerte dependencia del comportamiento humano. Definida como el grado en que una persona sigue un régimen alimentario, toma la medicación prescrita por su médico, y ejecuta cambios del modo de vida. Para ello es fundamental el compromiso del individuo con el cuidado y mantenimiento de su salud. Diversos estudios han determinado que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas define el éxito terapéutico aumentando la calidad de vida de las personas que padecen HTA. (2,3)

Por el contrario la falta de adherencia al tratamiento dificulta el control y favorece la progresión de la enfermedad, aumentando además el costo de la atención sanitaria. Estudios coinciden en que el principal factor es el incumplimiento. Entre otras como la demora en el diagnóstico, suspensión prematura del tratamiento, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, equivocación en el uso de un medicamento u otro, la ausencia a consulta e interconsultas. Y la no modificación de hábitos de vida necesarios para el mejoramiento. (3,4)

En países de ingresos bajos y medianos la hipertensión es más prevalente, ello se atribuye a que el número de habitantes de esos países es mayor que el de los países de ingresos elevados; y a causa de la debilidad de los sistemas de salud por lo que el número de personas hipertensas sin diagnóstico, tratamiento, ni control de la enfermedad aumentan la incidencia. (1) Similares resultados obtuvo el estudio Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE), un programa iniciado por el Prof. Salim Yusuf para evaluar la salud de más de 600 comunidades seleccionadas de 17 países con

diferentes condiciones socioeconómicas; entre países de altos, medianos y bajos ingresos, observando además las diferencias entre las comunidades rurales y urbanas. (5)

En América Latina y el Caribe el envejecimiento, la globalización y la urbanización han convertido a las enfermedades cardiovasculares en la principal causa de muerte y discapacidad, mientras que las enfermedades transmisibles han disminuido. Se considera a la globalización como una contribución especial a esta transición epidemiológica que comenzó en la segunda mitad del siglo XX cambiando patrones epidemiológicos de enfermedades predominantemente infectocontagiosas a una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. A nivel de Latinoamérica, la prevalencia de hipertensión arterial ajustada para la edad en la población adulta general en los diferentes países, varía entre el 26 al 42%. (6)

En Ecuador para el año 2011 hubo 4.381 muertes por enfermedades hipertensivas, con una tasa de 28,70 por cada cien mil personas. La Encuesta Nacional de Salud (Ensanut), en una investigación realizada por el Ministerio de Salud y el INEC presentada en diciembre del 2013, da cuenta de ello. Entre sus resultados concluyo además que “un tercio de la población mayor a 10 años (3'187.665) es prehipertensa y 717.529 personas de 18 a 59 años ya padece de hipertensión arterial”. (7)

En la comunidad de El Recuerdo, Cantón Daule, durante el proceso de dispensarización y realización del Análisis de la situación de Salud 2016, se evidencio a la HTA como la morbilidad con mayor prevalencia del sector desconociéndose los motivos que predisponen a su incidencia y prevalencia se realizó el presente estudio con el objetivo de describir los niveles de adherencia terapéutica e identificar los factores que influyen en la adherencia de los pacientes con hipertensión arterial pertenecientes a la comunidad de “El Recuerdo”. (8)

## **9. EL PROBLEMA**

### **9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

Existe un cambio epidemiológico importante en las principales causas de morbi-mortalidad en el Ecuador, de enfermedades transmisibles a enfermedades crónicas no transmisibles. (9) En el 2012 la prevalencia de HTA en Ecuador medida por la ENSANUT en la población de 18 a 59 años fue de 9,3%, de esto 7,5% afecta a la población femenina y 11,2% al sexo masculino. La prehipertensión arterial tiene una prevalencia de 37,2%, con valores de 27,1% en las mujeres y 48,0% en los hombres. La encuesta SABE II, realizada en 2010, mostró una prevalencia de HTA en adultos de 60 años y más del 44,4%. (10)

Sin embargo la tasa de mortalidad prematura por enfermedades hipertensivas presenta una reducción importante con un 32% menos al 2011. Registrando mayores tasas de mortalidad en las provincias de Guayas y Los Ríos, en la región de la Costa; seguidas por Tungurahua y Azuay, en la Sierra. (10)

Centenas de familias destinan una proporción considerable de sus ingresos para financiar hospitalizaciones, atención médica y tratamiento de las complicaciones por HTA incluyendo intervenciones sumamente costosas como: cirugía de revascularización miocárdica, y diálisis; que agotan los presupuestos gubernamentales e individuales, generando gastos catastróficos que conducen a la pobreza. Sumado a esto la pérdida de ingresos familiares por fallecimiento o discapacidad.

La incidencia de HTA va en aumento y la no adherencia al tratamiento se hace evidente, por lo cual es emergente realizar acciones para modificar estos parámetros desde la Atención Primaria en Salud. Pese a que la adherencia depende de factores propios del paciente, la tolerancia al fármaco y los



efectos adversos; es importante identificar las causas del incumplimiento a fin de mediar una estrategia para los pacientes afectados y encaminar acciones de salud de prevención y promoción.

En términos de morbilidad, 52,1% de las atenciones médicas brindadas en el consultorio de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Anidado de Daule, en el año 2017, correspondieron a atenciones subsecuentes y captación de pacientes con tensión arterial alta. (11) A pesar de dar amplia información sobre enfermedades crónicas no trasmisibles y las complicaciones que pueden ocasionar las mismas, se observa abandono de tratamiento en las personas diagnosticadas con HTA del sector. De ahí la importancia de medir la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos de más de un año de tratamiento en este sector.

Las enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas la Hipertensión Arterial han ocasionado la muerte e invalidez prematura de millones de personas a nivel mundial, aún en América Latina su prevalencia se refleja en un acreciente fenómeno que repercute en la calidad y esperanza de vida de las poblaciones de manera alarmante. Esta patología cuenta con múltiples estudios sobre los factores de riesgo que la propician, y guías de tratamiento con fuerte aval científico. Sin embargo el principal factor negativo que ensombrece el restablecimiento de la salud de quien la padece, está precisamente en la parcial o nula adherencia terapéutica de los pacientes. Que va más allá del mero cumplimiento en la toma de la medicación suministrada. La importancia de esta investigación está en identificar los factores que potencian la mala adherencia en una población adulta joven y adulta con alta incidencia y prevalencia de hipertensión arterial. Busca generar conciencia en la importancia de evaluar constantemente la adherencia de los pacientes al tratamiento indicado; teniendo en cuenta que los factores expuestos en el estudio influyen de manera diferente para cada sujeto en particular. Y lo imprescindible que resulta adherirse a un

tratamiento integral, que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas, con especial énfasis en la educación sanitaria; a más de adoptar y ejecutar estilos de vida saludables que propicien la buena adherencia y mejoren la calidad de vida de los pacientes.

En la Comunidad de El Recuerdo, Cantón Daule, la hipertensión arterial constituye la morbilidad más alta del sector con una tasa de incidencia de 11 por cada 100 habitantes, (8) con frecuencia se evidencia en la consulta de atención primaria cifras de tensión arterial que no cumplen las metas de control fijadas por la Joint National Committee (JNC-8). (11,12) Atribuyéndose este fenómeno a la falta de adherencia terapéutica. Por ende se propuso la autora un estudio para caracterizar la población de hipertensos y la proporción existente en los mismos de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de esta área de salud.

## **9.2 Formulación**

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica y qué factores influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial de la Comunidad El Recuerdo?

## **10. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **10.1 General**

Asociar los factores vinculados con los niveles de adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial en la Comunidad El Recuerdo del Cantón Daule. Julio 2017 – mayo 2018.

### **10.2 Específicos**

Caracterizar a la población hipertensa según variables sociodemográficas seleccionadas.

Determinar el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial.

Identificar los factores biopsico-sociales y clínicos en la población de estudio.

Determinar la posible asociación entre los factores biopsico-sociales y clínicos con los niveles de adherencia al tratamiento de la hipertensión.

## **11. MARCO TEÓRICO**

La hipertensión arterial es una patología crónica y a su vez el principal factor de riesgo cardiovascular y muerte cuando no se detecta y trata oportunamente. Es altamente prevalente en el mundo, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos, incrementando la carga económica y social con mayores costos sanitarios y bajos resultados en salud a causa de las comorbilidades asociadas y de las complicaciones crónicas que pueden afectar la sobrevida y calidad de vida del paciente. (1, 10) Las cifras altas de tensión arterial de manera sostenida representa mayor riesgo de eventos cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos, asociándose a comorbilidades como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardiaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica, infarto de miocardio, retinopatía, deterioro cognoscitivo, aterosclerosis periférica. (4, 5,10) Aun la moderada elevación de la presión arterial repercute en una disminución de la expectativa de vida. Cuando la presión arterial está marcadamente elevada (presión arterial media 50% o más por encima del promedio) la expectativa de vida se disminuye en 30 a 40%, a menos que la hipertensión sea tratada adecuadamente. (1)

El comienzo de la HTA depende de la interacción entre la predisposición genética, es decir el antecedente familiar, y factores ambientales como antecedentes alimentarios, psicosociales, cambios ponderales, dislipidemia, tabaquismo, la coexistencia con otras comorbilidades como Diabetes Mellitus, nefropatías, cardiopatías, niveles elevados de ácido úrico, preeclampsia, entre otros. (13,14)

Existe suficiente evidencia de estudios clínicos controlados, con asignación al

azar, que demuestran que el tratamiento con fármacos antihipertensivos reduce, significativamente, el riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso.

La falta de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas representa un verdadero problema de salud pública, pese a los avances para su detección, tratamiento y control, muchos pacientes hipertensos tienen dificultad para adherirse al tratamiento; considerando que una de las principales causas radica en la influencia de factores personales. En el mundo se estima que más de la mitad de los hipertensos no se encuentran en tratamiento, y de los pacientes que lo reciben, menos del 25% están controlados adecuadamente. De ahí la importancia de profundizar en conocimiento, manejo y prevención de la patología hipertensiva, desarrollando campañas y esquemas de salud encaminados a la detección temprana y mejoramiento del tratamiento a través de una adecuada adherencia que garantice el éxito terapéutico. (9)

En America Latina los estudios sobre adherencia terapéutica han ido aumentando en países como Cuba, y México donde se propone evaluar los niveles de adherencia terapéutica.

En Cuba se realizó un estudio en el año 2015 en tres provincias cubanas (3) cuyo objetivo fue evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en hipertensos desde el nivel primario de atención y describir el comportamiento de sus componentes en esas áreas. Aplicando a 351 pacientes el cuestionario MBG (Martín, Bayarre y Grau) para evaluar el nivel de adherencia y describir sus componentes: implicación personal, relación profesional-paciente y cumplimiento del tratamiento, a partir de los puntajes obtenidos en los ítems del cuestionario se clasificara los niveles de adherencia como parcialmente adheridos, adheridos y no adheridos. Dando como resultado el predominio de la adherencia total con aproximadamente el 50 %

de los casos, seguida de la parcial; la no adherencia obtuvo valores inferiores. Teniendo el componente implicación personal y el componente cumplimiento del tratamiento los resultados más relevantes. Pese a obtenerse valores de adherencia muy similares a los presentados en países de primer mundo, los autores de dicho estudio consideran que no cumple las expectativas esperadas. (3)

En la ciudad de Veracruz, México, en el año 2014 se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional con una muestra de 231 pacientes entre 30 a 50 años de edad con diagnóstico definido de hipertensión arterial que se encontraron recibiendo tratamiento antihipertensivo a quienes se determinó su grado de adherencia según el instrumento, validado, Martín Bayarre Grau cuyos resultados denotan persistencia de la enfermedad en el adulto de 49 años, a predominio del sexo masculino en el 61% de los casos. Este estudio obtuvo como resultados mayor grado de no adherencia terapéutica, especialmente en pacientes con nivel de instrucción secundaria. El incumplimiento de las medidas higieno-dietéticas se observó en el 72% de los pacientes. Por lo que solo el 1% mostró un grado de adherencia total, el 88% parcialmente adheridos y el 11% no se encuentran adheridos al tratamiento. Predominaron los adheridos parciales con respecto a los demás. Este estudio carece de información sobre la relación de los factores del prestador de asistencia sanitaria en la adherencia al tratamiento. (15)

En nuestro país, Ecuador, estudios como el realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2016, de tipo descriptivo, transversal; con una población de 151 pacientes atendidos en el centro de salud El Valle, con el objetivo de establecer la prevalencia de adherencia terapéutica farmacológica y describir los factores de riesgo en la población estudiada; a quienes aplicaron métodos indirectos como el conteo de la medicación (tomando como referencia que un porcentaje de consumo  $\geq 80\%$  se definieron adheridos y no adherencia un

porcentaje menor al señalado o en su defecto un porcentaje de consumo  $\leq 80\%$  con horarios irregulares para la toma del medicamento), y el Test de Batalla. Donde obtuvieron los siguientes resultados: una prevalencia sostenida en el sexo femenino con aproximadamente el 60% de los casos estudiados con edades menores de 73 años; con respecto a la edad se obtuvo que la edad entre 45 y 72 años se comportó como un factor de protección donde se obtuvo una adherencia global al tratamiento de 63.6%. Sin embargo los pacientes que no tienen pareja estable, con escolaridad primaria o menor, los que reciben régimen multidosis, polifarmacia, los que no disponen de tratamiento adecuado, presentan algún efecto adverso, tienen apoyo familiar insuficiente o no acuden al club de enfermos crónicos tienen un riesgo mayor de no adherirse al tratamiento. (16)

En contraste con otros estudios el de Chiluzza realizado en la parroquia San Andrés de la ciudad de Ambato en el año 2015, con un estudio de corte transversal; y el objetivo de determinar los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, utilizando una población de 110 pacientes hipertensos en el que también se encontró mayor afectación en el sexo femenino, las edades predominantes encontradas en el estudio fueron entre 50 a 59 años. Empleando el cuestionario de Martin Bayarre Grau se encontró que solo el 13,6% de la población estudiada se consideraron como adheridos totales, No adherentes 48,2%, y Poco adherentes el 38,2%. Concluyendo en que la falta de adherencia estuvo asociada a la baja educación, bajos conocimientos de la patología, el olvido por parte del paciente, la frecuencia en la toma de medicamentos y el número de medicamentos utilizados para el tratamiento. Obteniendo como factores protectores el nivel de satisfacción con la atención médica. (13)

