



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE TRES CONSULTORIOS DEL  
CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018”.**

**AUTOR:**

**MD. GARDENIA DE LOURDES ESTRADA VILLEGAS**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**

**TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TUTOR:**

**DR. JOSÉ ISMAEL DRANGUET BOULY.**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE 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 *la Md. Gardenia De Lourdes Estrada Villegas*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 17 del mes de diciembre año 2018

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

DR. JOSÉ ISMAEL DRANGUET BOULY.

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Msc. Xavier Landívar Varas



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

**YO, *Gardenia De Lourdes Estrada Villegas.***

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación "*Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de tres consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. 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:

*Gardenia Estrada V.*

**MD. GARDENIA DE LOURDES ESTRADA VILLEGAS**



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

**AUTORIZACIÓN:**

***YO, Gardenia De Lourdes Estrada Villegas.***

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: "*Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de tres consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 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:

Md. Gardenia De Lourdes Estrada Villegas

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis Gardenia Estrada Villegas.docx (D45643593)  
Submitted: 12/12/2018 8:55:00 PM  
Submitted By: garloues@hotmail.com  
Significance: 1 %

### Sources included in the report:

TESIS A ENVIAR URKUND.docx (D19286383)  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10944/1/Adherencia%20Tratamiento%20HTA.%20Efrain%20Saltos%20V%20Tesis.pdf>  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/19209/1/TFG-M-M649.pdf>

### Instances where selected sources appear:

4

## **1. Agradecimiento**

En primer lugar le agradezco a Dios que es el ser supremo a quien le debemos la vida, a mi esposo Cristhian que ha sido un pilar importante y compañero en mi formación a mis hijos: Nohela, y Cristhian Andrés que durante estos tres años han sabido tener la paciencia para esperar por su madre, a mis padres y a cada persona que han formado parte fundamental para alcanzar esta meta con su apoyo de una u otra manera.

## **2. Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mis padres: Cruz y Alberto quienes me han apoyado incondicionalmente y asumieron su rol de padres y abuelos de mis hijos durante estos tres años.

A mi esposo Cristhian, quien me impulsó y motivó constantemente antes y durante este tiempo que ha sido el posgrado.

A las razones de mi vida, mis hijos, Nohela Gardenia y Cristhian Andrés, han sido los más sacrificados al tener una madre de fin de semana, les agradezco por su paciencia y amor incondicional.

Y a todos mis compañeros y tutores del posgrado, que han sido una segunda familia.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

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

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**

DIRECTOR DEL POSGRADO

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

**ARANDA CANOSA, SANNY**

COORDINADORA DOCENTE

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

**BATISTA PEREDA, YUBEL**

OPONENTE



 <small>UNIVERSIDAD DE PONCE</small> <small>UNIVERSITY OF PONCE</small>		 <small>Facultad de Ciencias de la Salud</small> <small>Faculty of Health Sciences</small>				
<b>SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD</b> <b>ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b> <b>II COHORTE</b> <b>TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN</b>						
TEMA:	"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE.					
ALUMNO:	GARDENIA DE LOURDES ESTRADA VILLEGAS					
FECHA:						
No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						
<b>Observaciones:</b>						
<b>Lo certifico,</b>						
DR. XAVIER LANDIVAR VARAS DIRECTOR DEL POSGRADO MFC TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN			DR. YUBEL BATISTA PEREDA Oponente TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN			
DR. SANNY ARANDA CANOSA COORDINADORA DOCENTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN						

## 5. Resumen

**Antecedentes:** La OMS indica que los países en desarrollo la no adherencia al tratamiento constituye un importante problema de Salud Pública “ubicándose como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos”, debido a la escasez de recursos y a la iniquidad en el acceso a la atención en salud. **Materiales y Métodos:** estudio observacional, analítico, transversal, y retrospectivo que incluyó 102 pacientes hipertensos mayores de 30 años, que pertenecen a los tres consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque, año 2018, la información fue tomada a través de una encuestas, historia clínica y ficha familiar. **Resultados:** Del total de 102 hipertensos predominaron los no adherentes con 51 (50%); De las variables estudiadas tuvieron asociación estadística el nivel de adherencia con el apoyo familiar dando una  $P=0,0009$ , con los controles médicos con una  $P=0,0$  y la disponibilidad del fármaco con una  $P=0,0$ . **Conclusiones:** existe predominio de la población de 50 a 59 años, el sexo masculino, los bachilleres, de estado civil casado, del percapita familiar el nivel pobreza, siendo más de la mitad de la población no adherentes al tratamiento, los factores que tienen asociación estadística son controles médicos, disponibilidad del tratamiento y el apoyo familiar.

**Palabras clave:** ADHERENCIA TERAPÉUTICA, FACTORES ASOCIADOS, HIPERTENSIÓN, CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN, ENFERMEDAD CRÓNICA.

## 6. Abstract

**Background:** The WHO indicates that developing countries lack of adherence to treatment is a major public health problem "being the third cause of potentially lost years of life", due to the scarcity of resources and iniquity in access to health care. **Materials and Methods:** observational, analytical, cross-sectional, and retrospective study that included 102 hypertensive patients over 30 years of age, who belong to the three clinics of the Enrique Ponce Luque health center, 2018, the information was taken through a survey, clinical history and family record. **Results:** Of the total of 102 hypertensive patients, the non-adherents were predominant with 51 (50%); Of the variables studied, the level of adherence with family support was statistically associated, giving a  $P = 0,0009$ , with medical controls with a  $P = 0,0$  and the availability of the drug with a  $P = 0,0$ . **Conclusions:** there is a predominance of the population from 50 to 59 years old, male sex, high school graduates, married marital status, family per capita level poverty, being more than half of the population not adherent to treatment, the factors that have statistical association are medical controls, availability of treatment and family support.

**Key words:** THERAPEUTIC ADHERENCE, ASSOCIATED FACTORS, HYPERTENSION, COMPLIANCE OF THE MEDICATION, CHRONIC

## 7. ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACION.....	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACION.....	IX
5 RESUMEN.....	X
6 ABSTRACT.....	XI
7 ÍNDICE GENERAL.....	XII
8 ÍNDICE DE TABLAS.....	XIII
9 ÍNDICE DE ANEXO.....	XIV
10 INTRODUCCIÓN.....	2
11 EL PROBLEMA.....	6
11.1 DEFINICIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO... ..	6
11.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
12 OBJETIVOS GENERAL y ESPECÍFICOS.....	8
12.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
12.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
13 MARCO TEÓRICO.....	9
13.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CLASIFICACIÓN.....	9
13.2 FISILOGIA DE LA HTA.....	11
13.3 FACTORES DE RIESGO DE LA HTA.....	12
13.4 TRATAMIENTO.....	14
13.5 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	24
13.6 FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA... ..	26
13.7 BASES LEGALES.....	30
14 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	32
15 MÉTODOS.....	33
15.1 JUSTIFICACION DE LA ELECCIÓN DEL METODO.....	33
15.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
15.2.1.CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	33
15.2.2 PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	33
15.2.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	35
15.2.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE ESTUDIO... ..	35
15.3 VARIABLES.....	37
15.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	37
16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
17 CONCLUSIÓN.....	51
18 VALORACION CRITICA.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53

## 8. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EDAD DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	38
TABLA N° 2 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	38
TABLA N° 3 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN ESTADO CIVIL DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	39
TABLA N° 4 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	40
TABLA N° 5 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICOS DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	40
TABLA N° 6 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN APOYO FAMILIAR DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	41
TABLA N° 7 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	41
TABLA N° 8 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN CONTROLES MÉDICOS DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	42
TABLA N° 9 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN DISPONIBILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	42
TABLA N° 10 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE QUE PERCIBEN DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	43
TABLA N° 11 PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN NIVEL DE ADHERENCIA DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	43
TABLA N° 12 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN A LA EDAD DE TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	44
TABLA N° 13 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN AL SEXO DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE AÑO 2018.....	45
TABLA N° 14 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN CON EL ESTADO CIVIL DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	45
TABLA N° 15 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	46

TABLA N° 16 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN CON EL PERCÁPITA FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	47
TABLA N° 17 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN AL APOYO FAMILIAR EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	47
TABLA N° 18 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	48
TABLA N° 19 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN A LOS CONTROLES MÉDICOS DE LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	48
TABLA N° 20 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN A LA DISPONIBILIDAD DEL FÁRMACO EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	49
TABLA N° 21 NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACIÓN A LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	50

## 9. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	64
ANEXO 2 CUESTIONARIO DE MARTIN BAYARRE.....	65
ANEXO 3 CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES EN ESTUDIO .....	67

## 10.INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye un significativo problema de salud pública y su prevalencia se acrecienta dramáticamente con los años. En nuestro país un elevado porcentaje de la población adulta padece de hipertensión arterial, con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) califico a la Hipertensión Arterial como enfermedad que mata en silencio, una dificultad de salud pública mundial en el cual hace énfasis que aproximadamente 9.4 millones de personas mueren en el mundo a causa de complicaciones y cada vez es más común entre países ricos y no ricos debido al cambio en el estilo de vida en la población. (1).

La OMS, refiere que las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los adultos de los países industrializados y países en vías de desarrollo (2,3).

Esta patología favorece la aparición de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, discapacidad prematuras, a la mortalidad, y perjudica desmedidamente a las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos, en los que los sistemas de salud son frágiles (4,5).

La Organización Mundial de la salud recalca la importancia de las enfermedades crónicas tales como la hipertensión, como inconveniente al logro de un buen estado de salud. Se debe adicionar, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, las estrategias incompletas de la atención primaria de la salud representan dificultades mayores para el logro del control de la presión arterial (6).

Por otro lado, que los pacientes se adhieran y acaten a las indicaciones médicas, psicológicas y conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea. La adherencia terapéutica es parte de la conducta humana, es la manera en que los individuos intervienen con el cuidado y mantenimiento de su salud. Se trata de una manifestación complicada, por diferentes



factores, lo que trae como resultado que se dificulte su abordaje en el campo teórico, práctico e investigativo.

Es por ello que al incumplirse las orientaciones médicas, los pacientes hipertensos comprometen su salud, pues ayudan a la progresión de la enfermedad, dificultan apreciar el verdadero efecto y valor de un tratamiento, e impiden la realización de un buen diagnóstico. Además, generan un incremento en el costo de la atención sanitaria, ya que utilizan de manera indiscriminada, servicios y recursos del sistema de salud.

La no adherencia al tratamiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Los problemas en la adherencia a los tratamientos, puede desarrollarse en diferentes tipos de conductas. Dentro de estas se destacan: conflictos para empezar, cesación precoz, cumplimiento incompleto de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de un medicamento u otro), la ausencia a consulta e interconsultas, la no modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento, y con una acentuada connotación, se destaca la práctica de la automedicación.

Es decir la hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo constituye actualmente un importante problema de Salud Pública, que afecta aproximadamente a un billón de personas, siendo la tercer causa de año de vida potencialmente perdidos. (6), de ahí la importancia que tiene la falta de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas ya que la OMS indica que en los países desarrollados es del 50% y se espera que sea menor en países en desarrollo, debido a la escasez de recursos y a la iniquidad en el acceso a la atención en salud(7,8,9).

Estudio reciente en Valencia (España) concluye que más de un tercio de la población estudiada sufre hipertensión. La posibilidad de presentarla acrecienta con la edad. El sobrepeso así como la diabetes mellitus doblan la probabilidad de padecerla (10).

En Latinoamérica la hipertensión arterial ocupa la tasa más alta de prevalencia y los peores controles en los países con bajos ingresos económicos (11), en un estudio realizado en Bogotá 2010 concluye que La hipertensión arterial es un transcendental

problema de salud pública para la población Tomasina, el cual afecta más a la población mayor de 60 años (12).

En el estudio hecho en Cuba concluye que la adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos, es causada por diversos factores, principalmente el olvido de la toma de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la Hipertensión Arterial (13).

La no adherencia al tratamiento farmacológico estudio hecho en Cuba en el 2017, donde se relaciona con el incompleto control de la enfermedad, las prescripciones inadecuadas en los pacientes es elevado (14).

En México alrededor de 50% de la población con hipertensión no tenía un apego adecuado al tratamiento, esto es un dato alarmante ya que existe un riesgo de discapacidad o muerte prematura ocasionada por complicaciones y comorbilidades relacionadas con esta enfermedad (15).

En Ecuador, la Encuesta Nacional de Salud (Ensanut) entre 2014 y 2016, refiere que el 9,3% de la población de entre 18 y 59 años, padece esta enfermedad. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidentes cerebrovasculares (16).

En Babahoyo se encuentra un estudio en el cual el 73% de los pacientes no fueron adherentes (17).

En el Centro de Salud Enrique Ponce Luque no se han realizado investigaciones sobre este tema.

Sin embargo en este centro de salud se ha identificado un elevado número de pacientes hipertensos, el cual constituye un problema identificado en el análisis situacional de salud, además de encontrarse un grupo de pacientes que aún no se adhieren al tratamiento farmacológico y farmacológicos provocándose así mal control de la presión arterial y complicaciones en cada uno de ellos.