Cañar en la ciudad de Ambato en el año 2016 realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal con 69 pacientes hipertensos mayores

de 35 hasta 85 años de edad. Con el objetivo de evaluar la adherencia y los factores que influyen en pacientes hipertensos del sector San Marcos, al caracterizar a los pacientes según su variable sociodemográfica se encontró que: la predilección por el sexo femenino fue mayor con un 66,7%; la enfermedad hipertensiva afectó al 25% - 35% de la población adulta, llegando a alcanzar por encima de los 65 años al 50% de la población y en mayores de 80 años a un 75%, es decir que las personas que padecen hipertensión arterial se encuentran preferencialmente en la categoría de adultos y en menor número los adultos mayores, y en su mayoría no presentaban antecedentes familiares pese a que en la literatura la historia familiar es clave. Esto se atribuyó a la práctica de estilos de vida no saludables

Evaluando el nivel de adherencia mediante cuestionario de Martin Bayarre Grau según variables conductuales de tipo personal, familiar y servicios de salud se encontró adherencia parcial en quienes realizan ocupaciones como jornaleros o aquellos trabajos con multiplicidad de roles. La instrucción básica y el analfabetismo continúan siendo factores predisponentes al déficit de adherencia, En conclusión el estudio reportó más casos de adherencia parcial. (18)

Similares resultados obtuvo a nivel hospitalario el estudio de Orellana y colaboradores; con una muestra de 516 pacientes mayores de 40 años hospitalizados en el servicio de clínica de los hospitales José Carrasco y Vicente Corral de la ciudad de Cuenca utilizando como método el Test de Morisky-Green-Levine para establecer la adherencia terapéutica; y el Instrumento de Bonilla y De Reales para determinar los factores relacionados a la terapia. Donde la prevalencia de hipertensión fue de 38.4%. A diferencia de estudios anteriormente señalados en este existió un predominio de hombres en relación a mujeres entre los paciente estudiados. Solo el 39.9% de los pacientes estudiados presento adherencia al tratamiento, mientras que



el 60,1% no presento adherencia, siendo el factor más importante para la no adherencia el relacionado al paciente como el olvido de la toma del medicamento, entre los factores socioeconómicos evidencio como principal causa los recursos financieros insuficientes para cumplir el tratamiento. Referente a los factores relacionados con el sistema y equipo de salud, los pacientes que tuvieron información y motivación por parte del personal sanitario fueron 2.42 veces más adherentes que aquellos que nunca o a veces fueron apoyados por el médico. En cuanto a la terapia quienes lograron cumplir los lineamientos farmacológicos y no farmacológicos evidenciaron mayor adherencia. (19)

### **11.1 Adherencia terapéutica**

Varios estudios han demostrado que la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es de aproximadamente el 50% en países desarrollados, lo que hace suponer que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica seria aún más deficiente en los países en desarrollo, debido a la escasez de recursos sanitarios e inequidad en el acceso a la atención de salud. La falta de atención adecuada para los procesos crónicos obliga a las familias pobres a sobrellevar una carga particularmente gravosa de cuidar a sus seres queridos, lo que mina el desarrollo de sus funciones más básicas. (2)

La OMS define como adherencia al tratamiento, al grado en que el comportamiento de una persona sigue un régimen alimentario, toma las preparaciones farmacéuticas prescritas, y ejecuta cambios en el modo de vida, según las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Diferenciándola del cumplimiento ya que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones (2)

La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones

de promoción, prevención secundaria y terciaria, así como la rehabilitación, reduciendo las complicaciones y discapacidad; mejorando la esperanza y calidad de vida de los pacientes.

Existen varios métodos para poder medir la adherencia, clasificándose en métodos directos e indirectos. Los directos se relacionan con la medición de las concentraciones séricas del fármaco o sus metabolitos, su determinación en orina o en cualquier otro fluido corporal; pero dichos métodos son más difíciles de utilizar en la práctica clínica por su complejidad y costo. Las entrevistas o cuestionarios y el recuento de la medicación, los registros de farmacia, la valoración del profesional sanitario, los dispositivos electrónicos son métodos indirectos muchas veces utilizados; por ser económicos y fáciles de usar pero son métodos subjetivos ya que la información se obtiene por fuentes como los pacientes o sus familiares y pueden ser alterados por los mismos. Otros métodos indirectos son el control de la dispensación, aunque este no detecta si el paciente tomo o no la medicación, y el evaluar los resultados de la terapia, lo cual toma mucho más tiempo para poder analizar si hubieron cambios en el estado de salud del paciente. (17, 20)

Así existen formas de medir la adherencia de manera cuantitativa y cualitativa (20)

Existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial, estudios han informado que entre el 24 y el 30 % de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza. Así menos del 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran

una presión arterial óptima que cumpla con las metas fijadas por la JNC-8, siendo la adherencia deficiente la principal causa, como consecuencia de la misma empeoran los resultados en salud e incrementan los costos sanitarios.

La adherencia terapéutica es influida simultáneamente por varios factores denominados “dimensiones”. (2) Siendo estos los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente.

## **11.2 Factores relacionados a la adherencia terapéutica**

### **A. Factores socioeconómicos**

La OMS incluye como factor con efecto considerable sobre la adherencia, el costo elevado de la medicación, en concordancia se ha descrito una mayor adherencia terapéutica cuando existe la disponibilidad económica para costear los medicamentos indicados por el médico. Similar condición favorece a quienes cuentan con un seguro de salud.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto desfavorable 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.

Las variables sociodemográficas: sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud arrojan resultados diversos en los estudios de adherencia, pero sin duda todos ellos son altamente influyentes pudiendo pasar de un

factor positivo, protector de la adherencia a convertirse en un factor importante que afecte la adherencia terapéutica. Comportándose de manera diferente para cada individuo en particular y aún dentro del mismo individuo con variaciones en el tiempo.

La edad: 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, haciendo uso del 60% de los costos relacionados con la medicación, aunque solo representen 12 a 18% del total de la población en estos países.

La prevalencia de deficiencias cognoscitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta su riesgo de adherencia deficiente. Las múltiples comorbilidades y los regímenes médicos complejos comprometen adicionalmente la adherencia terapéutica. Las alteraciones relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia.  
(2)

Como causas de la falta de adherencia se expone en primer lugar el costo elevado de los medicamentos y la atención sanitaria. Es por esto que se requiere de un sistema de salud fuertemente engranado con un financiamiento general y sostenible, precios asequibles y sistemas de distribución fiables.

Estudios han demostrado que la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica puesto que en más de un estudio se evidencia que el apoyo de los compañeros del paciente puede mejorar la adherencia y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los procesos

crónicos.

El apoyo social o informal proveniente de la comunidad afecta positivamente la adherencia de pacientes con enfermedades crónicas entre sus objetivos está promover el intercambio de experiencias que motiven hacer frente a la enfermedad y mantener el tratamiento. Proporcionar información médica integral y promover la responsabilidad de los pacientes sobre su propia atención, en Ecuador esta labor la lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública (MSP) mediante la atención primaria en salud donde se han organizado clubes de pacientes hipertensos con la participación activa de la comunidad y los líderes comunitarios, beneficiándose de las actividades de promoción en salud como charlas demostrativas, educativas que brindan información, a manera de herramientas, para el autocuidado y están dirigidas por personal de salud.

Llevado esto a la evidencia, se encontró que los pacientes no siempre pudieron costear los medicamentos no disponibles en la gratuidad del Ministerio de Salud Pública, o en las unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), por ende casi la mitad de los pacientes no estarían controlando adecuadamente su enfermedad debido a la falta de recursos para adquirir los fármacos. La accesibilidad a los medicamentos en nuestro medio gracias a la gratuidad de los mismos y el alto número de pacientes asegurados, es mayor en comparación con otros países; sin embargo, no es la óptima para garantizar por completo un adecuado control del paciente. (19)

Influye además la falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento; los cuales de manera conjunta

actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica (21)

Como factores protectores de la adherencia se encuentran las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales, priorizando aquellos pacientes con riesgo social alto y el estado de preparación de la familia bajo la orientación clara y sencilla del facultativo en salud. (21))

### **B. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria**

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención en salud. Está comprobado que una buena relación médico-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica; lo que incluye la capacidad del facultativo en salud de enseñar con palabras sencillas y motivar a los pacientes a conseguir la adherencia terapéutica. Estudios en Ecuador como los realizados en la ciudad de Ambato, con enfoque Médico Familiar (13,18) demuestran que la confianza en el tratamiento y en los profesionales de la salud, resultaron favorecedores de la adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria, que han demostrado ser determinantes de la adherencia de los pacientes (21)

En conclusión la adherencia es un tema multidimensional donde se reúnen los esfuerzos de diferentes actores de la atención sanitaria que requiere continuidad y dinamismo.

Los factores que ejercen un efecto negativo son: servicios de salud poco

desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, 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, el no evaluar la adherencia de sus pacientes.

La OMS da a conocer cinco barreras que deben ser superadas a fin de optimizar la adherencia de los pacientes con enfermedades crónicas y tratamientos a largo plazo. Estas son:

- La falta de concienciación y conocimiento acerca de la adherencia terapéutica
- la falta de herramientas clínicas que ayuden a los profesionales de la salud a evaluar e intervenir en los problemas de adherencia;
- la falta de herramientas comportamentales que ayuden a los pacientes a desarrollar comportamientos adaptativos saludables o para modificar los problemáticos
- las brechas en la prestación de atención para los procesos crónicos
- la comunicación subóptima entre los pacientes y profesionales de la salud

Sin embargo cada intervención debe estar orientada para cada paciente en

particular, según sus exigencias y necesidades.

Es sugestivo se cumplan los objetivos de estas intervenciones puesto que en varios estudios se ha considerado que las habilidades, o el mensaje impartido a los usuarios no fue transmitido eficazmente, o que en la práctica no se las adopto de forma generalizada. Se concluye entonces en la necesidad de adiestrar a los profesionales de la salud con información sobre adherencia terapéutica, las intervenciones y estrategias más efectivas que la impulsen y como medir y evaluar el progreso de sus pacientes, estrategias educativas que permitan a los pacientes crear y mantener hábitos saludables.

### **C. Factores relacionados con la enfermedad**

Estos se relacionan 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; determinando el grado de adherencia. 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. Comorbilidades como diabetes, el abuso de drogas y alcohol, la depresión son modificadores importantes del comportamiento de adherencia

### **D. Factores relacionados con el tratamiento**

Los 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. Los estudios convergen en que la barrera principal para la



adherencia terapéutica sería la frecuencia de la dosis y la incidencia de efectos colaterales.

Para la adherencia al tratamiento antihipertensor la farmacoterapia: monoterapia y menor frecuencia de cambios en los medicamentos, la tolerabilidad del medicamento, un régimen sencillo, y bajos efectos colaterales determinan el éxito terapéutico.

### **E. Factores relacionados con el paciente**

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente; influyendo positiva o negativamente en el nivel de adherencia terapéutica.

Entre los factores asociados a una adherencia deficiente se encuentran el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la 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 falta de efecto percibido del tratamiento; la desconfianza y bajas expectativas en la efectividad del tratamiento; el no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; inadecuada comprensión de las instrucciones del tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; la irregular asistencia a los controles médicos, la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Para que los pacientes enfrenten eficazmente las exigencias relacionadas con el tratamiento necesario por su enfermedad deben ser informadas, motivados

y capacitados en el uso de las estrategias cognoscitivas y comportamentales de autorregulación. (2, 20, 21)

Existen pruebas sustanciales de que la prevención de recaídas, crisis y complicaciones de la enfermedad ahorran costos institucionales, individuales, y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Actualmente existen varias herramientas o métodos para medir la adherencia, esto lleva al uso de una terminología confusa en el área de la adherencia, como la polémica descrita por el uso del valor referencial en 80% como punto de corte para distinguir la adherencia de la no adherencia. En la mayoría de los estudios, se ha considerado que la no adherencia ocurre cuando los pacientes no toman  $\geq 80\%$  de sus medicamentos antihipertensivos prescritos. Pero esto está sujeto a variaciones en el instrumento que se utilice para la medición.

La efectividad del tratamiento no farmacológico, como la reducción de la ingesta alimentaria de sal, la reducción de peso, la moderación de la ingesta de alcohol y la mayor actividad física para disminuir la presión arterial, sin lugar a duda ha sido demostrada por varios estudios.

Las investigaciones sobre adherencia al tratamiento y también acerca del cumplimiento de las indicaciones en hipertensión arterial ofrecen cifras poco alentadoras. La práctica de ejercicios físicos resultó la indicación con peor resultado. Se plantea que las cifras de incumplimiento alcanzan cerca del 40 % para el tratamiento farmacológico y entre el 60 y 90 % en las medidas higiénicas y dietéticas; se afirma que un tercio de los pacientes siempre toma la medicación, un tercio la toma a veces y un tercio nunca la toma (3)

El género influye en la adherencia terapéutica, las mujeres tienden a cumplir el tratamiento indicado, suelen estar más dispuestas a utilizar los servicios de

salud, a la búsqueda de ayuda profesional y además se muestran más sensibles a las señales internas de su cuerpo y comunican más acerca de la percepción de los mismos que los hombres. (18)

### **Factores que influyen en la adherencia terapéutica.**

<b>Factores</b>	<b>Aspectos a considerarse.</b>
Socioeconómicos. Sociodemográficos	Pobre estado socioeconómico; analfabetismo; desempleo; suministro de medicamentos limitado; costo elevado de la medicación. Edad.
Relacionados con el equipo de atención sanitaria	Falta de conocimiento y adiestramiento de los prestadores de asistencia sanitaria para controlar las enfermedades crónicas; relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente; falta de conocimiento, momento inadecuado para las consultas; falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño.
Relacionados con la enfermedad y tratamiento	Comprensión y percepciones acerca de la Hipertensión. Regímenes de tratamiento complejos; duración del tratamiento; baja tolerancia del medicamento, efectos adversos del tratamiento.  Monoterapia con regímenes sencillos de dosificación; dosis menos frecuentes; menos cambios en los medicamentos antihipertensores, clases más nuevas de medicamentos: antagonistas de la angiotensina II, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina,

	bloqueantes de los canales del calcio.
Relacionados con la red social y apoyo familiar.	Percepción del apoyo de familiares, amigos grupos de autoayuda, comunidad.
Relacionados con el paciente.	Conocimiento y habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; desconocimiento de los costos y los beneficios del tratamiento; no aceptación del monitoreo.  Percepción del riesgo para la salud relacionado.  Aspectos cognitivos, motivacionales, y volitivos.

Tomado de OMS Informe sobre adherencia en tratamientos a largo plazo, 2004.

### **11.3 La evaluación de la adherencia terapéutica.**

Existen varios métodos para poder medir la adherencia, clasificándose en métodos directos e indirectos. Los directos se relacionan con la medición de las concentraciones séricas del fármaco o sus metabolitos, su determinación en orina o en cualquier otro fluido corporal; pero son más difíciles de utilizar en la práctica clínica por su complejidad y costo. Las entrevistas o cuestionarios y el recuento de la medicación, los registros de farmacia, la valoración del profesional sanitario, los dispositivos electrónicos (en países

desarrollados como Europa) son métodos indirectos frecuentemente utilizados; estos son económicos y fáciles de usar pero son métodos subjetivos ya que la información se obtiene por fuentes como los pacientes o sus familiares y pueden ser alterados por los mismos. Otros métodos indirectos son el control de la dispensación, aunque este no detecta si el paciente tomo o no la medicación. Evaluar los resultados de la terapia, es otro método indirecto que toma mucho más tiempo para poder analizar si hubieron cambios en el estado de salud del paciente. (17, 20)

El método indirecto basado en el recuento de comprimidos, consiste en comparar el número de comprimidos que quedan en el envase teniendo en cuenta los prescritos y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento para obtener el porcentaje de cumplimiento; resulta un método útil y barato pero con amplio margen de error, se requiere la colaboración del paciente, mucho tiempo, se asume que el paciente no almacena medicación y que la dispensación se lleva a cabo en un único centro. Considerándose buen cumplidor entre el 80 y 110%, pero este método no es aplicable en nuestro medio de atención primaria. (13)

En países desarrollados se emplean los dispositivos electrónicos destinados a facilitar la monitorización de la adherencia, el sistema MEMS (medication event monitoring system), registra el momento en que el paciente abre el frasco de la medicación o un dispensador electrónico de medicación. Es el método más objetivo y fiable, siendo especialmente sensible para detectar la no adherencia y es el que se utiliza en investigación. Sin embargo, presenta algunas limitaciones: solo permite monitorizar un fármaco, requiere el reenvasado en un frasco especial, su coste es elevado, la apertura del envase no significa necesariamente toma de medicación y no está disponible en nuestro país.

La determinación plasmática es un método directo de medición de la adherencia que permite detectar o prevenir la toxicidad por fármaco y plantea importantes ventajas en la población con farmacocinética alterada (embarazo, disfunción hepática, entre otras). Sin embargo, se trata de un método caro, e invasivo, en el que los niveles pueden estar disminuidos por otras razones distintas a la no adherencia como en interacciones medicamentosas. Y aun no se estandarizada la recogida ni interpretación de los resultados. (20)

Los registros de dispensación son un método sencillo para monitorizar la adherencia, pudiendo utilizarse en nuestro medio. Con este recurso se trata de determinar los espacios de tiempo que el paciente ha estado sin medicación y mide la tasa de posesión de medicación por parte del usuario. Se requiere un intervalo de monitorización como mínimo de 6 meses. Con este recurso no se consiguen detectar los motivos del incumplimiento ni la adherencia cualitativa. (13)

Existen varios cuestionarios para medir adherencia terapéutica, pero no todos se encuentran validados o son apropiados para hipertensión arterial. Entre los que cumplen con este requisito se encuentra: el Test de Morisky-Green (variable dicotómica, cualitativa), el tipo dosis omitidas (cuantitativos) y el tipo mixto (información cualitativa y cuantitativa), pero está sujeto a memoria del paciente. No existe un “patrón de oro” para medir el comportamiento de adherencia terapéutica, y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias se hace referencia a demás a que ningún método de medición es exacto por lo que podrían combinarse varios de ellos.

Muchos estudios se centran únicamente en establecer la adherencia al tratamiento de manera unidimensional; es decir, la adherencia al tratamiento

se entendería como adherencia a la terapia farmacológica únicamente, por lo que limitaría el conocimiento de otros factores influyentes en la adherencia. Tal es el caso de Haynes quien define la adherencia como cumplimiento, “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Esta forma de percibir la adherencia deja al paciente en un lugar de pasividad, que reduce su función en el tratamiento a la de obedecer las prescripciones del profesional, y coloca en segundo plano la responsabilidad, iniciativa y capacidades que el paciente puede tener frente al desarrollo de su tratamiento; además, no contempla los aspectos subjetivos involucrados en la asunción de conductas de riesgo. (21)

Esta forma de concebir la adherencia puede implicar riesgos para el proceso del tratamiento, ya que tiende a ser unidimensional, es decir las personas son cumplidoras o no cumplidoras; está centrada en el profesional de la salud, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento; es reduccionista, solo tiene en cuenta la vinculación con el médico como figura de autoridad y no considera aspectos subjetivos como las motivaciones del paciente. (21)

La propuesta de Rodríguez-Marín es análoga a la concepción de Haynes, al definir adherencia terapéutica como “la medida en que la conducta de una persona coincide con el consejo médico. Incluye procesos específicos, como tomar medicamentos, y otros de carácter más general, como mantener prácticas saludables de estilo de vida” dejando atrás factores de carácter psicosocial propios del paciente. (21)

Otros autores como Flórez, proponen diferenciar el fenómeno de la adherencia en dos vías:

- Adherencia a tratamientos farmacológicos: grado en que el comportamiento de una persona, como tomar los medicamentos, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.
- Adherencia al tratamiento no farmacológico: grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de hábitos de vida (dejar el sedentarismo, dejar de beber o de fumar, entre otras.) (21)

Para el presente estudio se ha tomado como método el Cuestionario de Martin Bayarre Grau. Ampliamente utilizado, con facilidad de comprensión para el encuestado y validado en nuestro país. Su contenido evalúa las cinco dimensiones propuestas por la OMS como influyentes de la adherencia terapéutica.

#### **11.4 Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, de origen sistémico, y etiología multifactorial. Definida por la OMS como cifras de tensión arterial igual o mayor a 140mmHg en la presión sistólica, e iguales o superiores a 90mmHg en la diastólica; de forma permanente. Esta se asocia a daños importantes de órganos blanco como corazón, riñones, vasos sanguíneos, órganos de la visión y encéfalo. (1)

Se han identificado muchos factores que causan HTA como predisposición genética, hábitos alimenticios no saludables como el consumo excesivo de sal, la obesidad como factor de riesgo que está creciendo en forma desproporcionada, y afectando a la población indistintamente de la edad, el sedentarismo que afecta a la gran mayoría de personas, hábitos tóxicos como el alcoholismo que predispone a que se desarrolle una enfermedad crónica no



trasmisible (1, 13, 20,22).

Si se encuentra predisposición genética (antecedente familiar) de esta patología e interactúa con factores ambientales como hábitos personales no son saludables, antecedentes alimentarios, psicosociales, cambios ponderales (peso), dislipidemia, tabaquismo, Diabetes Mellitus, nefropatías, cardiopatías, niveles elevados de ácido úrico , preeclampsia, entre otros; la probabilidad de que estas personas desarrollen la enfermedad será mayor. La intervención eficaz del personal de salud con medidas de prevención es de vital importancia, a fin de concientizar sobre el beneficio de hábitos saludables, evitar alimentos procesados y poner atención en la cantidad de sodio que contiene cada alimento evitando consumirlo en exceso. De esta manera se contribuirá a disminuir los niveles de la presión arterial, beneficiando la calidad de vida de cada persona, y evitando las complicaciones que se presentan al no tener un adecuado control de esta. (1, 13, 20,23)

En la prevención influye la cultura de cada sociedad en la que se desarrollan, un nivel de educación superior facilitara comprender las indicaciones que prescriba el médico, pero si su educación es baja o nula se deberá encontrar otra forma de explicar las indicaciones para mejorar la recepción y cumplimiento de las mismas. (16, 18, 29, 23)

Clásicamente la hipertensión arterial se ha clasificado en HTA esencial o primaria que afecta a 90-95% de los casos. (1) Y la HTA secundaria con el 10% de los casos, que se caracteriza por estar asociada a otras patologías como enfermedad renovascular, enfermedad renal parenquimatosa, coartación aórtica, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma y uso de medicamentos como fenilpropanolamina, anticonceptivos orales y corticoides, entre otras. (1)

Reconociendo la necesidad de mejorar la prevención y el control de la hipertensión no solo en la Región de las Américas sino también en todo el mundo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con otros interesados directos, han puesto en marcha el Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Cuya meta es mejorar la prevención y la atención de las enfermedades cerebro vascular, usando la hipertensión arterial como punto de partida, mediante la elaboración y aplicación de un método para estandarizar la atención de la hipertensión y fortalecer los sistemas de salud a nivel de la atención primaria. El proyecto fue diseñado para ser factible y flexible a fin de que pueda ser aplicado en todo el mundo. Para lo cual la OMS ha propuesto dos modelos para su tratamiento y control a largo plazo: el modelo de atención para las personas con enfermedades crónicas (MAC) y una ampliación de este, el cuidado innovador para las condiciones crónicas (CICC) (22)

El MAC son sistemas integrales de atención de las enfermedades crónicas que forman parte de las redes integradas de prestación de servicios de salud. Están centrados en el paciente, basados en evidencia científica, con base poblacional que ha demostrado buenos resultados para mejorar la atención de los enfermos crónicos. Priorizando los servicios de atención de salud preventivos y terapéuticos, amentando la eficiencia de los servicios de atención primaria y especializada; promoviendo el autocuidado por parte del paciente y redefiniendo las funciones y responsabilidades de los médicos, el personal de enfermería y trabajadores comunitarios para aumentar la eficacia del tratamiento, reducir la incidencia de complicaciones y muertes evitables.

El modelo de CICC de la OMS tiene todos los elementos del MAC e incorpora algunos otros para tratar las ENT en entornos de escasos recursos: uso

eficiente de los recursos limitados en el ámbito de la atención de salud; mecanismos sostenibles de financiamiento de la salud; acceso a herramientas básicas de diagnóstico y a medicamentos esenciales; sistemas organizados de información médica y derivaciones; y una atención médica a largo plazo proactiva, centrada en el paciente, basada en la comunidad y sostenible. Para lo cual se plantea un tratamiento estandarizado de la hipertensión con base en guías clínicas actuales, juicio clínico y tolerancia del paciente. (22)

### **11.5 Clasificación de la Hipertensión arterial**

La clasificación para HTA propuesta por el VII Comité Nacional Conjunto para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial (JNTVII), propone una presión arterial definida como normal: aquella cifra menor o igual a 120/80 mmHg, una prehipertensión hasta 139/89 mmHg, hipertensión grado I con sistólica entre 140-159 mmHg y diastólica entre 90-99 mmHg, y la hipertensión grado II mayor a 160/100 mmHg. (14)

La pre hipertensión es un factor de riesgo que se debe identificar para evitar alto riesgo de desarrollar HTA, tanto los pacientes como médicos deben entender, la vulnerabilidad de tener riesgo de desarrollar una enfermedad, indica que se debe realizar actividades de promoción y prevención para evitar que se desarrolle determinada enfermedad. Por lo que es indispensable el control de la presión arterial en cada visita al médico o durante las visitas domiciliarias y se debe educar a los pacientes en alimentación saludable, la importancia del ejercicio en la vida diaria (14, 20).

El informe JNC-7 recomienda como metas de control, cifras de tensión arterial menores de 140/90mmHg para las personas que padecen hipertensión sin Diabetes. Y de menos de 130/80mmHg para las personas con hipertensión y diabetes ya que la asociación de estas patologías ha

demostrado acrecentar el riesgo de eventos cardiovasculares y de enfermedad renal terminal. Entre sus recomendaciones al personal de salud se añade la continua valoración y modificación de los estilos de vida adoptados por los pacientes; así como la identificación de otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes que pudieran afectar el tratamiento, se busquen otras causas de hipertensión y se considere su repercusión sobre órganos diana. (14)

Cabe recordar que “La confianza en el médico y la empatía mejorarán la motivación y satisfacción de los pacientes” (20). Por lo que es fundamental tener una adecuada relación médico paciente que esté encaminada a ser una adecuada guía para cumplir las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, que mejorarán la calidad de vida de cada persona que padece una enfermedad crónica no transmisible.

### **11.6 El tratamiento farmacológico**

Las recomendaciones de la Joint National Committee JNC 8 (11) incluyen:

Iniciar tratamiento farmacológico en pacientes mayores de 60 años si su tensión sistólica es mayor de 150 mmHg o la diastólica mayor de 90 mmHg. Además, si en este grupo se consiguen cifras de presión arterial sistólica menores de 140 mmHg y no se asocia a efectos adversos, el tratamiento no precisa ajustes.

Una meta simple de recordar es iniciar el tratamiento sujetos menores de 60 años de edad cuya presión arterial diastólica sea mayor o igual a 90mmHg; hasta cumplir con la meta indicada en menos de 90 mm Hg.

En la población general con 18 años de edad, pero menor de 60 años, se deberá indicar tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la

presión arterial sistólica que sea mayor o igual a 140 mm Hg, y trátelo hasta una meta de menos de 140 mm Hg. En especial adultos con diabetes.

Mas en pacientes con enfermedad renal crónica y con proteinuria (> 3 g/ 24 horas), se requiere una cifra meta más baja menos de 130mmHg en la tensión sistólica y menos de 80mmHg en la tensión diastólica.

El segundo grupo de recomendaciones corresponde a la elección del fármaco antihipertensivo. Se limitó la selección del fármaco antihipertensivo inicial a cuatro clases terapéuticas: los diuréticos tipo tiazidas, los bloqueadores de los canales de calcio, los inhibidores de la ECA y los antagonistas del receptor de angiotensina.

**Diuréticos Tiazidicos:** Como hidroclorotiazida, indapaida, clortalidona. Estudios incluidos para la elaboración de la guía JNC-8 encontraron efectos más favorables tras el inicio del tratamiento antihipertensivo con una tiazida en comparación con bloqueador de los canales de calcio (BCC) o Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA). En especial a pacientes de raza negra, aun si estuviere asociada la diabetes, pudiendo agregarse al tratamiento un BCC.

El estudio ACCOMPLISH encontró que su asociación con IECA es menos eficaz en la reducción de complicaciones CV, sin embargo ningún estudio ha demostrado superioridad significativa de un BCC sobre un diurético. (11,25)

**Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA):**

Entre estos fármacos se encuentran: captopril, enalapril, lisinopril.