La parroquia Dr. Camilo Ponce tiene una población mayor de 30 años de 22455 habitantes, en el Centro de Salud Enrique Ponce Luque se atienden 3160 hipertensos

(14 %) en el programa de enfermedades no transmisibles, del cual un porcentaje estimado no cumple con el tratamiento indicado.

Lo cual lo podemos palpar en cada una de las atenciones médicas que se dan en dicho centro de salud ya que se encuentra un porcentaje elevado de pacientes con HTA que presentan alguna complicación o no logran el buen control de la presión arterial, pese a las indicaciones médicas que se enseña. Dándonos cuenta como profesionales que en esta parroquia existen muchos factores que influyen en la adherencia o no adherencia a los diferentes tipos de tratamiento.

Por ello es importante un cambio en la actitud de las personas, fomentarles estilos de vida saludable y explicarles en cada consulta la importancia de cumplir las indicaciones prescritas, incluyendo a las familias de cada paciente, ya que sería beneficioso para el control de complicaciones, la utilización eficiente de los recursos de los sistemas sanitarios, y resultados clínicos objetivos para la realización de estudios científicos.

El trabajo está estructurado por: resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, valoración crítica y referencias bibliográficas.

## **11.EL PROBLEMA**

### **11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

La hipertensión arterial constituye un importante problema de salud pública por su alta tasa de prevalencia y su distribución a nivel mundial. En el centro de salud Enrique Ponce de tres consultorios existe un número elevado de pacientes hipertensos y constituye esta patología un problema de salud identificado en el ASIS. A pesar de los avances en cuanto al diagnóstico y tratamiento; todavía no se ha logrado que los pacientes hipertensos tengan buena adherencia al tratamiento, ocasionando un control inadecuado de la enfermedad.

A pesar de las estrategias que se han señalado a nivel mundial con el fin de controlar la incidencia de la Hipertensión Arterial, las informaciones de los organismos de salud, son desalentadores, ya que día a día los nuevos casos se acrecientan en forma significativa, sin embargo, otro de los factores que es trascendental tener en cuenta sobre esta problemática es que los pacientes que ya están diagnosticados con Hipertensión Arterial, no logran obtener controles adecuados que les permitan obtener los objetivos en los diferentes tratamientos, previniendo o minimizando las complicaciones agudas y crónicas que esta situación pudiera generar.

Son diversos los factores que podrían implicar en el no logro de efectividad en los tratamientos antihipertensivos y van desde una incorrecta intervención profesional, farmacológica y psicosocial, que para nuestro caso serían factores externos a los pacientes y son de entera responsabilidad de las autoridades sanitarias, las instituciones de salud y los mismos profesional es considerando que ellos son los encargados de implementar acciones de prevención, mitigación y recuperación de la salud a un paciente que supone no tiene el mismo nivel de conocimiento técnico científico de los facultativos y por lo tanto no implementa todas las recomendaciones, tratamientos y sugerencias propuestas por el equipo de salud.

Otro factor es el relacionado con el comportamiento propio del paciente y de sus familias llamados factores internos, los cuales miran al núcleo familiar como actor primordial de cualquier tipo de intervención, cuyos integrantes bajo el supuesto de que

las intervenciones suministradas por los organismos de salud, sean las que alta evidencia científica tengan en el momento, son los responsables de ejecutarlas.

Es por esto la importancia del término adherencia terapéutica, que según la definición de la OMS que dice: “El grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas”.

## **11.2 Formulación**

¿Cuáles son los factores relacionados en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de tres consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque en el año 2018?

## **12.OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **12.1 General**

Asociar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de tres consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque en el año 2018.

### **12.2 Específicos**

- Caracterizar la población de hipertensos según variables sociodemográficas y clínicas.
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento.
- Determinar la posible asociación entre factores sociodemográficos y clínicos con la adherencia al tratamiento en la población de estudio.

## 13 MARCO TEÓRICO

### 13.1 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial se define como la presión arterial sistólica de 140 mmHg o mayor, presión arterial diastólica de 90 mmHg o mayor. Según la la JNC7. Los valores referenciales de presión arterial (PA) son los siguientes (18,19):

#### Clasificación de la hipertensión arterial.

Clasificación de la presión arterial	TAS mm Hg	TAD mm Hg
Normal	< 120	< 80
Prehipertension	121-139	81-89
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión estadio 2	$\geq 160$	$\geq 100$

Tomado de: VII Joint National Committee Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

La HTA es primaria cuando es de causa desconocida y secundaria cuando otros trastornos que condicionan elevación de la presión arterial, existen factores de riesgo que pueden influen en la aparición de cifras de la presión arterial elevadas que tienen importantes implicaciones clínicas, entre las que figuran: edad, raza, tabaquismo, antecedente familiar, menopausia, hábitos nutricionales, obesidad, entre muchos otros (20).

Esta patología es un factor de riesgo frecuente, identificable y controlable de infarto de miocardio, ictus, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, disección aortica y artropatía periférica. Esta enfermedad se considera responsable de aproximadamente 9.4 millones de personas mueran en el mundo. (21).

#### Fisiología de la presión arterial

“La Presión Arterial es la tensión en la pared que genera la sangre dentro de las arterias, y se forma por el producto de dos factores: el débito cardíaco y la resistencia periférica total. El primero depende de la contractibilidad miocárdica y del volumen circulante

intratorácico. La intervención de la frecuencia cardiaca es menor en el débito cardiaco, excepto cuando está en rangos muy extremos. A su vez, la resistencia periférica depende del tono del árbol arterial y de las características estructurales de la pared arterial” (Figura 1)(22).

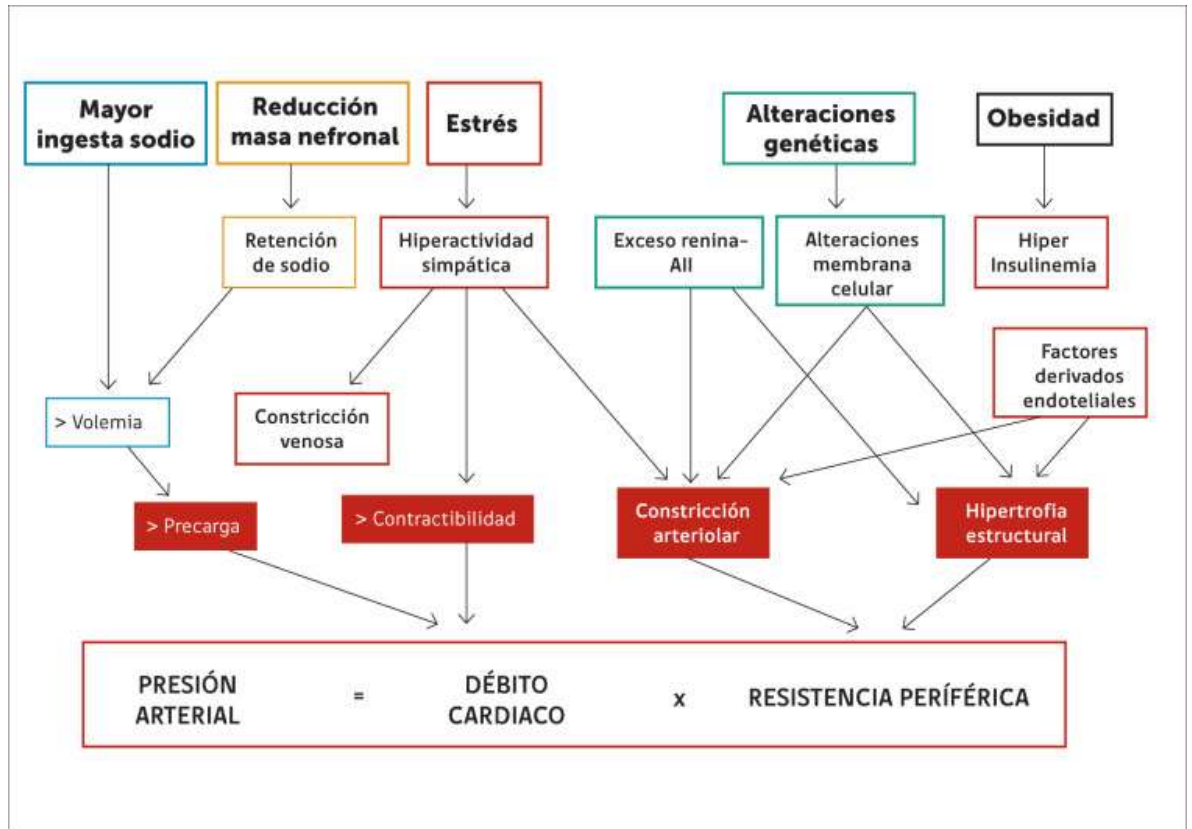


FIGURA 1. Regulación de la presión arterial

El latido cardíaco sólo inyecta sangre en el árbol arterial durante la fase de sístole ventricular. Formando un flujo pulsátil sobre las paredes de las arterias. Gracias a que la aorta y grandes arterias son distensibles, almacenan en su zona distendida parte de la sangre recibida durante la sístole, la cual es devuelta a la circulación durante la diástole. El hecho anterior determina que también fluya sangre por las arterias durante la diástole, a pesar de que el corazón no expulsa sangre en esa fase (22).

“El valor máximo es la Presión Arterial Sistólica (PAS), y el valor mínimo es la Presión Arterial diastólica (PAD). La PAS obedece fundamentalmente del débito cardíaco y la distensibilidad de la aorta y grandes arterias, esta última se expresa a través de la onda de pulso retrógrada. En cambio, la PAD depende fundamentalmente de la resistencia periférica” (Figura 2) (22).



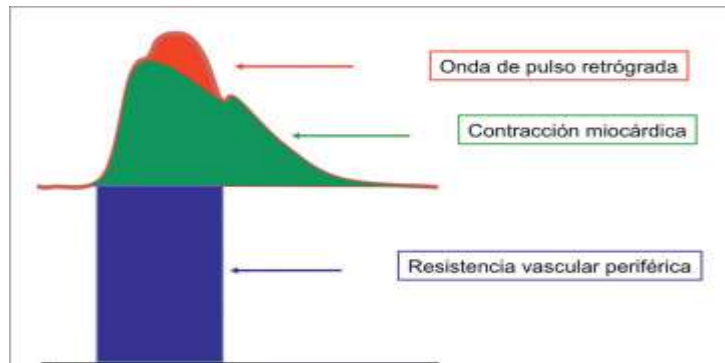


Figura N 2

### 13.2 Fisiología de la hipertensión arterial.

Los factores fisiopatológicos que han sido considerados en la génesis de la hipertensión esencial:

La HTA se caracteriza por la disfunción endotelial, con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico –NO-, factor hiperpolarizante del endotelio -EDHF) y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). Es conocida la disminución a nivel del endotelio de la prostaciclina-PGI<sub>2</sub> vasodpresora y el aumento relativo del tromboxano-TXA<sub>2</sub> intracelular vasoconstrictor (23).

“Otros factores fisiopatológicos de la hipertensión esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso simpático, relacionado con excesiva exposición o respuesta al estrés psicosocial de la vida moderna; la sobreproducción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras; la alta ingesta de sodio; la inadecuada ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o la inapropiada actividad de la renina, con el resultante incremento en la producción de angiotensina II y aldosterona (SRAA); la deficiencia de vasodilatadores, tales como la prostaciclina, el óxido nítrico (ON) y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema kinina-kalikreína, que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio; las anomalías en los vasos de resistencia, incluyendo lesiones en la microvasculatura renal; la diabetes mellitus, la resistencia a la insulina; la obesidad; el incremento en la actividad de factores de crecimiento; las alteraciones en los receptores adrenérgicos, que influyen la frecuencia cardíaca, el inotropismo cardíaco y el tono vascular; y las alteraciones celulares en el transporte iónico”(23).

## **Manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial**

Clínica de la HTA esencial no complicada: La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, puede ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a hipertensión arterial, está la cefalea, la cual suele ser fronto-occipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. Otros síntomas atribuidos a HTA como zumbidos de oídos, epistaxis o mareos, no son más frecuentes que en los sujetos normotensos (24).

Clínica de la hipertensión arterial complicada: Las repercusiones a nivel sistémico serán terminantes de la sintomatología en estos pacientes; así, a nivel cardiaco, pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca congestiva y si existe arteriosclerosis de los vasos coronarios determinará cardiopatía isquémica.

Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebro basilar, infartos lacunares, que pueden desembocar en una demencia vascular y Hemorragia cerebral (24).

### **13.3 FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSION ARTERIAL**

Existen factores que predisponen al desarrollo de esta patología, los cuales se los agrupa en dos grupos:

Modificables:

- Obesidad
- Alcohol
- Sedentarismo
- Tabaco
- Hábitos alimenticios inadecuados (dieta rica en sal, grasas, café y bebidas gaseosas).

No Modificables:

- Sexo( masculino tiene mayor probabilidad)

- Raza (la raza negra tiene más predisposición)
- Antecedente familiar de hipertensión arterial.