Diversos estudios demuestran una eficacia superior de estos sobre los bloqueantes de los canales de calcio (BCC) para mejorar los resultados del fallo cardiaco.

Pese a que un aumento en la creatinina o en el potasio séricos asociado al uso de un IECA o un ARA no siempre requiere ajustar la medicación, su uso en los pacientes con enfermedad renal crónica requiere monitoreo de los electrolitos y de la creatinina, y en algunos casos reducción de la dosis o suspensión por razones de seguridad. (11,25)

**Antagonistas de los Receptores de Angiotensina (ARA):** Estos nunca deben combinarse con un IECA. Pertenecen a esta familia: losartan, valsartan, irbesartán.

Los resultados del estudio ONTARGET, en el que se realizó una comparación directa de los resultados obtenidos con el tratamiento con un IECA (ramipril) y un ARA-II (telmisartán) demostró que la eficacia del telmisartán no es estadísticamente inferior a la del ramipril en lo que se refiere a la incidencia de complicaciones cardíacas graves, ictus y mortalidad por todas las causas. Este estudio también demostró que era errónea la hipótesis de que la actividad de los receptores activadores de la proliferación peroxisomal (PPAR) del telmisartán hacía que este compuesto fuese más efectivo para la prevención o el retraso del desarrollo de DM: la incidencia de DM de nueva aparición no fue significativamente diferente entre telmisartán y ramipril en los resultados del estudio. (11,25)

**Betabloqueantes:**

Los fármacos más conocidos como el atenolol y metoprolol fueron desplazados en el tratamiento inicial de la hipertensión porque en un estudio el uso de un beta-bloqueador arrojó como resultado mayor tasa de por muerte por causas cardiovasculares, infarto de miocardio, y en especial por accidente vascular cerebral, en comparación con un ARA.

Un importante metanálisis realizado por Law et al mostró que el tratamiento con BB era: a) tan efectivo como las otras clases de fármacos antihipertensivos para la prevención de complicaciones coronarias, y b) muy efectivos para la prevención de complicaciones CV en pacientes con IAM reciente y pacientes con IC. La ligera inferioridad de los BB para la prevención del ictus se ha atribuido a su menor capacidad para reducir la PAS central y la presión de la onda de pulso. Parece ser que los BB: a) tienen más efectos secundarios y b) en cierto grado son menos eficaces que los bloqueadores del SRA y los AC en regresión o retraso de daño orgánico, como HVI, rigidez aórtica y remodelado de arterias pequeñas. Además, los BB tienden a aumentar el peso corporal facilitando la aparición de DM en pacientes propensos, particularmente cuando se combinan con diuréticos. Sin embargo estos efectos desfavorables no se encontraron en pacientes tratados con neivolol. (11,25)

**Bloqueador de los canales de calcio (BCC):** entre ellos amlodipino, diltiazem.

El manejo de los antihipertensivos se hará según las estrategias de la JNC-8. Donde además se hace referencia a las posibles combinaciones necesarias para alcanzar la meta de control. Esto dependerá de cada paciente en particular ajustado a sus necesidades y comorbilidades. (11)

El principal objetivo del tratamiento antihipertensivo es el mantenimiento de las cifras de tensión arterial según las metas expuestas. Si en el plazo de un mes no se alcanzan dichos objetivos, se recomienda aumentar la dosis del fármaco utilizado; o añadir uno nuevo si las cifras de tensión arterial inicialmente fueron mayores de 160/100 mmHg, correspondientes a la clasificación tipo II. En líneas generales, se recomienda no utilizar la asociación IECA/ARA II. Por último, de no alcanzar los objetivos si se añaden

un total de 3 fármacos, la recomendación es derivar a una unidad especializada en hipertensión arterial.

### Estrategias de tratamiento antihipertensivo JNC-8

Estrategia	Descripción
A	<p>Inicie con una droga (tiazida, BCC, IECA, ARA) y si no se alcanzó la meta con la droga inicial aumente la dosis hasta el máximo o hasta alcanzar la meta.</p> <p>Si la meta no se alcanza, agregue una segunda droga de una clase distinta a la inicial (tiazida, BCC, IECA, ARA) y aumente su dosis hasta alcanzar la meta</p> <p>Si la meta no se alcanza con 2 drogas, agregue una tercera de la lista y titule la dosis, evitando la combinación IECA y ARA</p>
B	<p>Inicie con una droga y agregue una segunda antes de alcanzar la dosis máxima de la primera. Luego titule ambas dosis hasta alcanzar la meta.</p> <p>Si la meta no se alcanza con 2 drogas, seleccione una tercera droga distinta (tiazida, BCC, IECA o ARA), evitando la combinación IECA y ARA</p> <p>Titule la tercera droga hasta alcanzar la meta</p>
C	<p>Inicie la terapia con 2 drogas simultáneamente, ya sea separadas o combinadas en una tableta. Algunos recomiendan iniciar con 2 drogas cuando PAS &gt; 160 mm Hg y/o PAD &gt; 100 mm Hg</p> <p>Si la meta no se alcanza con 2 drogas, seleccione una tercera droga distinta (tiazida, BCC, IECA o ARA), evitando la combinación IECA y ARA</p> <p>Titule la tercera droga hasta alcanzar la meta</p>

### 11.7 Estrategias no farmacológicas.

Está demostrado que la reducción en el consumo excesivo de sal, la práctica regular de una actividad física, la reducción ponderal, la disminución del consumo excesivo de alcohol, el consumo de frutas y verduras ricas en potasio y las dietas DASH (*dietary approaches to stop hypertension*) y mediterránea disminuyen el nivel de presión arterial. Sin embargo, la



combinación de varias medidas dietéticas parece no tener un efecto aditivo, en el que se sumarían los beneficios de cada una de ellas por separado, sino un efecto «infraaditivo». Esta observación justificaría una adaptación individual de las estrategias dietéticas en función del paciente. A pesar de su probada eficacia, el cumplimiento de estas medidas por parte de los pacientes constituye un verdadero desafío para la salud pública que requiere un seguimiento dietético así como una formación práctica de los profesionales sanitarios no especializados en nutrición. (24)

La nueva guía ESC-ESH 2013 sobre HTA incluye como estrategias de tratamiento dos subapartados: cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico.

En cuanto a los cambios en el estilo de vida se resalta que estos son la piedra angular para la prevención y base del manejo de la HTA, sin necesidad de retrasar el inicio del tratamiento farmacológico en pacientes con riesgo alto. Se incorporan algunas novedades sobre la dieta, entre las que destacan: la necesidad de políticas de salud pública para reducir la sal de los alimentos, con la participación de gobiernos, industria alimentaria y público en general, medida que en nuestro país se encuentra implementada a través del semáforo en las etiquetas de cada producto alimenticio para venta al público; los consejos sobre dieta mediterránea, con frutas y verduras a diario y pescado al menos dos veces por semana; datos sobre que la leche de soja parece que reduce la PA comparada con la leche de vaca desnatada, o que no hay evidencia definitiva para aconsejar o prohibir el café en los hipertensos. Se recalca la importancia de la abstinencia absoluta del tabaco, por su efecto vasoconstrictor. (25)

Ensayos clínicos han demostrado que los efectos de los cambios en el estilo de vida en la reducción de la PA pueden ser equivalentes al tratamiento con

un fármaco<sup>337</sup>, aunque el inconveniente más importante es el bajo nivel de adherencia a lo largo del tiempo. Retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Además contribuyen al control de otros factores de riesgo cardiovascular y otras entidades clínicas.

Las medidas recomendadas para el cambio en el estilo de vida con demostrada capacidad para reducir la PA son:

### **Restricción de la ingesta de sal:**

Los mecanismos que relacionan la ingesta de sal con el aumento de la PA, son el aumento de volumen extracelular y de la resistencia vascular periférica, debido en parte a la activación del sistema simpático<sup>343</sup>. En muchos países el consumo habitual de sal suele ser de 9-12 g/día, y se ha demostrado que la reducción del consumo a 5 g/día tiene un efecto reductor de la PAS moderado (1-2 mmHg) en individuos normotensos y algo más pronunciado en hipertensos (4-5 mmHg). Por ello se recomienda a la población general una ingesta diaria de 5-6 g de sal. El efecto de la restricción de sodio es mayor en personas de raza negra, personas mayores y en individuos con DM, síndrome metabólico o Enfermedad renal crónica. (25)

### **Otros cambios en la dieta**

El consumo de hortalizas, productos lácteos desnatados, fibra dietética y soluble, cereales integrales y proteínas de origen vegetal, con menos contenido en grasas saturadas y colesterol, fruta fresca. La dieta de tipo mediterráneo según una serie de estudios y metanálisis han evidenciado efecto cardioprotector. Se recomendará a los pacientes con HTA el consumo

de pescado al menos dos veces por semana y 300-400 g/día de frutas y verduras. La leche de soja parece reducir la tensión arterial.

La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) combinada con ejercicio y pérdida de peso dio mayores resultados en la reducción de la PA. En cuanto al consumo de café no hay suficiente evidencia a favor o en contra de su consumo.

### **Reducción de peso**

Estudios demuestran que la reducción media de PAS/PAD está asociada a una pérdida de peso de 5,1 kg fue de 4,4/3,6 mmHg<sup>363</sup>. Se recomienda disminución del peso corporal en pacientes obesos para control de los factores de riesgo. Manteniendo un peso corporal saludable, es decir un IMC alrededor de 25, y una adecuada circunferencia abdominal (< 102 cm los varones y < 88 cm las mujeres). La pérdida de peso también se puede promover mediante fármacos contra la obesidad, como el orlistat, y en mayor medida con la cirugía bariátrica, que al parecer disminuye el riesgo cardiovascular de pacientes muy obesos. (25)

### **Ejercicio físico regular**

Los estudios epidemiológicos demuestran que la actividad física aeróbica regular puede ser beneficiosa tanto para la prevención como para el tratamiento de la HTA, la reducción del riesgo y mortalidad. Se evidencia además que el entrenamiento de resistencia aeróbica reduce la PAS y la PAD en reposo 3,0/2,4 mmHg en la población general y 6,9/4,9 mmHg en participantes hipertensos. Se ha demostrado también que incluso la actividad física menos intensa y de menor duración se asocia con una reducción del 20% en la mortalidad. Por lo que se aconseja a los pacientes hipertensos que practiquen al menos 30 min de ejercicio físico aeróbico dinámico de

intensidad moderada (caminar, correr, montar en bicicleta o nadar) 5-7 días a la semana. (25)

Otras formas de ejercicio, como la resistencia isométrica (desarrollo de fuerza muscular sin movimiento) y la resistencia dinámica (desarrollo de fuerza muscular con movimiento), se han revisado recientemente. El ejercicio dinámico de resistencia consigue una significativa reducción de la PA; se recomienda practicarlos 2-3 días a la semana. No se recomiendan los ejercicios isométricos por falta de estudios. (25)

### **Dejar de fumar**

El tabaco es uno de los riesgos más importantes para la ECV aterosclerótica; puesto que eleva la presión arterial y la frecuencia cardiaca hasta 15 minutos después de fumar. Produciendo un cambio paralelo de las catecolaminas plasmáticas y la PA, además de alteración barorrefleja.

Varios estudios han puesto en alerta sobre los efectos nocivos para la salud de fumadores pasivos; por lo tanto, deberá aprovecharse cada consulta para constatar el estado del paciente con respecto al hábito tabáquico y ofertar orientación, consejos y motivación para dejar de fumar. (25)

### **11.8 Relación Médico-Paciente.**

Definida como el entendimiento mutuo entre el proveedor de salud y quien acude por sus servicios, pudiendo influir en la toma de decisiones así como en el tratamiento de una enfermedad. El paciente ha dejado de tener un papel pasivo, al convertirse en co-responsable de su salud. Un paciente satisfecho con su médico cumple mejor su tratamiento a largo plazo, acude a controles

posteriores y sigue los consejos de su médico. Las condiciones que determinan una relación médico-paciente exitosa se basan en la buena comunicación y la participación del paciente en las decisiones sobre su terapéutica. (29)

A fin de medir la apreciación de los pacientes en cuanto a su relación con el facultativo de salud se aplicó el Cuestionario de relación médico-paciente (CREM-P) (29) Según Holguín y Silva German, en la pobre adherencia influyen de manera significativa la comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias para lograr la satisfacción del paciente y realizar una supervisión adecuada. (Ver Anexo 3)

### **11.9 EPIDEMIOLOGIA**

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento.

El riesgo de ECV comienza a crecer a niveles de presión arterial de 115/75 mmHg y se duplica con cada incremento de 20/10 mmHg. Se estima que el 90% de los individuos que tienen presión arterial normal a los 55 años de edad desarrollarán hipertensión en algún momento en el curso de su vida. (14)

A pesar de existir un tratamiento eficaz, la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia,

debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensor, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran el control óptimo de la presión arterial.

La prevalencia de HTA en el Ecuador es de un 28-32%, o lo que es lo mismo uno de cada tres ecuatorianos es hipertenso, de los cuales el 23% se encuentra en tratamiento y solamente el 7,6% está controlado, por tanto, el objetivo de la terapia antihipertensiva en Salud Pública es la reducción de la morbimortalidad de esta patología, y evitar complicaciones a largo plazo.

En Ecuador para el año 2012 la prevalencia de HTA en la población de 18 a 59 años fue de 9,3%, 7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres. La prehipertensión arterial tiene una prevalencia de 37,2%, con valores de 27,1% en mujeres y 48,0% en hombres. Mientras que en adultos de 60 años y más corresponde al 44,4%. El estudio de ENSANUT, incluyó el análisis de la lectura de tensión arterial, el antecedente de hipertensión o hipertensión reportada, y el antecedente del uso de medicamentos en las últimas dos semanas. Dando como resultado que el 83% de las personas con prehipertensión arterial no conocían su condición de riesgo de hipertensión. El 57% de las personas con HTA en la medición no conocían su condición de hipertensos; lo que hace pensar en la importancia de formular políticas que favorezcan el acceso y la demanda de atención en salud. El 43% de las personas con HTA si conocían su condición de hipertensos, pero durante la toma de tensión arterial presentaron cifras tensionales altas, lo denota la falla en el control de su enfermedad. El 51,3 % de los hipertensos con cifras tensionales altas, afirmaron recibir tratamiento antihipertensivo en las dos últimas semanas antes a la encuesta. Por el contrario 48,7% de los que se declararon hipertensos y que al momento de la encuesta tienen cifras de tensión arterial altas, no tomaron tratamiento en las últimas dos semanas, situación que reflejaría el no acceso a medicamentos antihipertensivos o

problemas de adherencia a las medidas terapéuticas. (10)

El Ecuador cuenta con un Plan de acción regional para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (ENT) que responde a las estrategias planteadas por la OPS teniendo como meta reducir significativamente la mortalidad y la morbilidad, reduciendo al mínimo los factores de riesgo y estimulando los factores protectores. Esta estrategia contiene cuatro lineamientos: políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT, factores de riesgo y protectores con especial cuidado en niños, adolescentes y grupos de riesgo con medidas de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. La respuesta de los sistemas de Salud a las ENT.

El objetivo del tratamiento es la recuperación de la esperanza y calidad de vida de los pacientes hipertensos con la prevención de complicaciones y disminución de la mortalidad.

En la parroquia San Andrés de Ambato, Ecuador, en el año 2016 se realizó un estudio prospectivo, de tipo descriptivo, cuantitativo, sobre adherencia al tratamiento desde la perspectiva de la medicina familiar en pacientes con hipertensión arterial. En este estudio se pretendía conocer el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo y el apoyo familiar en los pacientes hipertensos. La población en estudio fueron 50 familias de la parroquia Santa Ana, que tenían familiares con hipertensión arterial. La edad mínima fue 52 años y la máxima 92 años, siendo el 72% mujeres y el 28% hombres, como se puede observar, estos datos no distan mucho de la epidemiología en común con otros países latinos. (11)

En el mismo año en el sector urbano de San Marcos del Cantón Ambato,

Ecuador, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con un universo de estudio de 69 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron al Centro de salud San Marcos en el periodo 2015-2016. (12) Pese a que ambos estudios se realizaron en la región sierra, la caracterización sociodemográfica influyó en variaciones en cuanto a sus resultados y factores que determinaron la adherencia terapéutica.

La presente investigación se realizó en la Comunidad de “El Recuerdo” perteneciente al cantón Daule, ubicado en la parte central de la provincia del Guayas, caracterizado por ser uno de los cantones más antiguos y de mayor producción agrícola de la región litoral. Que además posee una superficie generalmente plana y clima tropical, enriquecido de un sistema hídrico lo que propicia sus suelos para la agricultura. Siendo esta la principal matriz productiva del cantón seguida del comercio. Su población se caracteriza por una pirámide poblacional en etapa de transición con mayor predominio de adultos jóvenes en su población. Prima como nivel de instrucción máximo alcanzado el nivel primario y bachillerato. Se trata de una población netamente urbana; con una esperanza de vida calculada en 75 años según Proyecciones poblacionales del Ecuador, a partir del VII censo de población y VI de vivienda 2010. (10) Donde la HTA representa la morbilidad con mayor prevalencia del sector, manteniendo una incidencia de 11 por cada 100 habitantes. (5) Y al igual que en otras provincias del país la adherencia terapéutica deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas representa un verdadero problema de salud de alarmante magnitud.



## **11.10 MARCO LEGAL**

### **En la Constitución de la república del Ecuador:**

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (26)

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. (26)

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los

servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

## **Ley Orgánica de Salud**

Art. 6.-numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública  
“Ejercer la Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. (27)

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. (27)

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. (27)

## **12. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El bajo nivel socioeconómico, la mala relación médico paciente, la no disponibilidad del fármaco, la falta de apoyo familiar, el bajo conocimiento sobre la hipertensión arterial, los efectos adversos y la asociación a la Diabetes Mellitus tipo 2 influyen en el bajo nivel de adherencia terapéutica.

## **13. MÉTODOS**

### **13.1 Justificación de la elección del método**

Se realizó un estudio en la población correspondiente a la Comunidad de “El Recuerdo”, de la ciudad de Daule en el año 2018, de tipo relacional, (bivariado), observacional ya que no hubo intervención del investigador, prospectivo, porque los datos fueron obtenidos por el investigador, de una fuente de información primaria, de corte transversal dado que las mediciones se efectuaron en un solo momento, analítico porque interviene más de una variable.

### **13.2 Diseño de la investigación**

#### ***13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio***

La población de estudio corresponde a los pacientes hipertensos adultos de la Comunidad “El Recuerdo” del centro de salud anidado de Daule. Con una población de estudio de 103 pacientes, que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

Pacientes que acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado y, que estén recibiendo tratamiento antihipertensivo por al menos un año.

Criterio de exclusión: pacientes cuyo estado mental impida participar en la investigación.

#### ***13.2.2 Procedimiento de recolección de la información***

La investigación fue aprobada por el Comité de ética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, siempre se respetaron las normas éticas de la

Declaración de Helsinki, (28) previo a la recolección de datos los participantes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio de manera voluntaria y en forma escrita. (Ver anexo 3)

Se trata de un estudio relacional de corte transversal. Cuyo proceso de recolección de datos inicia a partir del mes julio hasta mayo del 2018, tras el proceso de dispensarización; la recolección de la información se realizó a través de fuentes primarias como las fichas familiares, para la selección de pacientes hipertensos en la comunidad de El Recuerdo, se utilizó el registro diario de atención a pacientes, la historia clínica individual, la observación y entrevista no estructurada.

A partir de los partes diarios del consultorio número cuatro de la Unidad Operativa Centro de Salud Anidado de Daule, se identificaron los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial; se elaboró un listado con los nombres, fecha de atención, dirección, número de teléfono y prescripción médica farmacológica, se obtuvo información de 103 pacientes que en lo posterior llevarían controles de su enfermedad en el consultorio de medicina Familiar, por parte de la autora.

El intercambio de información con los participantes del estudio requirió contar con los documentos necesarios, como encuestas y consentimiento informado, fijar un tiempo límite de duración, donde se intercambiara información con los pacientes sobre el estudio y el porqué de su realización, simultáneamente se completó la información necesaria para la investigación: datos generales (datos sociodemográficos), antecedentes patológicos personales y hábitos tóxicos, medición de la tensión arterial.

Para la recolección de la información del módulo relacionado con antecedentes patológicos personales y hábitos tóxicos además de la entrevista se utilizó como fuente primaria, las fichas familiares (de donde se obtuvo el grupo dispensarial del paciente hipertenso, grupo III). La información contenida en el módulo tensión arterial se obtuvo de la toma de tensión arterial utilizando la técnica recomendada por la Sociedad Internacional de

Hipertensión arterial (Anexo 2) con un equipo anerode calibrado y que cumplió con los requerimientos de las normas ANSI/AAMI/ISO 81060-1: 2007 (Anexo 3). La medición se efectuó en dos ocasiones mediando un tiempo de 30 minutos entre la primera y segunda toma de tensión arterial.

Para el presente trabajo se tomó en cuenta la clasificación para la hipertensión arterial propuesta por Séptimo Informe del Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure JNC-7, y las recomendaciones sugeridas en cuanto al tratamiento y metas de control esperadas para los pacientes hipertensos de la JNC-8; por su fácil aplicación en la práctica clínica, ya que está respaldada por un número importante de sociedades científicas.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se empleó el cuestionario de Martín Bayarre Grau de manera individual a cada participante en el estudio.

El cuestionario de Martin Bayarre Grau es un instrumento indirecto, de fácil aplicación. Validado en nuestro país; dicho cuestionario de autorreporte es corto, sencillo y con cómodas posibilidades de respuesta para el paciente. Por tales motivos se utilizó en esta investigación. (30)

Sin embargo, es susceptible de ser manipulado por el paciente tomando en cuenta su alto grado de participación y depende de su colaboración. Puede estar sujeto a una sobreestimación de la adherencia al tratamiento por parte del paciente con el fin de agradar al profesional de salud, así como a sesgos de memoria y de reporte, constituyen una forma no amenazante de investigar la adherencia.

El cuestionario está construido por 12 afirmaciones que constan de cinco ítems donde se da la opción de respuesta al paciente en una escala de Lickert cuyas respuestas y puntaje van desde: nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4), alcanzando un puntaje general de 48 puntos posibles de alcanzar.

Así el grado de adherencia se clasificará a partir de la estimación del puntaje

obtenido por cada paciente. Quienes obtengan valores de 48 a 38 puntos serán considerados como adheridos totales, adherencia parcial de 18 a 37 puntos y, como no adheridos quienes obtenga resultado menor de 17 puntos indicativo de no adherencia. (30)

Esta herramienta valora tres factores: el primer factor es el cumplimiento activo correspondiente a los ítems del 1 al 4, que aluden al cumplimiento de las principales indicaciones médicas como tomar los medicamentos en el horario establecido, efectuar las orientaciones acerca de la dieta, asistir a las consultas programadas y ejecutar estas medidas a través de la participación activa del paciente, de manera que perciba el cumplimiento sin la realización de grandes esfuerzos.

El segundo factor concerniente a la Autonomía del cumplimiento contiene 4 ítems (estos son: 5, 6, 8, 9 y 10) que hacen referencia a modos de actuación en los que el paciente asume el cumplimiento de su tratamiento, de modo independiente de la familia, en colaboración con el médico o utilizando recursos personales que garanticen el cumplimiento.

El tercer factor denominado Complejidad de la adhesión agrupa los 3 ítems restantes (a saber: 7, 11 y 12) que reflejan aspectos del proceso de adherencia que presentan cierta complejidad, referidas tanto a indicaciones médicas, ejemplo realizar los ejercicios físicos que forman parte del tratamiento, como lograr participar de manera conjunta con el médico en la decisión del tratamiento a seguir. (Anexo 2)

La variable relación médico paciente se recodificó con el programa estadístico SPSS versión 20, a partir de los valores finales de la escala CREMP, considerando la categoría nada apropiado clasificada como mala relación, algo y apropiado se clasificó como regular, y la categoría bastante apropiado y muy apropiado como buena relación médico paciente. La variable conocimiento en la pregunta síntomas de alarma se consideró correcta cuando se marcaron tres o más opciones, el conocimiento sobre las complicaciones de la hipertensión arterial se consideró correcto cuando se

marcaron dos o más opciones, e incorrecto cuando fueron menos. El conocimiento sobre la hipertensión arterial se consideró que existe cuando dos o tres de los ítems correspondientes se marcaban, y no conoce cuando era uno o ninguno.

Para su procesamiento se utilizaron los paquetes de programa estadístico SPSS versión 20. Las variables cualitativas se midieron mediante frecuencias absolutas y relativas, en tanto que para las variables cuantitativas se realizaron estimaciones puntuales.



### **13.2.3 Técnicas de recolección de información**

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

<b>Variable</b>	<b>Tipo de técnica</b>
Adherencia terapéutica	Encuesta
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Relación médico paciente	Encuesta
Conocimiento sobre signos de alarma	Encuesta
Conocimiento de las complicaciones	Encuesta
Nivel de conocimiento de la enfermedad	Encuesta
Apoyo familiar	Encuesta
Condición socioeconómica (Percápita familiar)	Encuesta
Acceso a los servicios de Salud	Encuesta
Disponibilidad del fármaco	Encuesta
Tipo de tratamiento farmacológico (número de clases de fármacos utilizados)	Encuesta
Frecuencia de administración del fármaco	Encuesta
Efectos Adversos	Encuesta
Asociación a la Diabetes Mellitus tipo 2	Encuesta

#### **13.2.4      *Técnicas de análisis estadístico***

Todas las variables en la encuesta se pasarán a una hoja de Excel, cada fila corresponde a una persona encuestada y en las columnas las variables con sus categorías y valores finales, que se codificarán para ser trasladados al programa estadístico SPSS versión 20 para procesar, analizar los datos y presentar los resultados en tablas y gráficos. Se utilizó la prueba de H Kruskal Wallis como prueba de hipótesis.

### 13.3 Variables

#### 13.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades categorías , o Valor final	Tipo /Escala
Adherencia terapéutica	Cuestionario Martin Bayarre Grau	Adheridos totales Adheridos parcial No adheridos	Categórica ordinal
Edad	Años cumplidos organizados por grupos decenales	30-39 40-49 50-59 60-69 70-80	Numérica discreta
Sexo	Características sexuales secundarias	Femenino Masculino	Categórica nominal dicotómica
Nivel de instrucción	Último nivel escolar aprobado	Analfabeto Primaria Bachiller Superior	Categórica ordinal politómica
Ocupación	Actividad laboral que desempeña clasificada por la ficha familiar	Ama de casa Trabajador independiente Trabajador en relación de dependencia No trabaja o jubilado	Categórica nominal politómica
Relación médico paciente	Cuestionario de relación médico paciente (CREM-P)	Buena Regular Mala	Categórica ordinal
Conocimiento de signos y síntomas de alarma	Cefalea Visión borrosa Mareo Epistaxis	Conoce No conoce	Categórica ordinal
Conocimiento de las complicaciones	Cardíacas Daño cerebral Daño renal Retinopatía	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica

Conocimiento sobre la enfermedad	Cronicidad de la enfermedad Control Factores de riesgo	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Apoyo familiar	Nunca A veces Siempre	Malo Regular Bueno	Categórica ordinal
Condición socioeconómica	Percápita familiar	Pobreza extrema Pobreza Condición óptima	Categórica ordinal
Acceso a los Servicios de salud	Recibe atención medica en su domicilio al menos tres veces al año	Si No	Categórica nominal dicotómica
Disponibilidad del fármaco	Posibilidad de acceder al fármaco	Si No	Categórica nominal dicotómica
Numero de clase de fármacos utilizados	Una sola clase de fármaco Más de una clase de fármaco	Monoterapia Terapia combinada (polifarmacia)	Categórica nominal dicotómica
Frecuencia de administración del fármaco	Número de veces que consume al día el o los fármacos	Una vez por día Más de 2 veces al día	Categórica ordinal
Efectos adversos	Reacciones adversas ocasionadas por el fármaco	Si No	Categórica nominal dicotómica
HTA asociada a DM2	Hipertensos que padecen diabetes tipo2	Si No	Categórica nominal dicotómica

#### 14. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La siguiente tabla representan el primer objetivo, caracterizar a la población hipertensa según variables sociodemográficas seleccionadas. Donde los resultados obtenidos fueron, la edad promedio de los pacientes incluidos en el estudio fue 50 a 59 años de edad. La edad mínima fue de 33 años y la máxima de 30 años. En cuanto al sexo se evidencio un predominio del sexo femenino con un 56,4%. Predominaron los de nivel de instrucción bachiller con 42 pacientes que corresponde al 40,8 % del total de la población en estudio. Cuyas ocupaciones se correspondieron en un 43,7% de trabajadores por cuenta propia seguido del grupo perteneciente a amas de casa con un 21,4%. El nivel de instrucción prioritario en la población estudiada correspondió a quienes habían completado su bachillerato, seguido del grupo con instrucción primaria, en un 40,8% y 37,9% respectivamente. En cuanto a la condición económica la población está caracterizada en un 70,0% en condiciones de pobreza.