Es por ello que para prevenir esta patología hay que trabajar en los factores de riesgo modificables (25).

## MEDICIÓN ADECUADA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Es necesario efectuar una medición adecuada de la presión arterial en la consulta y, en ocasiones, completar esa información con la que ofrece la medición de la presión arterial fuera de la consulta; ya sea por el propio paciente o un familiar, ó mediante el registro de la presión arterial de 24 horas con monitores automáticos. La medición se puede ejecutar de modo convencional en la consulta por un médico, personal de enfermería ó auxiliar entrenado. Ello constituye la base para el diagnóstico y seguimiento de la HTA. No obstante, debido a que la PA es un parámetro muy variable (diferente demanda física, psíquica, descenso fisiológico durante el sueño, reacción de alarma ante la toma de PA ó “efecto bata blanca”) los valores obtenidos en consulta, aún en las mejores condiciones. De hecho, un 20-30% de sujetos con HTA en fase ó estadio I (140-159/90-99 mmHg) sólo son hipertensos en consulta (HTA de bata blanca ó mejor denominada HTA aislada en consulta), siendo los valores de PA normales fuera de la misma (24).

Condición del paciente: - Sentado tranquilamente durante al menos 5 minutos.

- Brazo relajado y apoyado en una mesa, a la altura del corazón.
- No tomar café ni fumar en los 30 minutos previos y evitar los estimulantes adrenérgicos.
- Ambientes cálidos, evitando temperaturas extremas y ruidos (24).

Condiciones del equipo:

- La bolsa del manguito debe rodear, al menos, el 80% de la circunferencia del brazo y cubrir 2/3 de la longitud del mismo.
- 2 cm por encima de la flexura del codo.

Técnica: - Inflar el manguito rápidamente, controlando el pulso radial, hasta

- una presión 20 mmHg por encima de la desaparición del pulso y, en todo caso, hasta 180 mmHg, para evitar lagunas auscultarías.
- Colocar la campana del fonendo en la flexura del codo, en el latido arterial, y desinflar el manguito a razón de 2-3 mmHg por segundo (24).

### **13.4 TRATAMIENTO**

**TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO:** Las prácticas no farmacológicas son un apoyo en el manejo y prevención de la hipertensión arterial, lo cual involucra la educación sobre su detección temprana y hábitos saludables de vida, en ocasiones dichas estrategias son sustituidas únicamente por los fármacos, aun habiéndose demostrado ampliamente los beneficios en el cambio de estilos de vida.

Control de peso:

“Con una reducción de 5 a 6 kilogramos de peso puede tener modificaciones metabólicas sustanciales y producir impacto en los aparatos cardiovascular y osteomuscular. Es importante que el paciente llegue a un peso normal” (26-27).

Control de la dieta:

La dieta DASH reduce la PAS de 8 a 14 mmHg. La cual se basa en el reajuste de las grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas, suplir con granos integrales, carne de aves, productos lácteos bajos en grasas, pescado y frutos secos(26-27).

Consumo de sal:

Se recomienda disminuir el consumo de sal el cual está asociado a una disminución de la PA en pacientes hipertensos. La respuesta individual a la sal es mayor en pacientes de raza negra, diabéticos y ancianos En el Ecuador, el consumo promedio de sal es de 10 gramos por día y se recomienda una dieta de menos de 5 g/ día de sal.

“Para una dieta con restricción de sal, debe aconsejarse a los pacientes que eviten añadir sal y, evidentemente, eviten los alimentos con exceso de sal tomen en mayor medida comidas elaboradas directamente con los ingredientes naturales que contienen más potasio” (26-27).

**Actividad Física:** son recomendados aeróbico de forma regular, caminar 30-45 minutos diarios disminuye la presión arterial y el riesgo cardiovascular global. Se debe desaconsejar el ejercicio isométrico (pesas) debido a que puede provocar una elevación importante de la presión arterial. Todo ejercicio debe iniciarse en forma graduada. En

pacientes con problemas cardíacos es prudente una evaluación médica detenida y eventual prueba de esfuerzo antes de iniciar un programa de ejercicios (26-27).

Abandono del tabaco:

“Es tal vez la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades, tanto cardiovasculares como no cardiovasculares, en los pacientes hipertensos. Aquellos fumadores que abandonan el tabaco antes de los 40 o 50 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores. Aunque el efecto presor del tabaco es muy pequeño y el abandono del mismo no reduce la PA, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar” (26).

Disminución del consumo de bebidas alcohólicas:

“El consumo de más de una onza de alcohol diariamente eleva la presión arterial en forma permanente. Existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión. Dicha relación no es completamente lineal, de forma que la incidencia de HTA se incrementa con dosis de etanol a partir de 210 g/semana (30 g/día) en los hombres y a partir de 140 g/semana (20 g/día) en las mujeres o en los sujetos de raza negra” (26-27).

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El tratamiento farmacológico no son suplentes de las medidas no farmacológicas sino el complemento de las mismas (28,29).

El reducir la presión arterial mediante el uso de medicamentos disminuye la morbimortalidad cardiovascular (28, 29,37).

La Sociedad Europea de Hipertensión recomienda y coincide con otros estudios que en los hipertensos estadios 2 y 3 deben recibir un tratamiento farmacológico en combinación con los cambio de estilo de vida (30, 31, 34,37).

Tipos de antihipertensivo

- Diuréticos (D).
- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA).
- Antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA)
- Bloqueantes beta-adrenérgicos (BB).

- Bloqueantes de los canales del calcio (BC).

“El inicio del tratamiento para bajar la PA debe empezarse según dos criterios: el nivel de la PAS y de la PAD y el nivel de riesgo CV total. El tratamiento farmacológico debe ser iniciado prontamente en la hipertensión grado 3 así como en la grado 1 y 2 cuando el riesgo CV total es alto o muy alto. En los hipertensos de grado 1 o 2 con riesgo CV total moderado se puede posponer el tratamiento farmacológico unas semanas, y en los hipertensos grado 1 sin otro factor de riesgo se puede postergar por varios meses. Sin embargo, es importante prestar atención muy especial a los individuos que corren riesgo a causa de su ambiente social, en ellos hay que pensar el valor de iniciar el tratamiento lo antes posible y en quienes un seguimiento de la salud es obligatorio” (32,33)

Diuréticos:

Estos son capaces de reducir la morbimortalidad cardiovascular, sobre todo en pacientes mayores con HTA sistólica aislada y diabetes. Son económicos y tolerados por lo general a dosis bajas, ya que la mayoría de los efectos secundarios se asocia al uso de dosis elevadas (32, 35,36).

Su mecanismo de acción es:

Favorecen la natriuresis y diuresis en diferentes lugares de la nefrona.

Se disponen de tres grupos que son las tiazidas, diuréticos de asa y ahorradores de potasio, los más utilizados son las tiazidas. Su efecto hipotensor deriva de la natriuresis que se produce al inhibir el cotransporte de sodio y cloro en los primeros segmentos del tubo contorneado distal, y con su uso continuado, de la disminución de las resistencias vasculares periféricas. Las tiazidas producen un descenso de la tensión arterial no relacionado directamente con su acción diurética (32, 35,36).

CLASE	FARMACO	Rango de uso (mg/dl)	Frecuencia diaria	Comentario
Diuréticos tiazídicos	Clortalidona	12.5-25	1	- La clortalidona se prefiere por ser de vida media prolongada y reducción de ECV en ECA. -Controlar la Hiponatremia,
	Hydroclorotiazida	25-50	1	
	Indapamida	1.25-2.5	1	
		2.5-10	1	

	Metolazona			hipopotasemia, ácido Úrico y niveles de calcio. -Usar con precaución en pacientes con antecedentes de gota a menos que el paciente esté en terapia para reducir el ácido úrico.
Diuréticos de asa	Bumetanida	0.5-4	2	Estos son los diuréticos de elección en pacientes con IC sintomáticos. Se prefieren sobre las tiazidas in pacientes con IR moderada a severa (FG<30ml/m).
	Furosemida	20-80	2	
	Torasemida	5-10	1	
Diuréticos Ahorradores de Potasio	Amiloride	5-10	1 o 2	-Se usan en monoterapia y mínimamente efectivos como antihipertensivos -en pacientes con hipopotasemia en tratamiento con diuréticos tiazídicos en monoterapia, se puede asociar un ahorrador de potasio -evitar administrar-los si FG<45 ml/min.
	Triamterene	50-100	1 o 2	
Diuréticos Antagonistas de La aldosterona	Eplerenona	50-100	12	-son los preferidos en aldosteronismo primarios e hipertensión resistente -la espironolactona se asocia con mayor riesgo de Ginecomastia e impotencia comparado con Eplerenona -es el fármaco que usualmente se añade en hipertensión resistente. -evitar el uso de suplementos de k+, diuréticos ahorradores de K+ e insuficiencia renal significativa -Eplerenona requiere 2 dosis diarias a menudo para conseguir un adecuado control tensional
	Espironolactona	25-100	1	

Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA):

Los IECA son fármacos antihipertensivos que actúan como vasodilatadores y ayudan a reducir las resistencias periféricas. Se utilizan en casos de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y nefropatía diabética. Actualmente, comparando la efectividad de los diferentes tratamientos disponibles para el control de la tensión arterial, la elección de los IECA debería seguir criterios de coste efectividad, especialmente en pacientes diabéticos, debido a sus efectos protectores a nivel renal, al mantener y proteger la función renal a largo plazo, así como la excreción de proteínas en la orina (38,39).

La combinación de dos o más fármacos para el tratamiento de la HTA es mejor tolerada por los pacientes y es más efectiva que el incremento de dosis de un solo agente, que aumenta la probabilidad de sufrir sus efectos adversos. Estas asociaciones suelen hacerse utilizando varios fármacos por separado, aunque existen comercialmente algunas combinaciones (38,39).

CLASE	FARMACO	Rango de uso (mg/dl)	Frecuencia diaria	Comentario
IECA	Benazepril	10-40	1 o 2	-no usar en combinación con ARA2 o inhibidores directos de renina -hay un riesgo aumentado de hiperpotasemia, especialmente en pacientes con IRC o en los que toman suplementos de K + o fármacos ahorradores de K + - hay riesgo de fallo renal agudo en pacientes con estenosis bilateral de arteria renal -no usar en pacientes con historia de angioedema con IECA. -evitar durante embarazo
	Captopril	12.5-150	2 o 3	
	Enalapril	5-40	1 o 2	
	Fosinopril	10-40	1	
	Lisinopril	10-40	1	
	Moexipril	7.5-30	1 o 2	
	Perindopril	4-16	1	
	Quinapril	10-80	1 o 2	
	Ramipril	2.5-10	1 o 2	
	Trandolapril	1-4	1	

Antagonistas de los receptores de angiotensina 2:

La acción antihipertensiva de los ARA II es mayor cuanto mayor es el nivel presión arterial previo, así como en pacientes con restricción de sodio o que reciben diuréticos a altas dosis; en estos últimos, se potencia la acción antihipertensiva que posee cada fármaco por separado y además se corrige la hipopotasemia que provocan los diuréticos. Su acción antihipertensiva es gradual e independiente de la edad, sexo o



raza del paciente y se acompaña de una regresión de la hipertrofia cardíaca y del remodelado vascular. No provoca hipertensión de rebote al suspender el tratamiento ni aumento de la frecuencia cardíaca. Estos fármacos muy bien tolerados, con mínimos efectos secundarios, como astenia, mareo y cefalea. Al contrario que los IECA, dado que no tienen acción sobre la vía de las quininas, el riesgo de producir tos o angioedema es mínimo. No debe ser indicado en embarazadas y puede producir insuficiencia renal aguda reversible en HTA con estenosis bilateral de arterias renales, en nefrosclerosis severa o estenosis de la arteria renal en riñón único. Su buena tolerancia convierte a los ARA II en una buena alternativa a los IECA, en especial en aquellos pacientes con intolerancia a los mismos por tos, urticaria o angioedema. Al igual que los IECA, son útiles en la HTA asociada a asma, EPOC, diabetes, vasculopatías periféricas o hiperlipidemias, potenciándose su acción antihipertensiva cuando se asocia a tiazidas (40,41).

Clase	Fármaco	Rango de uso (mg/dl)	Frecuencia diaria	Comentario
ARA 2	Azilsartan	40-80	1	- No usar en combinación con IECA o inhibidores directos de renina -hay riesgo aumentado de hiperpotasemia en pacientes con IRC o en los que tomen suplementos de K <sup>+</sup> o fármacos ahorradores de K <sup>+</sup> - hay riesgo de fallo renal agudo en pacientes con estenosis bilateral de arteria renal. -no usar en pacientes con historia de angioedema por ARA 2. Los pacientes con H <sup>a</sup> de angioedema por IECA pueden ser tratados con ARA2 comenzando 6 semanas después de discontinuar el IECA. -evitar durante embarazo
	Candesartan	8-32	1	
	Eprosartan	600-800	1 o 2	
	Irbesartan	150-300	1	
	Losartan	50-100	1 o 2	
	Olmesartan	20-40	1	
	Telmisartan	20-80	1	
	Valsartan	80-320	1	

## Bloqueadores beta

El parecido por los distintos subtipos de receptores beta, que establece su cardioselectividad, y su posible actividad simpaticomimética intrínseca, difieren entre sí al gran número de bloqueadores beta disponible. Un estudio dio como resultado que las dosis mayores de los bloqueantes beta 1 no mostraron una mayor reducción de la presión arterial en comparación con las dosis inferiores. La baja máxima de la presión arterial se mostró a dos veces la dosis inicial recomendada (42,43).