Tabla 1: Distribución de pacientes según variables sociodemográficas. Comunidad El Recuerdo. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Variables sociodemográficas	N°	%
Edad (años)		
30-39	12	11,7%
40-49	27	26,2%
50-59	39	37,9%
60-69	21	20,3%
70-80	4	3,9%
Sexo		
Masculino	45	43,6%
Femenino	58	56,4%
Ocupación		
Ama de casa	22	21,4%
Trabajador independiente	45	43,7%
Trabajador en relación de dependencia	19	18,4%

No trabaja o jubilado	17	16,5%
Nivel de instrucción		
Analfabeto	10	9,7%
Primaria	39	37,9%
Bachiller	42	40,8%
Superior	12	11,6%
Condición socioeconómica (Percápita Familiar)		
Pobreza extrema	10	9,7%
Pobreza	72	70,0%
Condición optima	21	20,3%

Los resultados evidenciados en este grupo de estudio concuerdan con la prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta obtenida en Latinoamérica entre un 26 y un 42%, según resultados obtenidos por Rivera y Luna en su estudio “Trends and heterogeneity of cardiovascular disease and risk factors across Latin America and Caribbean countries” en el año 2014.

A su vez Ecuador en el año 2013 encontró una prevalencia de 28,7 por cada cien mil habitantes bajo diagnóstico de hipertensión arterial. Así también la prevalencia obtenida para hipertensión arterial fue de 11 por cada 100 habitantes en la población dauleña, según datos obtenidos del ASIS en el año 2017. Los resultados de este estudio confirman la tendencia de la población ecuatoriana a grupos etarios entre 18 y 59 años cuya prevalencia se obtuvo en 9,3% de la población, especialmente en el sexo femenino con 11,2%, según datos obtenidos por ESANUT en el año 2012.

A fin de dar salida al segundo objetivo de la investigación y determinar el nivel de adherencia de los pacientes con hipertensión arterial se ha utilizado las tablas 2 a 14. De un universo de 103 pacientes encuestados el 70.9% de ellos evidenciaron una adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo, demostrando mejor adherencia la población de sexo femenino con un 52.7%. Principalmente en los grupos etarios comprendidos entre 50 y 59 años. Las características sociodemográficas de los 103 pacientes entre hombres y

mujeres con predominio del sexo femenino en 58% incluidos en el estudio, son de edades comprendidas entre los 30 y 80 años, los cuales 14,6% resultaron adheridos totales, 65,0% parcialmente adheridos, y 20,4% no adheridos. El promedio de edad que favorece una adherencia parcial esta entre los 50 y 59 años de edad con 21,3%, paradójicamente este mismo grupo etario favorece la no adherencia en un 11%, mientras que entre los no adheridos se encontró un 5,8%. En cuanto al nivel de instrucción quienes han completado de bachillerato y primaria tienden a cumplir una adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo, en el grupo estudiado la ocupación estuvo mayormente representada por trabajadores por cuenta propia y amas de casa prevaleciendo en ambos la adherencia parcial, al igual que en la condición económica de pobreza.

Los resultados de este estudio en cuanto al nivel de adherencia, difieren de los encontrados por Chiluzza en la ciudad de Ambato año 2015, quienes encontraron que aproximadamente la mitad de los pacientes no estaban adheridos al tratamiento indicado; sin embargo, coincide con investigaciones realizadas en el ámbito internacional como en México, donde prima la adherencia parcial al tratamiento en un 88%, y con estudios como el de Cañar en la misma ciudad un año después que muestran los problemas existentes con nivel de adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo, principalmente en jornaleros y quienes desempeñan oficios con múltiples roles. A diferencia de países como Cuba con un sistema de salud fortalecido en la atención primaria en salud donde los autores Martín, Bayarre y colaboradores obtuvieron un nivel de adherencia terapéutica total en el 50% de los casos estudiados, acercándose a niveles de adherencia muy similares a los de países desarrollados.

Las tablas 2 a 12 dan salida al tercer y cuarto objetivo identificando los factores biopsico-sociales y clínicos relacionados con la adherencia y relacionarlos con los niveles de adherencia al tratamiento de la hipertensión

arterial.

Comparando el nivel de adherencia terapéutica con los factores biológicos seleccionados tenemos que la media de edad influyente para una mala adherencia terapéutica la presentaron los pacientes adultos maduros de 51 años. La adherencia total se obtuvo en los pacientes entre 50 y 59 años. Se observó que a edades más jóvenes como el grupo entre 30 y 39 años de edad decaen la adherencia al tratamiento en el 4,8% de los casos. (Tabla 2) El valor de P resultó en 0,012. Confirmando la hipótesis de que la edad afecta el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes con HTA.

Tabla 2: Distribución de pacientes hipertensos según adherencia terapéutica y edad población “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Factores biológicos	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad								
30-39	5	4,8	6	5,8	1	1,0	12	11,7
40-49	4	3,9	18	17,4	5	4,9	27	26,2
50-59	11	11	22	21,3	6	5,8	39	37,9
60-69	1	0,9	18	17,4	2	1,9	21	20,4
70-80	0	0,0	3	3	1	1,0	4	3,8
Total	21	65,0	67	14,6	15	20,4	103	100

En otros estudios como el de Ruíz Lávida la edad promedio se encontró en adultos de 49 años de edad. Para autores como Chiluzza en la ciudad de Ambato año 2015 y Orellana en la ciudad de Cuenca la mayor prevalencia de hipertensión arterial se encontró en adultos de 50 a 59 años no adheridos por diferentes factores en especial socioeconómicos: pobreza, y bajo nivel de instrucción y factores relacionados con el paciente como el olvido en la toma de medicamentos e incumplimiento de la dieta actividad física.

La media de edad para pacientes no adheridos fue de 51 años, en los parcialmente adheridos se encontró de 58 años y entre los adheridos totales



la media de edad fue de 55 años cumplidos.

Al igual que los reportes expresados por la OMS en el 2013 la prevalencia de hipertensión arterial es representativa dentro de la edad adulta pese a que cada año se suman más pacientes adultos jóvenes entre 30 y 40 años de edad pero a estas edades la adherencia al tratamiento es deficiente. Guardando estrecha relación a los factores relacionados con el paciente como la falta de conocimiento e inadecuado monitoreo de su enfermedad. A esto se añade factores relacionados con el tratamiento como los efectos adversos y los regímenes de tratamiento complejos.

El estudio realizado abordó una prevalencia de predominio por el sexo femenino en 56,4% de un total de 103 pacientes estudiados. En este grupo destacan los niveles de adherencia parcial y adheridos totales. (Tabla 3)

Tabla 3: Distribución del nivel de adherencia terapéutica según sexo. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Nivel de adherencia según sexo	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Masculino	13	12,6	27	26,2	5	4,8	45	43,7
Femenino	8	7,8	40	38,8	10	9,7	58	56,3
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

Para confirmación de hipótesis se obtuvo un valor RP: 17,43 confirmándose la hipótesis de que el sexo de los pacientes afecta los niveles de adherencia terapéutica. Esto en concordancia con estudios realizados en Cuba la mejor adherencia terapéutica y el cumplimiento de las indicaciones no farmacológicas, así como el monitoreo de la tensión arterial y control de su enfermedad se encuentra en el sexo femenino, lo que marca una sustanciosa diferencia ante el sexo masculino quienes presenta un nivel de adherencia parcial o no adheridos. Estos resultados se replican en numerosos estudios tanto en Ecuador como los realizados por Cañar, Orellana y Chiluiza en

diferentes ciudades de la región interandina, donde los porcentajes de adherencia parcial son prioritarios en el género femenino, elevándose a medida que aumentan en edad y mejoran su conocimiento e identificación de los signos de alarma de su enfermedad.

Relacionando el nivel de adherencia terapéutica con otros factores sociales como la instrucción tenemos que el 24,2 % de los pacientes adheridos parciales han completado un nivel de instrucción primaria y bachillerato; sin embargo el nivel de instrucción superior apenas se otorgó al 1,9% de la población con adherencia total. (Tabla 4)

Tabla 4: Distribución de pacientes hipertensos según nivel de adherencia terapéutica y nivel de instrucción. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Nivel de instrucción	Nivel de adherencia terapéutica							
	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeto	2	1,9	8	7,8	0	0,0	10	9,7
Primaria	8	7,8	25	24,2	6	5,8	39	37,9
Bachiller	10	9,7	25	24,2	7	6,8	42	40,8
Superior	1	1,0	9	8,7	2	1,9	12	11,6
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

Se obtuvo como resultado P: 15,49 lo que indicó que el nivel de instrucción influye en el bajo nivel de adherencia terapéutica. A nivel mundial informes como el de la OMS, estudios como el de Olatz, Patel y colaboradores, Piedrahita y colaboradores han identificado al analfabetismo y el bajo nivel de instrucción como factores de riesgo que favorecen o que estaría ligado a una mala adherencia terapéutica.

Al relacionar el nivel de adherencia terapéutica con otros factores como la ocupación tenemos que el 34,0% de los pacientes adheridos parciales

desempeñan su ocupación laboral por cuenta propia, como trabajadores independientes entre los que se encuentran jornaleros, comerciantes, transportistas, hombres y mujeres cuyas actividades actúan como factores protectores de la adherencia terapéutica al mejorar su accesibilidad a los medicamentos, sin embargo las amas de casa también evidenciaron un nivel de adherencia parcial, y esto podría resultar del beneficio al acceso a los servicios de salud con los que cuenta la población estudiada. (Tabla 5)

Tabla 5: Distribución de pacientes hipertensos según nivel de adherencia terapéutica y ocupación. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Nivel de adherencia terapéutica								
Variables sociodemográficas Ocupación	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	3	2,9	14	13,6	5	4,80	22	21,4
Trabajador independiente	8	7,8	35	34,0	2	1,90	45	43,7
Trabajador en relación de dependencia	5	4,9	9	8,7	5	4,80	19	18,4
No trabaja o jubilado	5	4,9	9	8,7	3	1,00	17	16,5
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

El valor obtenido de P fue de 31,73 rechazando la hipótesis nula y confirmando que la ocupación influye en el bajo nivel de adherencia terapéutica. En cuanto a los trabajadores en relación de dependencia estudios como los de Ruiz en México y Piedrahita en Colombia encontraron que quienes cumplían horarios de oficina, trabajan bajo presión, o jornadas extendidas, se asociaban a una mala adherencia terapéutica, esto principalmente por factores como el olvido, la inasistencia a los controles médicos periódicos y la baja percepción de la enfermedad. Así en México solo el incumplimiento de las medidas higieno-dietéticas represento el factor de riesgo más alto con 72% de los no adheridos representados por el 11% del total de la población estudiada.

Entre las variables sociales estudiadas se plantean como factores de riesgo la relación médico paciente, el grado de conocimiento y complicaciones de la enfermedad, el apoyo familiar, la condición socioeconómica, el acceso a los servicios de salud, la disponibilidad de la medicación, la frecuencia de administración del fármaco y sus efectos adversos, el apoyo familiar y la asociación con comorbilidad Diabetes Mellitus tipo2.

En cuanto a la relación médico paciente tenemos que el 67,9% de la población estudiada califica dicha relación como buena. Lo que corresponde al 16,5% de pacientes adheridos totales, y al 40,8% de los parcialmente adheridos al tratamiento antihipertensivo. (Tabla 6)

Tabla 6: Distribución de pacientes hipertensos según adherencia terapéutica y relación médico paciente. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Relación Médico Paciente	Nivel de adherencia terapéutica							
	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Buena	17	16,5	42	40,8	9	8,7	68	66,0
Regular	2	1,9	25	24,2	4	3,9	31	30,1
Mala	2	1,9	0	0,0	2	1,9	4	3,9
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

El valor de prueba estadística P: 0,56 lo que indico que la relación médico paciente no influyó en el bajo nivel de adherencia terapéutica. La relación médico paciente a diferencia de estudios realizados en países como Perú no reflejaron interferir negativamente en la adherencia pues se encontró más pacientes con una relación médico paciente considerada como buena. Este resultado se observó además en los realizados por los médicos de medicina familiar Cañar, Chiluiza, Martin en donde utilizando el mismo instrumento para medir la relación médico paciente (Cuestionario CREMP) se demostró que esta actúa como un factor protector ante la buena adherencia terapéutica.

También es conocido que por el contrario una mala relación médico paciente actúa como un factor negativo que favorece la no adherencia al tratamiento.

En cuanto al grado de conocimiento de la enfermedad, tenemos que el 70% de la población en estudio mantiene un conocimiento insuficiente de la enfermedad, sus complicaciones y signos de alarma. El 30% restante se categorizó con un conocimiento adecuado. Así también el 52,4% de los pacientes no adheridos tiene un conocimiento insuficiente. (Tablas: 7)

Tabla 7: Relación entre el grado de conocimiento y complicaciones de la Hipertensión arterial y el nivel de adherencia terapéutica. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Grado de conocimiento de la enfermedad	Nivel de adherencia terapéutica							
	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Conocimiento insuficiente	11	52.4	53	80.0	6	33.3	70	68,0
Conocimiento adecuado	10	47,6	14	20,0	9	60.0	33	32.0
Total	21	20,4	67	65,0	15	14.6	103	100

En cuanto al grado de conocimiento de la enfermedad el valor obtenido de P: 3,99 esto confirmó que el grado de conocimiento influye en el bajo nivel de adherencia terapéutica; este resultado coincide con un estudio desarrollado en Ciudad de la Habana, en el cual los encuestados no tenían establecido en sus creencias de salud, la percepción individual de riesgo, lo que dificultaba la adherencia al tratamiento, puesto que a menor percepción de vulnerabilidad personal menor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas preventivas. Varios autores llevaron a cabo un análisis de los factores implicados en la falta de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos y encontraron como variables relevantes la falta de síntomas y de amenaza percibida con respecto a la enfermedad. Sin embargo, pese a que

habiendo conocimiento de las complicaciones producidas por la enfermedad estos no se adhieren al tratamiento, lo cual pudiera estar relacionado con el hecho de que la mayoría no ha padecido ninguna de estas complicaciones. En Ecuador los estudios realizados por médicos familiares, Cañar y Chiluza encontraron resultados que concuerdan con esta teoría, el bajo grado de conocimiento ante la enfermedad es proporcional a la baja adherencia al tratamiento.