Las dosis superiores de bloqueantes beta 1 bajaron la frecuencia cardíaca más que las dosis inferiores, es más factible que provoquen el efecto secundario frecuente de disminuir la frecuencia cardíaca. Los bloqueantes selectivos beta 1 reducen la PAS y diastólica a un grado similar, como ocurre con otras subclases de betabloqueantes, por lo que tienen un efecto pequeño o ningún efecto sobre la presión del pulso. “Este hecho difiere con respecto a otras clases de fármacos antihipertensivos como los diuréticos tiazidas, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueantes de los receptores de angiotensina” (42,43).

Clase	Fármaco	Rango de uso (mg/dl)	Frecuencia diaria	Comentario
Beta bloqueantes Cardioselectivos	Atenolol	25-100	12	-Los $\beta$ bloqueantes no se recomiendan como fármacos de primera línea a menos que sufra el paciente una cardiopatía isquémica o IC -estos son de elección en caso de pacientes con enfermedad pulmonar broncoespástica que requieran un $\beta$ bloq El bisoprolol y el succinato de metoprolol son de elección en pa-cientes con ICFer -evitar la suspensión brusca
	Betaxolol	5-20	1	
	Bisoprolol	2.5-10	1	
	Tartrato de metoprolol	100-400	2	
	Succinato de metoprolol	50-200	1	

Betabloqueantes Cardioselectivos y Vasodilatadores	Nebivolol	5-40	1	-El Nebivolol induce óxido nítrico que induce vasodilatación. -Evitar la suspensión brusca.
B bloqueantes no Cardioselectivo	Nadolol	5-40	1	-evitar su uso en pacientes con hiperreactividad bronquial -evitar suspensión brusca
	Propranolol (liberación rápida)	160-480	2	
	Propranolol (liberación retardada)	80-320	1	
B bloqueantes con Actividad Simpaticomimética Intrínseca	Acebutolol	200-800	2	-en general evitarlos en pacientes con cardio-patía isquémica o IC -evitar suspensión brusca.
	Carteolol	2.5-10	1	
	Penbutolol	10-40	1	
	Pindolol	10-60	2	
Bloqueadores de Los receptores $\alpha$ y B	Carvedilol	12.5-50	2	-se prefiere Carvedilol en los pacientes con IC con FEr -evitar la suspensión brusca
	Fosfato de Carvedilol	20-80	1	
	Labetalol	200-800	2	

#### Bloqueadores de los canales del calcio (BCC)

Su mecanismo de acción deriva del bloqueo específico de los canales de calcio tipo L, provocando una vasodilatación de la pared vascular. Este efecto es más acusado en el caso de los dihidropiridínicos (nifedipino, nitrendipino, amlodipino, felodipino, lacidipino y lecardipino) que en los no dihidropiridínicos. Las benzotiazepinas (diltiazem) y las fenilalquilaminas (verapamilo) poseen un efecto adicional sobre la contractilidad miocárdica y las células cardíacas de conducción (43,44).

Los BCC, son antihipertensivos eficaces en prácticamente todos los tipos de pacientes y tienen pocas contraindicaciones. Su utilidad en el arsenal terapéutico de la Medicina Cardiovascular continua siendo importante. Las guías de la OMS/SIH el JNC-VII, la de las Sociedades Europeas de Hipertensión/Cardiología, y la de la Sociedad Británica de Hipertensión coinciden en recomendar a los BCC, dado sus efectos favorables, en las siguientes condiciones mórbidas (45,46):

CLASE	FARMACO	Rango de uso (mg/dl)	Frecuencia diaria	Comentario
Antagonistas del Calcio Dihidropiridínicos	Amlodipino	2.5-10	1	-Evitar uso en pacientes con ICFer; el amlodipino y felodipino podrían usarse si se requiriera -se asocia a edema ma-leolares dosis depen-diente y más frecuente en mujeres
	Felodipino	5-10	1	
	Isradipino	5-10	2	
	Nicardipino	5-20	1	
	(libe-ración sostenida)	60-120	1	
	Nifedipino	30-90	1	
	(libe-ración retardada)			
Nisoldipino				
Antagonistas del Calcio no DHP	Diltiazem (libe-ración sostenida)	180-360 120-480	2 1 3	-Evitar uso rutinario con $\beta$ bloqueantes por au-mentar el riesgo de bradicardia y bloqueos -no usar en pacientes con IC - existen interacciones farmacológicas del diltiazem y verapamilo (CYP3A4)
	Diltiazem (inicio retardado)	40-80 120-480	1 o 2 1 ( por la tarde)	
	Verapamilo( libe-ración intermedia)	100-480		
	Verapamilo (libe-ración sostenida)			
	Verapamilo (inicio retardado)			

Angina de pecho (clase IIa para no dihidropiridinicos, evidencia A)

Taquicardia auricular o Fibrilación Auricular (Clase IIa , evidencia A, para no dihidropiridinicos)

Hipertensión arterial inducida por Ciclosporina (clase I)

Diabetes Mellitus tipo I y II (Clase II b evidencia A)

Migraña (clase II , evidencia B)

Infarto al miocardio (Diltiazem, Verapamil, clase II a evidencia A).

Pacientes ancianos

Hipertensión sistólica aislada

Enfermedad vascular periférica

Ateroesclerosis de la carótida

Gestación

Por otro lado en cuanto al tratamiento de la hipertensión arterial la “Joint National Committee” (JNC 8) concluye de la siguiente forma: cuyas principales

recomendaciones para el control de la hipertensión arterial, se basan en su adherencia a la evidencia científica disponible (46).

“Se recomienda tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos de más de 60 años si su presión arterial 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 asocia efectos adversos, el tratamiento no precisa ajustes”(46).

En la población general menor de 60 años, el JNC 8 recomienda tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial diastólica por debajo de 90 mmHg. A pesar de que la evidencia es menor, también recomiendan iniciar tratamiento para disminuir la presión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg.

“Para aquellos pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus mayores de 18 años, la recomendación es la administración de tratamiento médico con un objetivo de presión arterial menor de 140/90 mmHg” (47).

“En cuanto al fármaco antihipertensivo recomendado, para la población general que no sea de raza negra (incluidos pacientes diabéticos) se puede iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II). Para los pacientes de raza negra (incluidos los diabéticos), los fármacos de inicio recomendados son o bien diuréticos tiazídicos, o bien antagonistas del calcio. Si el paciente presenta enfermedad renal crónica, los fármacos de inicio recomendados son IECA ó ARA II”(47).

“El principal objetivo del tratamiento antihipertensivo es el mantenimiento de las cifras de TA previamente referidas. Si en el plazo de un mes no se alcanzan objetivos, se recomienda aumentar la dosis del fármaco utilizado o añadir uno nuevo (esta última opción hay que valorarla si las cifras de TA al inicio son mayores de 160/100 mmHg). 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” (47).

### **13.5 Adherencia al tratamiento**

El concepto de adherencia ha sido definido de diferentes Formas. La Real Academia de la Lengua Española la define como “unión Física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente” (48,49).

La palabra adherencia engloba las concepciones de cumplimiento y persistencia. Cumplimiento abarca cuándo y cómo se toma la medicación prescrita, mientras que persistencia representa cuánto tiempo se toma la medicación. Por otro lado, la tolerabilidad a un fármaco se refiere a la tolerancia por parte del paciente de la medicación, basada fundamentalmente en la percepción y repercusión de los efectos no deseados del fármaco. (50,51).

“En la literatura inglesa, los términos de cumplimiento y adherencia son los de mayor uso, sin embargo, también se han utilizado otros sinónimos tales como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia” (52).

Según la OMS se define como “El grado en que el comportamiento de una persona pueda tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de estilo vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (53).

A nivel mundial, en este momento la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, es estimado un problema importante para la salud de la población. Este problema se da en las enfermedades crónicas como es la hipertensión. En los países desarrollados alrededor del 50% de los pacientes con esta enfermedad tienen mala adherencia terapéutica. Por la magnitud del problema sería efectivo en conocer en profundidad los factores que intervienen en los pacientes con mala adherencia al tratamiento, y desde estos factores trabajar para mejorar la adherencia (54).

La hipertensión y otras enfermedades crónicas comparten similares características en cuanto a complejidad y durabilidad de sus tratamientos y la falta de adherencia a estos. Según la OMS “la mitad de los pacientes tratados con hipertensión abandonan por completo la atención a partir del primer año de diagnóstico, y de los que permanecen bajo supervisión médica solo el 50% toma al menos 80% de sus medicaciones prescritas” (53).

Carmen Zúñiga en su trabajo concluyó que el bajo conocimiento sobre la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial, influye en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, por lo que tiene un impacto favorable el diseño de una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre la misma (55). Está demostrado que la causa principal de hipertensión mal controlada es la adherencia deficiente al tratamiento farmacológico, y alrededor del 75% de los pacientes tratados con hipertensión tiene adherencia deficiente al tratamiento farmacológico.

En un estudio realizado en Colombia en el hospital del Norte de Santander se concluyó que no es tan fácil medir el cumplimiento, al tratamiento para la hipertensión arterial. Los métodos ya sea directo o indirecto, no están exentos de problemas u obstáculos. La administración subjetiva de la medicación puede variar de semana en semana y hasta de mes a mes. Para conocer mejor la trascendencia del incumplimiento terapéutico, es necesario realizar medidas repetidas durante el seguimiento clínico del paciente y mirar otros factores inherentes al no cumplimiento, que no dependan del paciente sino del cuerpo asistencial y del entorno (56).

También se define a la adherencia al tratamiento como la colaboración efectiva y comprometida de los proveedores de salud, del propio paciente y de su familia, que deben llevar a resultados óptimos y efectivos en el manejo de la HTA, más allá del simple cumplimiento pasivo de las indicaciones dadas por el personal de salud, evitando el abandono del tratamiento y acudiendo a controles programados(57).

Luis Lopez en su estudio concluyó que la utilización de múltiples métodos para medir la adherencia al régimen terapéutico, limita la comparabilidad entre los estudios. Aún no se cuenta con un patrón oro que permita evaluar dicho evento involucrando tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico (57).

En este trabajo la adherencia terapéutica se pueden diferenciar en tres niveles, total, parcial y no adherido. Cada nivel expresa el estado que se encuentra el proceso de la adherencia, en cuanto a la eficacia lograda por sus elementos en un momento y contexto determinado. Los tres niveles permiten hacer una diferencia escalonada, sin reducir el proceso a ninguno de sus extremos sino que permite valorar estado intermedios que se pueden mover en un sentido y además permite estudiar la dinámica del mismo.

### **13.6 Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo**

La hipertensión arterial es un componente de riesgo frecuente, identificable y controlable de infarto de miocardio, ictus, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, disección aórtica y artropatía periférica.

El tratamiento regular de la hipertensión arterial obtiene una reducción de la aparición de complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad, alrededor de 30% de los hipertensos diagnosticados no está bien controlado (32). El no cumplir con el tratamiento se considera el principal factor relacionado, con el mal control de la enfermedad. Esta situación se hace más preocupante porque usualmente los pacientes incumplidores no reconocen ante los profesionales de la salud su falta de adhesión a la terapéutica.

Es por ello que anotamos los siguientes factores que pueden influir en la adherencia:

Aspectos Psicosociales: “aquí es importante la relación médico-paciente ya que al ser inapropiada, al igual que tener un puntaje alto de estrés emocional y depresión, tuvieron asociaciones significativas con el riesgo de no adherencia en todos los modelos de ajuste utilizados. La disfunción familiar mostró efecto significativo sólo en el ajuste por sexo y edad. No tuvieron asociaciones significativas el tiempo de conocimiento de la condición de hipertenso por el paciente, su grado de conocimiento de la enfermedad ni la percepción de un escaso apoyo social” (57).

Se ha demostrado que muchos factores contribuyen a la adherencia terapéutica, y por tanto es un asunto complejo. De los factores los dos más importantes que contribuyen a la baja adherencia al tratamiento, evidentemente, la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad. Otros determinantes potenciales de la adherencia pueden estar relacionados con: (57)

- Los factores demográficos como la edad y la educación.
- La comprensión y la percepción del paciente de la hipertensión.
- La modalidad del prestador de asistencia sanitaria para aplicar el tratamiento.
- Las relaciones entre los pacientes y los profesionales de asistencia sanitaria.
- Las influencias de los sistemas de salud y
- Los regímenes medicamentosos antihipertensores complejos.



En un estudio realizado en Chile se dio como resultado que el bajo ingreso familiar, el nivel educacional, y el sexo masculino se relacionaron significativamente con el riesgo de no adherencia, de acuerdo al análisis logístico multivariado ajustado por edad y sexo más todas las variables restantes (57).

Por otra parte en estudio realizado en Colombia donde de los pacientes estudiados solo el 39,74 % cumplieron al tratamiento y se concluyó que la suspensión de medicamentos por periodos sea el causal de la no adherencia al tratamiento (56).

En Quito en un trabajo realizado se dio como resultado que el no recibir consejo nutricional, baja escolaridad, no participar de estrategias comunicativas grupales son factores asociados a no adherencia al tratamiento no farmacológico. Entre otras causas reportadas tenemos falta de tiempo, comorbilidades y recursos económicos. Por lo que concluyeron que la baja adherencia a los componentes del tratamiento no farmacológico tiene relación con el escaso conocimiento, no apoyo de nutricionistas o grupos de pacientes crónicos y de otras estrategias comunicativas (58).

Respecto a los factores relacionados con el equipo de salud se indica la falta de conocimiento y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas, así como la falta de estímulos para ello, la relación de confianza y compromiso que el paciente adquiere con el médico y con el personal de salud, la planificación de las consultas de seguimiento, el tiempo de espera, o la atención en su propio domicilio, tiene gran influencia en la adherencia terapéutica.

La comunicación entre los profesionales de salud y el paciente son fundamentales, los profesionales con actitudes, y aptitudes negativas para informar el tratamiento, que presentan torpezas, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia. (14) De igual forma la falta de indicaciones escritas, o realizadas con lenguaje técnico, o lenguaje incomprensible no favorece la adherencia. Otra particularidad es el modo en el que el médico incita a la cooperación del paciente en el establecimiento del régimen terapéutico. Es importante reconocer la individualidad del paciente, la percepción de la calificación del profesional así como las características del lugar en donde se recibe la atención.

Ocampo en su estudio concluyó “que los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes el entorno social y una percepción negativa del trato del personal de salud” (57).

Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los tratamientos que provocan efectos adversos, afectan las tasas de adherencias y actúan como estímulos aversivos provocando un descenso en la adherencia.

La hipertensión arterial asintomática predispone al incumplimiento, los síntomas constantes y la característica alarmante del mismo estimula el cumplimiento de las prescripciones, resulta por tanto según Di Matteo 1989 seguir las indicaciones profilácticas como cambios en estilos de vida, que aquellas que atenúan síntomas.

Inmaculada en su investigación concluyo que la falta de adherencia era manifiesta por una falta de voluntad entre los pacientes hipertensos refractarios, más que por un problema de información, siendo necesaria una intervención por parte del personal de enfermería enfocado a profundizar en la misma(8,54).

Factores relacionados con la red familiar y social.

Los pacientes que reciben apoyo de otras personas tienen mayor probabilidad de seguir las indicaciones médicas que aquellos con aislamiento o poco apoyo familiar.

La familia ayuda a mantener el régimen médico, apoya la búsqueda de estrategias y recursos materiales que faciliten el cumplimiento, además de mantener el ánimo para continuar en las actividades normales. El apoyo social y familiar es fundamental para iniciar y mantener cambios de los estilos de vida en el paciente hipertenso (8,54).

Factores relacionados con el paciente.

Es este intervienen aspectos cognitivos, motivacionales y volitivos. Los conocimientos que el paciente haya adquirido sobre el tratamiento le permiten actuar de manera consciente, sobre los aspectos como efectos adversos, riesgos y manejo adecuado.

El modo de afrontar y solucionar los problemas y control de emociones como amenaza de la vida laboral, social, familiar y muerte. Las actividades y cualidades volitivas, para realizar esfuerzos para mantener un régimen de alimentación, atención y rigor en los horarios de medicación, modificar hábitos de vida lo que está íntimamente relacionado con la voluntad del individuo, todo esto influye en la adherencia o no al tratamiento de la hipertensión arterial (8,54).

Es una oportunidad para que el equipo de salud en su conjunto pueda incidir de una manera más profunda en los resultados a largo plazo y evitar las complicaciones de la

enfermedad. Se pueden realizar estrategias para que los trabajadores de la salud tengan un extenso conocimiento de las diferentes variables implicadas en el tratamiento del paciente. La promoción de la adherencia terapéutica debe ser una meta de tratamiento en sí mismo, es decir, el paciente debe ser conciente de la importancia de la misma para mejorar su calidad de vida a mediano y largo plazo (8,54).

#### Métodos para medir la adherencia

No existe un método único para medir la adherencia por lo que se deben utilizar varios de ellos. Los métodos disponibles para medir la adherencia al tratamiento se clasifican en:

- Métodos objetivos directos
- Métodos objetivos indirectos.
- Métodos subjetivos.

Los primeros se basan en la determinación del fármaco en algún fluido biológico, frecuentemente sangre u orina.

En atención primaria tienen poca utilidad ya que son caros.

Los segundos valoran el incumplimiento a partir de circunstancias que se relacionan con él y con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son:

- a) Recuento de comprimidos.
- b) Monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos (MENS)
- c) Valoración de la asistencia a las citas previas programadas.

El tercer método valora las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes.

Los más utilizados son:

- a) Juicio del médico acerca de cómo el enfermo cumple.
- b) Técnicas de entrevista. Se basan en preguntar directamente al enfermo sobre su cumplimiento.

Dentro de los métodos subjetivos se encuentran test y cuestionarios que se enuncian a continuación:

- Test de cumplimiento auto comunicado: Test de Haynes-Sackett.
- Test de Morisky Green
- Test de Batalla
- Cuestionario validado SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)
- Test de Hermes

- Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (54).

### **13.7 Bases legales**

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.”(59)

“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” (59)

“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” (59).

“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”(59).

“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” (59).

#### **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.

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.

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.

## **14 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El bajo nivel socioeconómico, de instrucción, la no disponibilidad al tratamiento, el no control médico, el bajo conocimiento sobre la hipertensión arterial y la mala relación médico paciente están asociados a la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

## 15 MÉTODOS

### 15.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio con los pacientes hipertensos para identificar los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la falta de adherencia al tratamiento en tres consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, del centro de salud Enrique Ponce Luque en el año 2018. De nivel investigativo relacional, de tipo observacional por cuanto no existió intervención del investigador, transversal ya que las variables fueron medidas en una sola ocasión, retrospectivo porque la fuente de información es secundaria, y analítico porque interviene más de una variable de estudio (bivariado).

### 15.2 Diseño de la investigación

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

El universo del estudio estuvo conformado por 102 pacientes hipertensos de 30 años y más de los tres consultorios del centro de Salud Enrique Ponce Luque, que cumplieron con los criterios de participación en el estudio.

#### Criterios de inclusión

Pacientes hipertensos que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

Más de 1 año con diagnóstico de hipertensión arterial.

#### Criterios de exclusión

Pacientes que tengan limitación mental que no les permita contestar el cuestionario.

#### 15.2.2 *Procedimiento de recolección de la información*

Para conocer los factores relacionados en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes hipertensos de los tres consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque, se realizaron los siguientes procedimientos:

Cumpliendo con las normas éticas, la investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Este estudio fue realizado y conducido de acuerdo con la reglamentación ética vigente de la Declaración de Helsinki, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Después de explicar los motivos por lo cual se realiza dicha investigación, se requirió la firma del consentimiento informado (ANEXO 1) a los pacientes involucrados en el estudio.

La recolección de datos se realizó a través de una encuesta cuyo instrumento es un cuestionario confeccionado por la autora para recoger la información relacionada con las variables sociodemográficas y clínicas y validado por dos expertos uno especialista de medicina familiar y una bioestadística, además de ser sometido a una prueba piloto en la que participaron pacientes hipertensos pertenecientes al centro de salud Enrique Ponce Luque de Babahoyo y que forman parte de la población asignada a los tres consultorios médicos incluidos en el estudio, este tiene incluido el de -Martín-Bayarre-Grau (MBG) (ANEXO 2), contiene una escala para cada ítem de siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. Considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido, contiene 12 ítems que se agrupan en tres factores que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas. El primero, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas indicadas de medicamentos y alimentos. El segundo, evalúa la medida en la que el individuo cumple con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo (asistir a consultas, realizarse análisis clínicos, entre otras). Finalmente, el tercero, evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud (ser constante en el tratamiento, no olvidar la ingesta de medicamentos, entre otras conductas).

Los tres factores que identifica esta escala son:

1. Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos
2. Seguimiento Médico Conductual
3. Autoeficacia



Para las variables: como la edad, nivel de instrucción se tomó la información de la encuesta realizada con el cuestionario de Martin – Bayarre, controles médicos se tomó la información de la historia clínica, teniendo en cuenta los pacientes que asistieron al control médico 8 veces al año y más (del 70 al 100%), representa con control; menos de 8 veces al año (menos del 70%) representa sin control; el nivel socioeconómico se determinó por el percapita familiar recogiendo la información de las fichas familiares donde se encuentra previamente calculado; en cuanto al conocimiento de la enfermedad se realizaron tres preguntas, con las que se determinó que existía conocimiento si al menos dos de ellas eran contestadas correctamente, la disponibilidad del tratamiento se determinó con una pregunta, categorizada en siempre, a veces y nunca, el apoyo familiar la autora lo define con tres preguntas que para la evaluación se utilizó una escala de likert, donde a la respuesta siempre se le asignó 3 puntos, a veces 2 puntos y a nunca un punto, quedando como buena a la suma de 9 a 8 puntos, de 7 a 6 regular y de 5 a 3 mala;(ANEXO 3), la variable relación médico paciente se partió del cuestionario PREMEPA , realizándose cuatro preguntas con una escala de likert, donde a la respuesta siempre se le asignó 3 puntos, a veces 2 puntos y a nunca un punto, quedando como buena a la suma de 12 a 10 puntos, de 9 a 7 regular y de 6 a 4 mala.

### ***15.2.3 Técnicas de recolección de información***

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Nivel de adherencia	Encuesta
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Estado Civil	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Nivel socio económico	Documental
Apoyo familiar	Encuesta
Conocimiento de la enfermedad	Encuesta
Controles médicos	Documental
Disponibilidad de tratamiento	Encuesta
Relación médico paciente	Encuesta

### ***15.2.4 Técnicas de análisis estadístico***

En primera instancia se confeccionó una base de datos en Excel donde se introdujo la información de todas las variables recogidas con las respuestas obtenidas en la

encuesta, la cual se exportó al Programa Estadístico SPSS versión 22.0 para su procesamiento. La información se resumió en números absolutos y porcentaje en las tablas de presentación, para probar la hipótesis de la investigación se utilizó la prueba estadística Kruskal Wallis.

Para establecer si cualquiera de las diferencias entre las variables es estadísticamente significativa, se compara el valor  $p$  con el nivel de significancia para evaluar la hipótesis nula. La hipótesis nula indica que las medias de población son todas iguales. Por lo general, un nivel de significancia de 0.05 funciona adecuadamente. Un nivel de significancia de 0.05 indica un riesgo de 5% de concluir que existe una diferencia cuando no hay una diferencia real.

Valor  $p \leq \alpha$ : Las diferencias entre algunas de las medianas son estadísticamente significativas

Si el valor  $p$  es menor que o igual al nivel de significancia, se rechaza la hipótesis nula y concluye que no todas las medianas de población son iguales.

Valor  $p > \alpha$ : Las diferencias entre las medianas no son estadísticamente significativas

Si el valor  $p$  es mayor que el nivel de significancia, no se cuenta con suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula de que las medianas de población son todas diferentes.

Es decir si la  $P$  es mayor a 0,05 quiere decir que no hay significancia estadística.

Si la  $P$  es menor a 0,05 quiere decir que si hay significancia estadística.

## 15.3 Variables

### 15.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Nivel de adherencia	Cuestionario de Martín-Bayarre Grau	Adheridos Totales (38 a 48 puntos), Adheridos Parciales (18 a 37 puntos) No Adheridos (0 a 17 puntos).	Categórica Nominal
Edad	Edad en años cumplidos hasta el último día.	30-39 40-49 50-59 60-69 Más de 70	Categórica numérica Continua
Sexo	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Categórica Nominal
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Casado Soltero Unión libre Viudo	Categórica nominal politómica
Nivel de instrucción	El nivel escolar ultimo alcanzado.	Ninguna Primaria Secundaria Bachiller Superior	Categórica ordinal
Nivel socio económico (percapita familiar)	47.72 y menos 84,68 – 47.73 Más de 84.68	Pobreza extrema Pobreza Ingreso Óptimo	Categórica ordinal
Apoyo familiar	-Supervisión de toma de medicamento.  - Acompañan en situaciones de emergencia médica.  -Ayudan económica para acceder al medicamento en caso necesario.	Mala  Regular  Buena	Categórica ordinal
Conocimiento de la enfermedad.	1.-conoce que es la hipertensión arterial. 2.-Conoce la importancia de controlar la presión arterial. 3.- Conoce las complicaciones que causa la hipertensión.	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica.
Controles médicos	Acude a más del 70% de los controles	Si o no	Categórica nominal dicotómica
Disponibilidad de tratamiento	Si no hay la medicación en el centro de salud usted la puede comprar	Siempre  A veces Nunca	Categórica ordinal
Relación médico paciente	Percepción del paciente:- lo escucha, entiende las indicaciones, su médico se preocupa por que se cure e indicaciones.	Mala  Regular  Buena	Categórica ordinal

## 16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio se incluyeron a 102 personas pertenecientes a tres consultorios de Medicina familiar del centro de salud Enrique Ponce Luque.