Con respecto a la relación entre el apoyo familiar y el nivel de adherencia terapéutica se obtuvo como resultado un 56,7% de este como factor protector que favorece la adherencia parcial al tratamiento, y entre los no adheridos el 47,6% de los encuestados. Tomando como referencia que un total de 59 de los 103 pacientes encuestados ha definido el apoyo familiar como de gran ayuda para el cumplimiento de su tratamiento. (Tabla 8)

Tabla 8: Distribucion de pacientes hipertensos según nivel de adherencia terapéutica y apoyo familiar. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Apoyo Familiar	Nivel de adherencia terapéutica							
	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Malo	3	14,3	5	7,4	1	6,6	9	8,7
Regular	8	38,0	24	35,8	3	20,0	35	34,0
Bueno	10	47,6	38	56,7	11	73,3	59	57,30
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

El valor de P obtenido fue de 2,5 esto indicó que el apoyo familiar no influyo en el bajo nivel de adherencia terapéutica. Discutiendo aspectos del apoyo familiar se observó que este actuó como factor protector para la adherencia parcial y total de los pacientes tal como lo expresado por otros investigadores como Aguiar en México, Cañar y Chiluza en región sierra del Ecuador. En los que se observó como el apoyo familiar podría actuar como un factor negativo

que predispone a la no adherencia en pacientes que no cuentan con el apoyo de sus familiares.

La condición socioeconómica predominante en la población se categorizó como pobre atendiendo al Percápita familiar, entre los cuales se alcanzaron niveles de adherencia parciales, mientras que quienes cuentan con una condición socioeconómica óptima presentaron niveles de adherencia totales, inversamente la minoría categorizada como pobreza extrema reflejó no estar adherida al tratamiento antihipertensivo. Para determinar el nivel socioeconómico se utilizó el Percápita familiar que en la población de estudio está representado primordialmente por la pobreza con un 81,8% de los pacientes parcialmente adheridos. Se obtuvo 73,3% de pacientes no adheridos al tratamiento antihipertensivo. Llamó la atención que entre los adheridos totales ninguno de ellos presentaba condiciones de pobreza extrema, por el contrario, los adheridos totales demostraron mejor adherencia ante una condición óptima. (Tabla 9)

Tabla 9: Distribución de pacientes hipertensos según nivel de adherencia terapéutica y condición socio—económica. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Nivel de adherencia terapéutica								
Condición socioeconómica	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pobreza extrema	6	5,8	4	3,8	0	0,0	10	9,7
Pobreza	11	10,7	55	53,4	7	6,8	73	70,9
Condición óptima	4	3,9	8	7,8	8	7,8	20	19,4
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

El valor obtenido de P: 0,85 lo cual indicó que en esta población la condición socioeconómica no influyó en el bajo nivel de adherencia terapéutica. Los

resultados obtenidos fueron congruentes con otros realizados en Ecuador, como en la ciudad de Cuenca por Orellana y colaboradores donde se evidenció no adherencia en 60,1% de la población estudiada encontrándose factor causal el factor socioeconómico bajo, seguido del olvido en la toma de medicación. La OMS en el año 2004, en su informe “Adherencia a los tratamientos a largo plazo” esclareció la fuerte asociación entre los niveles de pobreza con la mala adherencia terapéutica, gran parte de esto por la deficiente economía de las familias que deben cumplir regímenes terapéuticos complicados, o invertir grandes sumas de dinero en polifarmacia debido a comorbilidades.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, el 94,5% del total de la población estudiada afirmó tener acceso a los servicios prestados por el sistema de salud y recibir atención médica tres veces al año como visitas domiciliaria. De los cuales solo el 7,2% de los pacientes que no mantienen seguimiento en el centro de salud evidenciaron no adherirse al tratamiento. Marcando favorablemente la adherencia parcial y total de los pacientes estudiados. En conclusión el acceso a los servicios de salud similar a los estudios ya citados no represento una limitante para la adherencia de la población puesto que gran parte de la población frecuente y tiene acceso a los servicios de salud del ministerio de salud pública. (Tabla 10)



Tabla 10: Distribución de pacientes hipertensos según nivel de adherencia y acceso a los servicios de salud. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule. Julio año 2018.

Acceso a los servicios de salud	Nivel de adherencia terapéutica							
	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	19	90,4	61	91,0	15	100,0	95	92,20
No	2	9,5	6	9,0	0	0,0	8	7,80
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

El valor obtenido de P: 6,27 con lo que se confirmó que el acceso a los servicios de salud no influyo en el bajo nivel de adherencia terapéutica marcado para esta población. Según la OMS el acceso a los servicios de salud es un factor protector claro para la adherencia terapéutica, este factor incluido en los relacionados con el equipo de salud y asistencia sanitaria incluyen la buena relación médico paciente, el adiestramiento del personal de salud en el control de enfermedades crónicas, el tiempo adecuado para las consultas médicas, la motivación y seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas y la medición de su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico establecido individualmente para cada paciente.

La disponibilidad del fármaco se determinó según la posibilidad de la población de acceder al fármaco indicado por su médico en el tratamiento de la hipertensión arterial mediante encuesta elaborada por la autora de la investigación, donde se tomó en cuenta si el medicamento se encontraba disponible en la farmacia del centro de salud, y las posibilidades de adquirir el medicamento si no lo hubiera, a fin de cumplir el esquema terapéutico y la adherencia. Resultó que de 103 pacientes estudiados el 63,1% refirió tener disponible el fármaco, sea esto en centro de salud o adquiriéndolo por cuenta propia. Lo que arrojó una adherencia total del 13,6%. La no adherencia 11,7% pese a la disponibilidad del fármaco, y una adherencia parcial del 37,9% con

predominio de la disponibilidad del medicamento. (Tabla 11)

Tabla 11: Distribución de los pacientes hipertensos según nivel de adherencia terapéutica y disponibilidad del fármaco. Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Disponibilidad del fármaco	Nivel de adherencia terapéutica							
	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	12	11,7	39	37,9	14	13,6	65	63,10
No	9	8,7	28	27,1	1	1,0	38	36,90
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

El valor obtenido de P: 4,75 por lo que se concluyó en que el la disponibilidad del fármaco en la población estudiada no influyó en el bajo nivel de adherencia terapéutica. La OMS en su informe general sobre hipertensión en el mundo y adherencia a los tratamientos a largo plazo dejó claramente establecido que los países con sistemas de salud subdesarrollados y con economías deficientes generaban gastos exorbitantes en medicinas para su población, de ahí que no pudieran cubrirse las demandas al cien por ciento durante todo el año, y esto afecta gravemente la adherencia terapéutica de cualquier enfermedad crónica en especial en pacientes con economías de pobreza y pobreza extrema, donde sus escasos recursos económicos los exime de adquirir el fármaco para su tratamiento. En Ecuador, en la ciudad de Cuenca Orellana y colaboradores estudiando los factores relacionados con la adherencia terapéutica encontraron que el 60,1% de su población estudio no adherida al tratamiento y entre las principales causales estuvieron el olvido, y el factor socioeconómico. Aunque la adherencia en este estudio no se vio afectada por la disponibilidad del medicamento, predominando la adherencia parcial.

Los factores clínicos relacionados con la adherencia terapéutica que se analizaron en el presente estudio son el tipo de tratamiento farmacológico

que recibe el paciente, la frecuencia de administración de la medicación, los efectos adversos posibles ante la terapéutica y su asociación con la Diabetes Mellitus. Obteniéndose resultados del 58,3% en los pacientes que reciben tratamiento con un único fármaco de los que se encontró un 46,6% de adherencia parcial, demostró a su vez que la polifarmacia debilita la adherencia terapéutica con el 18% de los no adheridos y el 5,8 de los adheridos totales, y en este mismo grupo de parcialmente adheridos el 39,8% de los pacientes toman la medicación una vez por día. Lo que mejora la adherencia frente a quienes hacen uso de la medicación más de dos veces al día, 13,6% de la población no adherida. Se evidencio mejor adherencia para pacientes que reciben el fármaco una vez al día entre los adheridos parciales (39,8%) y adheridos totales (7,8%).

Entre los 103 pacientes encuestados el 73,8% de la población estudiada no presentó efectos secundarios con la medicación administrada que desmotiven su adherencia. De ellos solo 27 pacientes, es decir el 26,2%, presento efectos secundarios comunes y poco relevantes como tos ante el uso de enalapril por más de tres años, edema perimaleolar con el uso prolongado de amlodipino y exacerbación de la incontinencia urinaria con el uso de diuréticos, este último se reportó exclusivamente en pacientes masculinos adultos mayores.

La hipertensión arterial suele asociarse a otras patologías constituyendo comorbilidades que aumentan el riesgo de complicación y discapacidad temprana en la población afectada para este estudio se tomó en cuenta su asociación a la diabetes mellitus tipo 2 por la frecuencia de pacientes con ambas patologías que acudieron al consultorio de medicina familiar, y quienes recibían además tratamiento para Diabetes Mellitus tipo2. Lo que correspondió a casi la tercera parte de la población estudiada con el 26,2% estos datos se obtuvieron mediante encuesta estructurada por la autora. Su influencia ante la adherencia terapéutica fue del 50,5 % de los parcialmente adheridos quienes no padecían diabetes. (Tabla 12)

Tabla 12: Distribución pacientes hipertensos según adherencia terapéutica y factores clínicos de la población Comunidad “El Recuerdo”. Centro de salud anidado de Daule año 2018.

Factores clínicos	Nivel de adherencia terapéutica							
	No adheridos		Parcialmente adheridos		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tipo de tratamiento farmacológico								
Monoterapia	3	2,9	48	46,6	9	8,7	60	58,3
Terapia combinada(Polifarmacia)	18	17,5	19	18,4	6	5,8	43	41,7
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100
Frecuencia de administración								
Una vez por día	3	2,9	41	39,8	8	7,8	52	50,5
Dos veces por día	4	3,9	19	18,4	6	5,8	29	28,1
Más de dos veces al día	14	13,6	7	6,8	1	1,0	22	21,4
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100
Efectos secundarios								
Si	16	15,5	4	3,9	7	6,8	27	26,2
No	5	4,9	63	61,1	8	7,8	76	73,8
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100
Asociación de la hipertensión arterial con la Diabetes Mellitus 2								
Si	8	7,8	15	14,6	4	3,9	27	26,2
No	13	12,6	52	50,5	11	10,7	76	73,8
Total	21	20,4	67	65,0	15	14,6	103	100

Los valores de P obtenidos para los factores clínicos analizados:

En cuanto al tipo de tratamiento farmacológico se obtuvo una P: 4,75 lo que confirmo la hipótesis planteada el tipo de tratamiento farmacológico no influye en el bajo nivel de adherencia terapéutica.

Las variables clínicas analizadas tales como la monoterapia y la frecuencia de administración demostraron al igual que otros estudios una mejor adherencia en quienes reciben tratamiento más sencillo y monodosis, como lo expresado por Aguiar en México las terapias complejas, la polifarmacia, y

la asociación de la hipertensión con la Diabetes aumentan la no adherencia al tratamiento, generando discomfort y confusión en cuanto la toma del medicamento por los usuarios. En este estudio no se generaron datos importantes sobre los efectos adversos que pudieran surgir con la medicación, manteniendo incluso esta minoría una adherencia parcial al tratamiento establecido. No se registraron abandonos por tales efectos.

## 15. CONCLUSIONES

La prevalencia de hipertensión arterial encontrada fue mayor en el sexo femenino, con una edad promedio de 51 años, cuyo nivel de instrucción más representativo son el bachillerato e instrucción primaria completa. Quienes generan sus ingresos económicos como trabajadores independientes prioritariamente. Cabe recalcar que entre los resultados encontrados la población estudiada pertenece a una condición económica clasificada como pobreza atendiendo al per cápita familiar.

En esta investigación predominaron los pacientes con adherencia parcial al tratamiento, demostrando el sexo femenino mejor adherencia al tratamiento frente al sexo masculino, la edad favorecedora para la adherencia fue entre los 50 a 59 años. Los factores asociados a la falta de adherencia terapéutica fueron el conocimiento insuficiente sobre la enfermedad y sus complicaciones; entre los factores clínicos se encontró dificultades para la adherencia total relacionados con la frecuencia de administración del fármaco a más de dos veces al día, y un régimen terapéutico que requiera el uso de más de dos fármacos, polifarmacia, la condición socioeconómica limitante, pobreza, todos ellos actuaron como factores que desfavorecerían la buena adherencia terapéutica.

Mientras que otros como la buena relación médico paciente, el acceso a los servicios de salud, el apoyo familiar, actuaron como factores favorecedores de la adherencia terapéutica.

## **16. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial conlleva a un aumento del riesgo de complicaciones cerebrales, cardiovasculares, renales, oftálmicas y discapacidad prematura; con debilitamiento del sistema de salud, generando altos costos para solventar las necesidades de los pacientes. Por lo tanto la buena adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y no farmacológico es necesaria a fin de evitar riesgos y complicaciones futuras por la enfermedad, de ahí la necesidad de mejorar los niveles de adherencia terapéutica en la población. Aunque la adherencia terapéutica este muy ligada a factores dependientes de paciente, existen recursos que pueden usarse a favor actuando desde la atención primaria en salud en medidas de prevención, y promoción de la salud, motivando al paciente constantemente en el cumplimiento de las medidas indicadas, a realizar cambios en su modo de vida, y evaluando constantemente el nivel de adherencia que presenta cada individuo al tratamiento indicado.