### Variables sociodemográficas y las clínicas

En las tablas del 1 al 10 se resumieron las variables sociodemográficas y las clínicas las que dieron salida al primer objetivo, siendo este la caracterización de las mismas.

**Tabla N° 1 Pacientes hipertensos según edad de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Edad	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
30 - 39	7	6,9
40 - 49	17	16,7
50 - 59	30	29,4
60 - 69	29	28,4
70 y más	19	18,6
Total	102	100

En la tabla 1 se observó que de los pacientes incluidos en el estudio predominaron los de 50 a 59 años con 30(29,4 %).

Este estudio es similar al de Chiluiza realizado en Ambato en el 2016 (8) en donde el grupo etario que predomina es el de 50 a 59 años con 47(42%) de todos los estudiados.

Lo que se contrapone a las proyecciones 2018 de la provincia Los Ríos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (60) en donde predomina los de 30-39 con 119659 (31,4%).

**Tabla N° 2 Pacientes hipertensos según sexo de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Sexo	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
Masculino	55	53,9
Femenino	47	46,1
Total	102	100

En esta tabla se pudo observar un predominio en el sexo masculino con 55 (53,9%).

Se contrapone con el estudio realizado por Chiluiza en Ambato 2016 (8), en donde predomina el sexo femenino con 72(65.5%).

Similar al estudio de Vilchez (61) Piura 2018 donde también predomina el sexo masculino con 178(53%) y a las proyecciones de la provincia de Los Ríos del 2018, por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (60) donde predomina el sexo masculino con 456.945(50,7%).

Lo que se contrapone a las proyecciones nacionales del 2018, por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (60) donde predomina el sexo femeninos con 3956761 (52,1)

El estudio de López (62) realizado en Quito 2013, predomina el sexo femenino con 65%, en contraposición con nuestro estudio.

Saltos(63) Guayaquil 2015 donde predomina el sexo masculino con 128 (55,17), siendo similar a nuestro estudio.

**Tabla N° 3 Pacientes hipertensos según estado civil de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Estado Civil	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
Soltero	8	7,8
Casado	49	48
Unión libre	35	34,3
Viudo	10	9,8
Total	102	100

Se pudo observar en la tabla anterior un predominio de los casados con 49(48%), seguido de los de unión Libre con 35(34,3%).

Con respecto a esta variable, el estudio de Chiluiza (8) Ambato 2016 donde predomina los casados con 86 (78.2%), siendo similar a nuestro estudio.

Similar al estudio de Vilchez (61) Piura 2018 donde predominan los casados con 173 (51,5%).

**Tabla N° 4 Pacientes hipertensos según Nivel de Instrucción de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Nivel de Instrucción	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
Ninguno	7	6,9
Primaria	13	12,7
Secundaria	30	29,4
Bachiller	32	31,4
Superior	20	19,6
Total	102	100

En la tabla 4 se pudo observar que del total de paciente hubo un predominio de los bachiller con 32 (31,4%), seguido los de secundaria con 30 (29.4%)

El estudio de Chiluiza (8) de Ambato 2016 se contrapone a este estudio ya que el nivel de instrucción que predomina en su estudio es primaria con 83 (75.5%) y al estudio de Saltos (63) Guayaquil 2015 donde predomina el nivel de instrucción secundaria con 133 (57,33%).

**Tabla N° 5 Pacientes hipertensos según Nivel socioeconómicos de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Percápita familiar	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
Pobreza extrema	34	33,3
Pobreza	52	50,9
Ingreso óptimo	16	15,7
Total	102	100

Se observó en la tabla anterior que de los pacientes hipertensos predomino con 52(50,9%) el nivel pobreza, seguido de pobreza extrema con 34 (33,3%).

Se contrapone al estudio que realiza Chiluiza (8) de Ambato 2016 en el cual también predomina el nivel socioeconómico bajo con 62 (56.4%), el cual al relacionarlo con el percápita familiar resulta ser pobreza extrema.

**Tabla N° 6 Pacientes hipertensos según apoyo familiar de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Apoyo familiar</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	32	31,4
Regular	70	68,6
Total	102	100,0

De acuerdo al apoyo familiar que percibieron los pacientes hipertensos predominó con un 70 (68,6%), que tuvieron regular apoyo, seguido de que buena con 32 (31,4%) que tienen apoyo familiar, quedando 0 en la opción mala.

En el estudio de Arévalo y colaboradores hecho en Cuenca 2016 (64), donde valora el apoyo familiar si está o no presente, predomina que está presente el apoyo familiar con 78 (51,6%).

**Tabla N° 7 Pacientes hipertensos según conocimiento de la enfermedad de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Conocimiento de la enfermedad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Conoce	66	64,7
No conoce	36	35,3
Total	102	100

De las personas hipertensas incluidas en el estudio el 66(64,7%) de ellos si poseían conocimiento de la hipertensión arterial.

Este estudio tiene resultado similar en cuanto al conocimiento de la enfermedad con el de Lucy Coque (20) de Ambato 2013 con 56(57.1%) de que si conocen de la enfermedad. Contraponiéndose con Zúñiga (55) Chimborazo 2016 ya que en el predominan los que no conocen con 27(67.5%).

**Tabla N° 8 Pacientes hipertensos según controles médicos de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Controles médicos</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	61	59,8
No	41	40,2
Total	102	100,0

Referente a los controles médicos el 61 (59,8%) de los hipertensos del centro de salud Enrique Ponce Luque sí acudieron a sus controles.

Esta variable tiene similitud con el estudio de Lucy Coque (20) de Ambato 2013 con 60 (61.2%), que acuden a los controles médicos.

**Tabla N° 9 Pacientes hipertensos según disponibilidad del tratamiento antihipertensivo de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Disponibilidad de tratamiento</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	43	42,2
A veces	51	50
Nunca	8	7,8
Total	102	100,0

En la tabla 9 se pudo observar que 51 (50%) de los pacientes hipertensos a veces tenían disponible el fármaco, seguido de los que siempre tenían disponible con 43(42,2%).

La disponibilidad del tratamiento se contrapone con el estudio de Chiluiza en Ambato en el 2016 (8) donde predomina los que tienen disponible el tratamiento con 82 (74.5%).



**Tabla N° 10 Pacientes hipertensos según la relación médico paciente que perciben de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>Relación médico paciente</b>	<b>Número(N°)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Buena	46	45,1
Regular	33	32,4
Mala	23	22,5
Total	102	100

Los pacientes del centro de salud solo 46(45%) pacientes tuvieron buena relación médico paciente, siendo así que en un 33(32%) y 23(22,5%) tenían una relación regular y mala respectivamente.

Chiluiza en Ambato en el 2016 (8) en su estudio valora como el paciente se siente con la atención recibida por su médico donde predomina con 56 (50,9%) los que estaban insatisfechos, es decir, que no hubo buena relación médico paciente lo que se contrapone a este estudio.

#### **Nivel de adherencia**

En la siguiente tabla N° 11 se observó el nivel de adherencia de los pacientes objeto del estudio, lo que correspondió al segundo objetivo específico que es determinar el nivel de adherencia.

**Tabla N° 11 Pacientes hipertensos según nivel de adherencia de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

<b>NIVEL DE ADHERENCIA</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Adherente	14	13,7
Parcialmente adherente	37	36,3
No adherente	51	50
Total	102	100,0

En la tabla 11 se pudo notar que del 100% de pacientes hipertensos 51(50%) no son adherentes lo que se correlaciona a estudios ya realizados a nivel mundial.

Los resultados en este estudio se contrapone al estudio de Santiago A. La Habana 2016 (13) en donde 102 (41.6%) pacientes no se adhieren, siendo mayor los adheridos con el 143(58.4%), otro estudio realizado en México por Ulises (65) donde 181(52%) de los pacientes se adhieren al tratamiento terapéutico.

Siendo similar al estudio de Zúñiga (55) donde 33(82,5 %) pacientes no se adhieren siendo.

### Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

A continuación se observaran las tablas desde la 12 a la 21 donde se tomó en cuenta el nivel de adherencia con relación a las variables sociodemográficas y clínicas lo que dio salida al objetivo de identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento además de determinar la asociación estadística entre factores vinculados y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

**Tabla N° 12 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación a la edad de tres consultorios del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Edad	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
30-39	1	1	4	3,9	2	2	7	6,9	0,9
40-49	3	2,9	6	5,9	8	7,8	17	16,7	
50-59	3	2,9	12	11,8	15	14,7	30	29,4	
60-69	5	4,9	6	5,9	18	17,6	29	28,4	
Más de 70	2	2	9	8,8	8	7,8	19	18,6	
Total	14	13,7	37	36,3	51	50	102	100	

En cuanto a la tabla 12 sobre la relación la edad con el nivel de adherencia, fue llamativo que los de edad comprendida entre 60 a 69 años que representaron 29(28,4%) de todos los pacientes, de ellos 18(17,6%) no son adherentes, siendo la edad un factor que influyó en la adherencia al tratamiento a mayor edad menor adherencia, tuvo una p 0.9, siendo así que no hay asociación estadísticas entre las dos variables.

Contraponiéndose con el estudio de Chiliza en donde los de 70 años y más son los que predominan en la no adherencia con 21 (39.7%).

**Tabla N° 13 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación al sexo del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Sexo	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Masculino	9	8,8	18	17,6	28	27,5	55	53,9	0,7
Femenino	5	4,9	19	18,6	23	22,5	47	46,1	
Total	14	13,7	37	36,2	51	50	102	100	

En la tabla 13 se observó que el sexo masculino predomina con 28 (27,5%) del 55 (53,9%) de las personas hipertensas del estudio, en cuanto a la influencia que tiene esta variable con el nivel de adherencia no es muy significativa debido que no hay mucha diferencia en los porcentajes en ambos sexo, teniendo una p 0,7 que significa que no se asocian las dos variables.

En esta variable a diferencia de un estudio realizado en Córdoba por Ruiz en el 2014 (67) en el cual se observa que ambos sexos fueron parcialmente adherente con 80(88%) y 123 (88%) mujeres y hombres respectivamente, contraponiéndose con el estudio de Salazar y colaboradores en Cuenca en el 2012 (68) ya que la no adherencia predomina en las mujeres con un 73,5%, similar al estudio de Vilchez (61) Piura 2018 donde también predomina los no adherente en el sexo masculino con 138(67,53%).

**Tabla N° 14 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación con el estado civil del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Estado Civil	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Soltero	3	2,9	3	2,9	2	2	8	7,8	0,5
Casado	5	4,9	17	16,7	27	26,4	49	48	
Unión libre	6	5,9	11	10,8	18	17,7	35	34,3	
Viudo	0	0	6	5,9	4	3,9	10	9,8	
Total	14	13,7	37	36,3	51	50	102	100	

En este cuadro se observa un predominio de los casados que no están adherido con 27(26,4%) de 49(48%), aunque se puede observar que si tomamos en cuenta los diferentes estado, el de unión libre presento mayor influencia con 18(51%) de 35(100%), teniendo p 0.5, es decir no hay asociación estadística.

Contraponiéndose al estudio realizado por Chiluzza (8) en donde los casados tienen un valor mayor de no adherencia con el 38(71.1%), al igual que en el estudio de Zúñiga (55) realizado en Riobamba en el 2017 donde también no se adhieren los casados con 15(37,5).

**Tabla N° 15 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación con el nivel de instrucción del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Nivel de Instrucción	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Ninguno	0	0	3	2,9	4	3,9	7	6,9	0,3
Primaria	1	1	6	5,9	6	5,9	13	12,7	
Secundaria	3	2,9	11	10,8	16	15,7	30	29,4	
Bachiller	7	6,9	12	11,8	13	12,7	32	31,4	
Superior	3	2,9	5	4,9	12	11,8	20	19,6	
Total	14	13,7	37	36,3	51	50	102	100	

En esta tabla observamos que el nivel de instrucción que prevaleció del total de los pacientes hipertensos son los de la secundaria con 16(15,7%) es no adherente, aunque se observa que mayor influencia se encuentra en el nivel superior con 12(60%) del total de pacientes de este grupo que es 20(100%), esta variable obtuvo una p 0.3, es decir no hay asociación estadística.

Chiluzza en su estudio (8), demuestra que los de primaria predominan con 43(39%) de los no adherentes lo cual se contrapone a este estudio, en cuanto el estudio realizado por Ruiz (67) donde predominan los parcialmente adherentes con 97(41,9%), siendo solo el 2(0,8%) de los pacientes en bachillerato no son adherentes.

**Tabla N° 16 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación con el percapita familiar del Centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Percapita Familiar	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Pobreza extrema	3	2,9	11	10,8	20	19,6	34	33,3	0,4
Pobreza	7	6,9	24	23,5	21	20,6	52	50,9	
Ingreso óptimo	4	3,9	2	2	10	9,8	16	15,7	
Total	14	13,7	37	36,3	51	50	100	99,9	

En la tabla 16 podemos apreciar que del total de pacientes hipertensos que se encontraron con un percapita familiar de pobreza con 21(20,6%) es no adherente, pero el que mayor influencia tiene con 10(60%) de 16 (100%) de los que tuvieron ingreso óptimo, con una p0.4, no hay asociación estadísticamente significativa.

Chiluza en su estudio tiene predominio de no adherencia en el nivel socioeconómico bajo con 30 (27.2%) lo cual se contrapone a este estudio.

**Tabla N° 17 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación al apoyo familiar en la población del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Apoyo Familiar	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Buena	8	7,8	13	12,7	11	10,8	32	31,4	0,01
Regular	6	5,9	24	23,5	40	39,2	70	68,6	
Total	14	13,7	37	36,3	51	50	102	100	

De 70(68,6) de los pacientes que percibieron un apoyan regular por parte de los familiares, de ellos 40(39,2%), con una p=0 lo cual indico que si hay asociación estadísticamente significativa.

En el estudio de Arévalo y colaboradores hecho en cuenca 2016 (64), donde valora el apoyo familiar si está o no presente, predomina los que no tienen apoyo familiar en la no adherencia al tratamiento con 50(68,49).

**Tabla N° 18 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación al conocimiento de la enfermedad de la población del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Conocimiento de la enfermedad	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Conoce	10	9,8	21	20,6	35	34,3	66	64,7	0,6
No conoce	4	3,9	16	15,7	16	15,7	36	35,3	
Total	14	13,7	37	36,3	51	50	102	100	

En la tabla 18 se pudo observar la relación del nivel de adherencia con el conocimiento de la enfermedad de 66(64,7%) pacientes que conocen hay un predominio del 35(34,3%) no es adherente al tratamiento, con una  $p=0,6$ , no hay asociación estadísticamente significativa.

En cuanto al conocimiento el estudio realizado en Ambato por Chiluzza (8) se contraponen a este ya que en el predominio que los pacientes que no conocen de la enfermedad son los que no se adherieron con 24(60%).

**Tabla N° 19 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación a los controles médicos de la población del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

controles médicos	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	14	13,7	29	28,5	18	17,7	61	59,8	0,0
No	0	0	8	7,8	33	32,3	41	40,2	
Total	14	13,7	37	36,3	51	50	102	100	

En la tabla anterior de los pacientes que sí acudieron a controles médicos con 61(59,8%) de ellos predominaron los parcialmente adheridos con 29(28,5%); de aquellos que no acudieron a sus chequeos médicos con 41(40,2%), el 33(32,3%) de

ellos no son adherente, influyendo el no acudir a control médico para la no adherencia con 33 (80,4%) de 41 (100%), con una P 0 lo cual indica que hay asociación estadística. Esta variable tiene similitud con el estudio de Lucy Coque (20), ya que predominan los no adherentes aquellos que no acuden a control médico con 26(68%).

**Tabla N° 20 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación a la disponibilidad del fármaco en la población del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Disponibilidad del tratamiento	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Siempre	13	12,7	13	12,7	17	16,6	43	42,2	0,01
A veces	1	1	23	22,5	27	26,5	51	50	
Nunca	0	0	1	1	7	6,9	8	7,8	
Total	14	13,7	37	36,3	51	50	102	100	

De estos pacientes con un predominio del 51(50%) que a veces tenían disponible el tratamiento, predomino con 27(26,5%) pacientes no adherentes, representando el 52,9% de estos, siendo así que de 8(100%) pacientes que nunca tuvieron el tratamiento disponible, 7(87,5%) de ellos no se adherieron; con una p=0, en estas dos variables hay asociación estadísticamente significativa.

Contraponiéndose con el estudio de Chiluzza donde predomina los que no tienen disponible el tratamiento con 82(74.5%), de los cuales 45(84,9%) no fueron adherentes, representando el 40,9% del total de la población estudiada.

**Tabla N° 21 Nivel de adherencia de los pacientes hipertensos en relación a la relación médico paciente en la población del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.**

Relación médico paciente	Nivel de Adherencia								
	Adherente		Parcialmente adherente		No adherente		Total		P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Buena	8	7,8	12	11,8	26	25,5	46	45,1	0,3
Regular	5	4,9	18	17,7	10	9,8	33	32,4	
Mala	1	1	7	6,9	15	14,7	23	22,5	
Total	14	13,7	35	35	51	50	100	100	

En lo que compete a la relación médico paciente, de 46(45,1%) pacientes ,de ellos 26(25,5%) no fueron adherente, en cambio en aquellos que tuvieron mala relación con su médico que resultó 23(22,5%), de ellos 15(14,7%) no fueron adherente, representando teniendo una p 0.3, no hay relacion estadísticamente significativa.

Chiluiza (8) en su estudio valora como el paciente se siente con la atención recibida por su médico donde predomina con 56 (50,9%) pacientes que están insatisfechos, de estos 46(86.8%) no se adhieren al tratamiento.



## **17 CONCLUSIONES**

Existe predominio de la población de 50 a 59 años, sexo masculino, en su mayoría bachilleres, casado, en cuanto al percapita familiar predomina el nivel de pobreza, cuentan con apoyo familiar regular, tienen conocimiento de la enfermedad, predominan los que acuden a controles médicos, a veces tienen disponibilidad al fármaco y en su mayoría tiene buena relación con su médico.

Del total de la población en estudio predominan los pacientes no adherentes al tratamiento y por último con un porcentaje que solo representa a la cuarta parte de la población en estudio son adherentes.

Las variables que tienen asociación estadística significativa con el nivel de adherencia son los controles médicos, el apoyo familiar y la disponibilidad al tratamiento.

## **18 VALORACION CRÍTICA**

Se considera que este estudio se pudo realizar gracias a que el médico familiar ha permanecido durante tres años en el sector brindando atención personalizada, con calidad y calidez, mejorando la relación médico paciente, dando apertura en cada uno de sus hogares para la aplicación de las encuestas con la privacidad y confidencialidad necesaria, teniendo como limitante que la investigación, se realizó en una la población de tres consultorios y no incluyó a todos los pacientes que acudieron al centros de salud. Por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar a todos los pacientes hipertensos que pertenecen al centro de salud. Sin embargo, los resultados tienen importantes conocimientos para un EAIS dentro de las mismas características. Además no fueron evaluados todos los factores que podrían estar influyendo en la adherencia, por ser un primer contacto al problema.

Se recomienda continuar con la realización sobre este estudios, para conocer los diferentes factores que influyen en este tema, así prevenirla, atenderla, y evitar las complicaciones que esto conlleva, y en base a estos proponer estrategias educativas incluyendo, teniendo en consideración la prevención de los factores relacionados y sus consecuencias tanto a nivel individual como en la familia y en la comunidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet].2015; [Citado 10 de octubre 2018].8p Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es>
- 2.- Herrera Giró M, Acosta González M, Dueñas Herrera A, Armas Rojas N, De La Noval García R, Castellanos Almeida J. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud.. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2017 [citado 2018 Oct 22];23(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/697>
- 3.- González RMC. Hipertensión arterial en el adulto mayor. Atención Primaria de Salud. Biblioteca Médica Nacional. Boletín Salud del Barrio. [Internet]. 2017; [citado 2018 Oct 22]; Disponible en: [http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/697/html\\_82](http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/697/html_82)
4. Xb carrasola, L.J.Hund, Ca.Rojas. Epidemiología de la hipertensión arterial. ARS MEDICA Revista de ciencias médicas monografía de educación continua [Internet]. 2017; Vol 21(N 2): 89. [Citado 10 de mayo 2017] Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?cluster=14161986650297836176&hl=es&as\\_sdt=0,5&as\\_ylo=2013](https://scholar.google.es/scholar?cluster=14161986650297836176&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2013)
5. Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Hugo Baglivo, Carlos Velázquez, Guillermo Burlando, Oswaldo Kohlmann,. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol. [Online] 2010; Vol. 29 pág. 117. [ citado 10 de mayo 2017]. Disponible en: <http://hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/Guias-Latinoamericanas-HTA.pdf>
- 6.- OMS. Enfermedades cardiovasculares. Respuesta de la OMS. [Internet]. 2017; [Citado 10 de octubre 2018].8p Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es>
7. - Fung, V., Huang, J., Brand, R., Newhouse, J. P. y Hsu, J. Hypertension treatment in a medicare population: adherence and systolic blood pressure control. Clinical

Therapeutics, 29(5), 972-984[Online] 2007; [citado 10 de mayo 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17697916>

8.- Mayra Alexandra Chiliza Ramírez. “Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, parroquia San Andrés.” [Tesis Doctoral internet] 2016 Ambato, Universidad técnica de Ambato; [Consultado 23 de mayo 2018]; Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/24240>

9.- Martha Matilde Castaño Vergara. Efecto de la adherencia en actividades del equipo de salud del programa de todo corazón con relación a las metas clínicas establecidas en el programa de la Organización Mutual ser EPS; [Tesis internet] Cartagena 2009 a 2015. Disponible en [:http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7473/martha.pdf?sequence=1](http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7473/martha.pdf?sequence=1)

10.- Zubeldia Lauzurica, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Pública. Vol. 90; 2016:1 de abril e1-e11. [Online] 2016; [citado 17 de mayo 2017] disponible en: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C\\_LZL.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_LZL.pdf)

11.- Patricio López J., Ramiro a. Sánchez y colaboradores. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome Metabólico. [Online] 2013; [citado 17 de mayo 2017] disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/amc/v38n3/v38n3a11.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v38n3/v38n3a11.pdf)

12.- Enrique Manuel Donado Dadillo. Prevalencia de Hipertensión Arterial, proporción de Hipertensos que lo desconocen y algunos posibles factores de riesgo asociados, en El Municipio De Santo Tomás – Atlántico. Universidad Nacional de Colombia Facultad de medicina Departamento de salud pública Bogotá, d. C. 2010; [Tesis internet]. 20 may. 2018; [citado 20 de octubre 2018] disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/8780/1/598031.2010.pdf>

13.-López Vázquez Santiago A, Chávez Vega Raúl. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb [citado 2018 Oct 22] ; 15( 1 ). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006&lng=es)

14.- Jiménez Fernández Liset, Siverio Mota Dany, Chala Tandrón Juan Miguel, Brito Ferrer Yudileidy, Armada Esmores Zoila. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. CorSalud [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Oct 22]; 9(1): 10-18. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2078-71702017000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702017000100002&lng=es).

15.- Luna-Breceda U, Haro-Vázquez SR, Uriostegui-Espíritu LC, Barajas-Gómez TJ, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. Aten Fam. [Online] 2017; [citado 2018 Oct 22]; 24(3):116-120. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-nivel-adherencia-terapeutica-pacientes-con-S1405887117300408>

16.- Instituto Nacional de Salud y Nutrición. Principales causas de mortalidad. [Internet] 2018; [Consultado 12 de octubre 2018]; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

17.- S. Alexandra Guamán G. “Hipertensión Arterial, Falta De Adherencia al tratamiento y su relación con las complicaciones, estudio a realizar en pacientes atendidos en el Hospital Martín Icaza De Babahoyo Período 2015” [Internet] 2015. [Consultado 12 de octubre 2018]; Disponible en : [https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=2ahUKEwiFr5H3\\_p\\_eAhWMmlkKHdg\\_Db4QFjAGegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Fbitstream%2F34209%2F1%2FCD%25201418-%2520GUAMAN%2520GALDEA%2520SILVIA%2520ALEXANDRA.pdf&usg=AOvVaw3FEG3ln9PZJP-ST4EY2HXk](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=2ahUKEwiFr5H3_p_eAhWMmlkKHdg_Db4QFjAGegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Fbitstream%2F34209%2F1%2FCD%25201418-%2520GUAMAN%2520GALDEA%2520SILVIA%2520ALEXANDRA.pdf&usg=AOvVaw3FEG3ln9PZJP-ST4EY2HXk)

18.- Castells, Eva y otros. “Hipertensión Arterial”. [Internet] medynet 2011. [Citado 6 de octubre del 2017]; Disponible en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>.