Los resultados obtenidos en el estudio servirían de base para aplicar medidas de prevención, pudiendo dar paso al diseño de una estrategia educativa que tendrá mejores resultados por ser afín a la población donde ya se han identificado sus principales factores de riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio una crisis de salud pública mundial. 2013 revisado el: 10 octubre 2017
2. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Washington, D.C., 2004.
3. Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, et. Col. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41 (1): 33-45
4. Corugedo Rodríguez M, Martín Alfonso L, Bayarre Veá H. adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario “Manuel Fajardo” en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. *Rev Cubana Med Gen Integr* vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011
5. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al., PURE (Prospective UrbanRural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013; 310: 959-968 revisado el 21 nov. 2017 <http://www.qscience.com/doi/pdf/10.5339/gcsp.2014.52>
6. Rivera-Andrade A, Luna MA. Trends and heterogeneity of cardiovascular disease and risk factors across Latin America and Caribbean countries. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014; 57:276-285. Disponible en: <https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/trends-and-heterogeneity-of-cardiovascular-disease-and-risk-factors-iyxT7eINV1?key=elsevier>
7. OPS. Boletín informativo. Diabetes e hipertensión, dos males silenciosos que afectan la salud. *El universo*. Enero 21, 2014 visto el: 21 de nov 2017 [file:///C:/Users/katerina/Desktop/mi%20tesis/bibliografia/2.%20OPS\\_OMS%20Ecuador%20%20Enero%2021,%202014%20boletin%20informativo.html](file:///C:/Users/katerina/Desktop/mi%20tesis/bibliografia/2.%20OPS_OMS%20Ecuador%20%20Enero%2021,%202014%20boletin%20informativo.html)
8. Guevara Aristega K. Análisis de la situación en Salud, Comunidad “El Recuerdo” cantón Daule. 2016
9. INEC. Datos esenciales de la salud. Una mirada a la década 2000-2010
10. OPS/OMS. Revista informativa representación Ecuador. Edición N° 32 junio 2014
11. James P, et col. Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014 Enero; 01-14(152).
12. Guevara Aristega Katerina. Análisis de la situación en salud comunidad el recuerdo 2017.
13. Chiluzza Ramírez M. Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, parroquia San Andrés. Universidad técnica de Ambato. 2016



14. Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC7). *JAMA*. 2012.
15. Ruiz Lávida Teresa. Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz. México. 2014.
16. María Paz Arévalo Astudillo. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en pacientes con Hipertensión Arterial. [Online].; 2015 [cited 2016 Septiembre 28. Available from: [revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/download/60/59](http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/download/60/59).
17. Aguiar J, Alamo M, Montes E, Moreno G, Lujan G, Rodriguez A, Plasencia M. Adherencia terapéutica. *Infarma*. 2012; 4(3).
18. Cañar Jiménez Myriam. Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, sector ER05, San Marcos, 2016. *Ambato-ecuador* (2).
19. Orellana Cobos Danilo, Chacón Abril Lorena, Quizhpi Lazo Julia, Álvarez Serrano Marlene. Estudio transversal: prevalencia de Hipertensión arterial, falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados en pacientes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca. *Revista médica HJCA*. 2016.
20. Olatz I. La adherencia, nuevo paradigma en la relación farmacéutico-paciente. In IV jornada de excelencia en farmacia hospitalaria; 2014; Galdakao.
21. Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 163-174
22. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, Hennis A, Asma S, Angell S, for the Standardized Hypertension Treatment and Prevention Network. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2016;18(12):1284-1294
23. Piedrahita MCC, Chavarro Olarte , Cordova RD. Adhesión al tratamiento de la Hipertensión Arterial en dos municipios de Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2013 enero - junio; Volumen 18(No.1): p. 81-96.
24. Kaboréa J, Lelonga H, Agnolettia D, Safara M, Blacher J. Prescripción dietética en la hipertensión arteria. *Elsevier*. 2014 septiembre; 18(3): p. 1-7.
25. Giuseppe M, Fagard R, Narkiewicz K, Rendon J, Zanchetti A. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC/ESH 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Un informe del Grupo de trabajo del Coite de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de

- Cardiología. Revista Española de Cardiología. 2013 noviembre; 66(11): p. 842-847.
26. Salud PM. Constitución de la República del Ecuador., Ecuador Saludable base legal. [Online].; 2013 [cited 2015 Enero 26. Available from: <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>
  27. Ley Organica de Salud. Registro Oficial de Ecuador, N° 423, (22-12-2006). Disponible en: [https://vlex.ec/vid/ley-67-ley-organica-648443225?\\_ga=2.195472879.2124476531.1511824518-2126468416.1487576237](https://vlex.ec/vid/ley-67-ley-organica-648443225?_ga=2.195472879.2124476531.1511824518-2126468416.1487576237)
  28. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; c1947-2016 [actualizado 05 May 2015; citado 9 de Sep 2017]. [aprox. 7 pantallas] Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
  29. Montesinos Zuñiga J, Solíz Torres E. Grado de satisfacción en pacientes de consulta externa de la clinica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo. tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23651/1/TESIS.pdf>
  30. Martin Alfonso , Bayarre Veá H, Grau Ábalo J. Validación del cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) para evaluar adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Revista Cubana de Salud Pública. 2008 enero-marzo; 34(1).

## **Anexo 1. Consentimiento informado.**

Yo \_\_\_\_\_ con CI: \_\_\_\_\_, he recibido de la Dra. \_\_\_\_\_ la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en una encuesta a través de entrevista personal. En esta investigación se me realizará preguntas sobre los factores que influyen en mi adherencia al tratamiento antihipertensivo.

El médico responsable de mi participación es la Dra. Katerina Samantha Guevara Aristega; la investigación a realizarse es “Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad El Recuerdo, 2017.”

Declaro además conocer que toda información entregada a la autora está bajo estricta confidencialidad. No se compartirá mi identidad con personas ajenas a la misma, ni se me someterá a experimentación. Al mismo tiempo los resultados del estudio podrán ser expuestos y utilizada para fines científicos.

Por lo que mi participación en esta investigación es libre y voluntaria. Declaro haber leído la información proporcionada o en su defecto me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Doy mi consentimiento de participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Si deseo información al respecto podré contactarme con la Dra. Guevara en el consultorio N°1 del Centro de Salud Anidado de Daule o al celular 0998670143.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento:

SÍ\_ NO\_

## **Anexo 2: Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)**

Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

A).- Nombre: \_\_\_\_\_ Afiliación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Años de diagnosticada la enfermedad: \_\_\_\_\_

B).- De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. dieta sin sal o baja de sal \_\_\_\_\_
2. Consumir grasa no animal \_\_\_\_\_
3. Realizar ejercicio físico \_\_\_\_\_

Tiene Ud. indicado tratamiento con medicamentos

1. Si \_\_\_\_\_
2. No \_\_\_\_\_

C).- A continuación Ud. encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con Ud. y exprese exactamente lo que piense de cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular.

<b>Forma de selección</b>	<b>Siempre 4</b>	<b>Casi Siempre 3</b>	<b>A veces 2</b>	<b>Casi Nunca 1</b>	<b>Nunca 0</b>
---------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------	-------------------------	--------------------

<b>Afirmaciones</b>					
1. Toma los medicamentos en el horario establecido.	4	3	2	1	0
2. Se toma todas las dosis indicadas.	4	3	2	1	0
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	4	3	2	1	0
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas	4	3	2	1	0
5. Realiza los ejercicios físicos indicados.	4	3	2	1	0
6.- Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria	4	3	2	1	0
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.	4	3	2	1	0
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.	4	3	2	1	0
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.	4	3	2	1	0
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.	4	3	2	1	0
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento	4	3	2	1	0
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.	4	3	2	1	0

### Anexo 3: Cuestionario de Relación Médico-Paciente.

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: M\_\_\_ F\_\_\_

CONDICION SOCIOECONOMICA ASIGNADA PREVIAMENE EN LA CLINICA:

A\_\_\_ B\_\_\_ C\_\_\_ D\_\_\_ I\_\_\_

#### Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)

Por favor puntúe de 1 a 5 las siguientes preguntas, siendo el 5 la respuesta mejor valorada y el 1 la respuesta peor valorada

1. Mi médico me ayuda	1	2	3	4	5
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	1	2	3	4	5
3. Creo en mi médico	1	2	3	4	5
4. Mi médico me entiende	1	2	3	4	5
5. Mi médico se dedica a ayudarme	1	2	3	4	5
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	1	2	3	4	5
7. Puedo hablar con mi médico	1	2	3	4	5
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico	1	2	3	4	5
9. Siento a mi médico fácilmente accesible	1	2	3	4	5

Cada respuesta viene contestada en una escala tipo Likert con 5 categorías: 1 ("nada apropiado"), 2 ("algo apropiado"), 3 ("apropiado"), 4 ("bastante apropiado") y 5 ("muy apropiado").

Las respuestas se trataron como variables continuas y el resultado final se obtiene como la media de todas las respuestas.

#### **Anexo 4. Encuesta elaborada por la autora.**

Estimado paciente favor responder las siguientes preguntas de manera personal, no se preocupe si otras personas estarían de acuerdo con Ud y exprese su realidad en cada una de ellas.

1. En relación a la atención médica: responda las siguientes preguntas:

¿Recibe usted atención médica en su domicilio tres veces al año?	SI	NO
--	----	----

2. El o los medicamentos que Ud utiliza a diario para el control de su hipertensión:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
a. Siempre están disponibles en el centro de salud.					
b. No están disponibles siempre en el centro de salud, pero lo he comprado en la farmacia.					
c. Cuando no ha estado disponible en el centro de salud tampoco lo puedo comprar.					
d. Recibo los medicamentos para controlar la presión arterial en el centro de salud					

3. ¿Qué medicamento o medicamentos Ud utiliza para el control de su Hipertensión Arterial?

---

---

4. En la siguiente tabla favor escribir el medicamento que toma y marque en las opciones dadas según cuantas veces al día Ud debe tomar cada uno de ellos.

MEDICAMENTO QUE USA A DIARIO	Una vez por día	Dos veces por día	Más de dos veces al día

5. De los siguientes síntomas ¿cuáles cree Ud son signos de alarma de presión arterial alta y por los que debe acudir al hospital o centro de salud más cercano?
- Dolor de cabeza intenso
  - Visión borrosa
  - Mareo constante
  - Sangrado por la nariz
  - Todas las anteriores

6. ¿Reconoce usted algunos ejemplos de las complicaciones que puede presentar al mantener la tensión arterial alta?

	SI	NO
Cardíacas: infarto		
Daño cerebral: infarto o hemorragia cerebral		
Daño renal: insuficiencia renal		
Daño ocular: retinopatía		

7. Según sus conocimientos conteste con lo que usted considere verdadero.

	SI	NO
La hipertensión arterial es una enfermedad que se padece toda la vida con cualquier tipo de tratamiento.		
La hipertensión puede controlarse con dieta ejercicios y medicación.		
En la hipertensión solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso.		

8. Marque con una X según corresponda:
- \_\_\_ Entiendo las indicaciones médicas dadas verbalmente y por escrito
  - \_\_\_ No entiendo las indicaciones médicas.
  - \_\_\_ Entiendo poco las indicaciones médicas.



9. Considera Ud que el apoyo recibido por su familia, en situaciones como el cumplimiento de la dieta, la supervisión en la toma de sus medicamentos, y el acompañamiento a las consultas o en situaciones de emergencia son de gran ayuda para el cumplimiento de su tratamiento. (Marque solo una alternativa).

- a) \_\_\_ nunca.
- b) \_\_\_ a veces.
- c) \_\_\_ siempre.

10. Marque con X la respuesta que sea más afín a su realidad.

De no realizar el tratamiento o realizarlo parcialmente, esto debe a:

- a) \_\_\_ El tratamiento es complejo (más de un medicamento, varias veces en el día).
- b) \_\_\_ Con frecuencia faltan los medicamentos en la farmacia y/o no tengo suficiente dinero para pagar los medicamentos.
- d) \_\_\_ Dejo de utilizar los medicamentos por los efectos indeseables que me producen.
- e) \_\_\_ Considero que el tratamiento no resuelve mi problema de salud.
- f) \_\_\_ Se me olvida tomar el medicamento de la forma correcta.
- g) \_\_\_ Tomo el medicamento solo cuando tengo síntomas de presión arterial alta (dolor de cabeza, zumbido de oídos, dolor en el pecho, mareo, frialdad, sudoración)

11. ¿Presenta Ud. Algún efecto secundario o indeseable con la toma de los medicamentos antihipertensivos que le desanime o le impida a continuar el tratamiento?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12. ¿Padece Ud. Diabetes Mellitus tipo 2, además de hipertensión arterial?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

13. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? \$ \_\_\_\_\_

14. ¿Cuántas personas viven con Ud. En su domicilio? \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **GUEVARA ARISTEGA KATERINA SAMANTHA**, con C.C: # **092500590-2** autor/a del trabajo de titulación: **EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FACTORES INFLUYENTES EN PACIENTES HIPERTENSOS, COMUNIDAD EL RECUERDO, AÑO 2018** previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**) en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

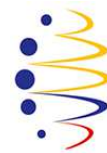
2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre de 2018

f. \_\_\_\_\_

Nombre: KATERINA SAMANTHA GUEVARA ARISTEGA

C.C: 092500590-2



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FACTORES INFLUYENTES EN PACIENTES HIPERTENSOS, COMUNIDAD EL RECUERDO, AÑO 2018.		
AUTOR(ES)	Katerina Samantha Guevara Aristega		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Luis Roberto Mederos Mesa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de graduados en ciencias de la salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en medicina familiar y comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	88
ÁREAS TEMÁTICAS:	Epidemiología, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Adherencia terapéutica, hipertensión arterial, factores influyentes.		
<p><b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> <b>Antecedentes:</b> La falta de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial representa un problema de salud pública, encareciendo los costos en servicios de salud y disminuyendo la calidad de vida. En Ecuador varios estudios coinciden en que prima dentro de la población la falta de adherencia al tratamiento influida por diversos factores biopsicosociales y clínicos. <b>Materiales y Métodos:</b> estudio relacional, prospectivo, de corte transversal, que incluyó 103 pacientes de la Comunidad “El Recuerdo” cantón Daule, mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial y tratamiento de más de un año. <b>Variables principales:</b> adherencia terapéutica, edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, acceso a los servicios de salud, apoyo familiar. <b>Resultados:</b> las características sociodemográficas que predomina son el sexo femenino con 56,4%, en edades de 50-59 años, de ocupación independiente, con nivel de instrucción primaria y bachiller, demostró adherencia parcial a las indicaciones médicas entre los factores sociales que influyen negativamente se encontró la falta de conocimiento en el 72%, y la pobreza. <b>Conclusiones:</b> La población presenta bajos niveles de adherencia al tratamiento de Hipertensión, el factor más asociado a esto es la falta de conocimiento.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0998670143	E-mail: katta_sammy@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-043804600		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			