19.- JNC 7. Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América. Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA ( internet) 2010(citado 27 de octubre 2017) disponible en : <https://medfamcom.files.wordpress.com/2010/03/jnc-7-en-espanol.doc>

20.- Coque Tutasig, Lucy del consuelo.” Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo marzo del 2011”. [Tesis Doctoral internet] Ambato Universidad Técnica de Ambato 2013. [Citado 30 de mayo 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/3154>

21.- Adriana Abigail Valenzuela-Flores y colaboradores. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. (Internet) 2016 (citado 13 de octubre 2018); 54(2):249-60. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im162q.pdf>

22.- Dr. Rodrigo Tagle. Diagnóstico de hipertensión arterial. Rev. Med. Cli. Las Condes. (Internet) 2018 Chile. (Citado 13 de octubre 2018); Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300099#!>

23.- Patrick Wagner-Grau. Fisiopatología de la hipertensión arterial. An Fac med. (Internet) 2010 (citado 13 de octubre 2017); 71(4):225-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a03v71n4.pdf>

24.- Eva Castells Bescós, Antonio R. Boscá Crespo, Carlota García Arias, Miguel Ángel Sánchez Chaparro. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. [Internet]; [citado 27 de octubre de 2017];disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

- 25.- Benjamín Huerta Robles. Factores de riesgo para la hipertensión arterial Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. (INCICH. Juan Badiano No. 1, 14080 México, D.F.). Ozumba No. 8, Col el Conde, Naucalpan Vol. 71 Supl. 1/Enero-Marzo (online) 2001:S208-S210. [citado 13 de octubre de 2017]; disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>
- 26.- José Manuel Sosa-Rosado. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. [Internet]An Fac med. 2010;71(4):241-4[citado 13 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a06v71n4>
- 27.- Dr. Juan Ramón Soto. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Rev. Med. Clin. Condes. [Online]. 2018; [citado 6 de octubre de 2018]; 29(1) 61-68. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864018300051?token=034D8F39D6EE9C88F1FFD0A71AD00CD2A80FCA305BE6A575BF6337A06F7F4CAFD7A98C731C8995D3DD6293CB4C79B9CD>
- 28.- Dra. Beatriz Riondet, Dr. Raúl Echeverría. Tratamiento de la hipertensión arterial. [Online]; [citado 6 de octubre de 2018]; Disponible en: [http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta\\_01/trathta3.pdf](http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/trathta3.pdf)
- 29.- Infac. Información fármaco terapéutica de la Comarca. Tratamiento farmacológico de La hipertensión arterial [Online]; 2015. [Citado 6 de octubre de 2018]; 23 • Nº 5 • Disponible en: [http://www.medinformatica.net/TERAPEUTICA-STAR/Hipertension\\_arterial\\_Infac\\_vol\\_23\\_n05\\_2015.pdf](http://www.medinformatica.net/TERAPEUTICA-STAR/Hipertension_arterial_Infac_vol_23_n05_2015.pdf)
- 30.- Bryan Williams, Giuseppe Mancia, y colaboradores, ESC Scientific Document Group; 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, *European Heart Journal*. [Online]; September 2018. [Citado 6 de octubre de 2018]; Vol. 39, Issue 33, 1, Pages 3021–3104. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- 31.- Kjeldsen S, Feldman RD, Lisheng L, Mourad JJ, Chiang CE, Zhang W, Wu Z, LiW, Williams B. Updated national and international hypertension guidelines: a review of current recommendations. *Drugs* [Online];2014 [Citado 6 de octubre de

2018];74: 2033–2051. Disponible en:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40265-014-0306-5>

32.- Sánchez Ramiro A, Ayala Miryam, Baglivo Hugo, Velázquez Carlos, Burlando Guillermo, Kohlmann Oswaldo et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2010 [citado 2018 Nov 03]; 29(1): 117-144. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es).

33.- Míriam Rodríguez Herrera. Fármacos y guías de su uso de la hipertensión arterial. [Internet]. 2018 La Laguna [Citado 6 de octubre de 2018]; Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/8683/Farmacos%20y%20guias%20de%20su%20uso%20en%20la%20hipertension%20arterial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

34.- Eduardo Guija Villa y Grupo HTA de semFYC. Traducción de los puntos destacados de la guía estadounidense de hipertensión arterial.[Internet]. 2017. [citado 2018 Nov 03]; Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2017/12/TRADUCCI%C3%93N-DE-GUIA-AHA-2017.pdf>

35.- Guillén, V. F. G., Carbonell, V. P., Juan, H. M., & Sánchez, J. M. Hipertensión arterial. Guía de Actuación Clínica en AP. [Internet]. 2018 San Juan. [Citado 6 de octubre de 2018]; Disponible en: <http://www2.san.gva.es/docs/dac/guiasap021hta.pdf>

36.- Felipe Inserra. Diuréticos en el tratamiento de la hipertensión arterial. ¿Qué lugar ocupan hoy?. [Internet]; [Citado 6 de octubre de 2018]; Cap. 111. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.111.pdf>

37.- Jonathan Troncoso R. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. [Internet]. Junio 2018. [Citado 27 de octubre de 2017]; Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Articulo-HTA-Jonathan.pdf>

38.- Wong GWK, Boyda HN, Wright JM. Blood pressure lowering efficacy of beta-1 selective beta blockers for primary hypertension [Internet]. Cochrane Database of



Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD007451. DOI: 10.1002/14651858.CD007451.pub2 [Citado 27 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD007451/bloqueantes-selectivos-beta-1-para-el-tratamiento-de-la-hipertension>

39.- Blanca Díez Gutiérrez. Curso básico sobre hipertensión. Tema 1. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) [Internet]. Enero 2017. [Citado 27 de octubre de 2017]; Vol. 31 .Núm. 1. disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X021393241760714X>

40.- Jorge H Altamirano, Jose L Cacharrón, Guillermo Hernandez, Virginia Altamirano. Antagonistas de receptores de angiotensina II. [Internet]. [Citado 6 de octubre de 2018]; Cap. 118. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.118.pdf>

41.- Itxaso Garay, Lorena Vega, Esther Ganado. Curso básico sobre hipertensión. Tema 2 Antagonistas de los receptores de la angiotensina II. [Internet].Marzo 2017. [Citado 27 de octubre de 2017]; Vol. 31 .Núm. 2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932417608747>

42.- Laura Martínez Rodríguez Y Lorena Mármol Gutiérrez. Curso básico sobre hipertensión. Tema 4 Betabloqueantes. [Internet]. Julio 2017. [Citado 27 de octubre de 2017]; Vol. 31 .Núm. 4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932417614186>

43.- Núria Homedes Beguer, Antonio Ugalde. Boletín Fármacos: Fármaco-vigilancia y Uso Apropiado de los Medicamentos. [Internet]. EE.UU. Mayo 2017. [Citado 27 de octubre de 2018]; Disponible en: <http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/may201701/portada/>.

44.- Marta Olmedillo Rodríguez. Curso básico sobre hipertensión. Tema 5 Bloqueantes de los canales del calcio. [Internet]. Septiembre 2017. [Citado 27 de octubre de 2018]; Vol. 31 .Núm. 5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932417617164>

45.- ESC Guidelines [Internet]2013ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension - European Heart Journal (2013) 34, 2159–2219 doi:10.1093/eurheartj/eh151 [Citado 6 de octubre de 2017];disponible en: [www.cardio.dk/docman/doc\\_download/518-arterial-hypertension-management-of](http://www.cardio.dk/docman/doc_download/518-arterial-hypertension-management-of)

46.- Paul A. James, MD 1; Suzanne Oparil y colaboradores. JNC 8 – 2014 Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos. [Internet]. JAMA 2014; [Citado 6 de octubre de 2017]; 311 (5):507-520; doi: 10.1001/jama.2013.284427

47.- David Castro Serna, Germán Vargas Ayala. Guías Europeas de Hipertensión 2013.Avances del JNC 8 Guías NICE. [Internet]; Diciembre 2013. [Citado 6 de octubre de 2017]; Vol. 1. Disponible en: [https://nietoeditores.com.mx/nieto/Diabetes/art.revision\\_guias\\_europeas.pdf](https://nietoeditores.com.mx/nieto/Diabetes/art.revision_guias_europeas.pdf)

48.- Real Academia Española. [Página en Internet]. España: DRAE; 2010 [actualizada 16 febrero 2010; consultado 2 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=adherencia>

49.- López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoci. Salud. [Página en Internet]. 2016. [Citado 6 de octubre de 2017];; 21(1): 117-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>

50.- Nogués Solán X., Sorli Redó M. L., Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2007 Mar [citado 2018 Nov 04] ; 24( 3 ): 138-141. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es)

51.- Blanch J., Casado E., González J., Valdés C., Ruiz-Baena J., Palomino R. et al. Percepción de los profesionales médicos respecto la adherencia terapéutica de los pacientes con osteoporosis. Rev Osteoporos Metab Miner [Internet]. 2016 Mar [citado 2018 Nov 04]; 8(1): 15-23. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1889-836X2016000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-836X2016000100003&lng=es).

52.- Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cub Salud Publica [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2 de noviembre 2017]; 30(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lng=es)

53.- OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2004, p. 202. [Consultado 2 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

54.- Andrea Osácar Hernández. Hipertensión arterial: adherencia al tratamiento. [Tesis Grado en Enfermería internet]. Universidad Pública de Navarra 2016 [citado 2 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/23387/TFG%20OSACAR.A..pdf?sequence=1>

55.- Dra. Carmen Isabel Zúñiga Vaca. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Barrió la inmaculada, guano, enero a junio 2016. [Tesis Doctoral internet]. Riobamba. Escuela superior politécnica de Chimborazo 2017. [Consultado 6 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/6024/1/10T00179.pdf>

56.- Carlos Julio Ramírez Pinzón. Adherencia a la farmacoterapia en pacientes hipertensos ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, Norte de Santander (Colombia). [Tesis internet]; Universidad Francisco de Paula Santander.2014; [Consultado 6 de noviembre 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5599252.pdf>

57.- Ocampo Rujel, P. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. [Internet] (2014) 181-192.

[Consultado 6 de noviembre 2017] Disponible en:<https://doi.org/10.21895/in-cres.v5i2.412>

58.- Rafael Santiago Loachamín Huertas, Fabricio Xavier Lata Cando. Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial y sus determinantes en pacientes hipertensos ambulatorios atendidos en el servicio de cardiología del hospital Eugenio Espejo, durante el segundo semestre. [Tesis Doctoral internet].2014quito; Universidad Central Del Ecuador. . [Consultado 6 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4633/1/T-UCE-0006-116.pdf>

59.- Salud PM. Constitución de la República del Ecuador., Ecuador Saludable base legal. [Online]; 2013 [citado 2017 noviembre 23]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>.

60.- Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Internet] 2018; [Consultado 12 de octubre 2018]; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

61.- Vílchez Calle, Jelfer Antonio. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD-Piura, Enero a Diciembre. Perú. [Tesis Internet] 2018; [Consultado 12 de octubre 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1219>

62.- Oswaldo Galvany López Erazo. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo Febrero- Abril [Tesis Internet] 2013. [Consultado 12 de octubre 2017]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5930>

63.-Efrain Ignacio Saltos Villafuerte. Factores causales en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital General Hosnag. [Tesis Internet]; 2015 [Consultado 12 de octubre 2017]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10944/1/Adherencia%20Tratamiento%20HTA.%20Efrain%20Saltos%20V%20Tesis.pdf>

64.- Arévalo M, López M, López D, Martínez F. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. [Internet] Rev Med HJCA

2016; 8(1): 8-13. [Consultado 23 de mayo 2018]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.01>

65.- Ulises Luna B., Socorro Haro V., Lizbeth C. Uriostegui E., Teresa Barajas G., Dora A. Rosas N. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. [Internet] 2016. [Consultado 23 de mayo 2018]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S1405887117300408>

66.- Liliana Rosario Montoya Sevillano. Factores asociados al paciente y adherencia al tratamiento con enalapril Policínico El Porvenir Essalud. [Internet, tesis]; Marzo - Agosto 2013. [Consultado 23 de mayo 2018]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/2653/TESIS%20MAESTRIA%20LILIANA%20%20ROSARIO%20MONTROYA%20SEVILLANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

67.- Teresa Adriana Ruiz Lávida. Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz. [Tesis Doctoral internet] 2014 Córdoba Ver, Universidad Veracruzana [Consultado 23 de mayo 2018]; Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Adri.pdf>

68.- Salazar J, Sarmiento F, Sarmiento P. Prevalencia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo subcentro de Miraflores-Cuenca. [Internet] Rev. Med. HJCA 2012,4(2):116-122. [citado 2018 Mayo 24]; Disponible en: [revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/229](http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/229)

**Anexo 1. Consentimiento informado.**

Yo: .....; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en una evaluación tipo test a través de entrevista personal.

La investigación a realizarse es: “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de los consultorios 1,2,3 del centro de salud Enrique Ponce Luque periodo 2017-1018”.

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento Nombre: Gardenia Estrada

1. Declaro que he leído (me han leído) la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
3. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
4. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas la respuestas recibidas a las mismas.

Paciente:.....

C.c. No. ....

Fecha:.....

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

Estimado paciente:

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

Nombre: \_\_\_\_\_

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

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

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

A) 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 \_\_\_\_\_

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si \_\_\_\_\_

2. No \_\_\_\_\_

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

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



### ANEXO 3 CUESTIONARIO

#### A.- Conocimiento de la enfermedad

1.- marque con una x que es la hipertensión arterial.

A\_\_\_ una enfermedad que se cura si se trata

B\_\_\_ una enfermedad para toda la vida que puede complicarse

C\_\_\_ una enfermedad para toda la vida que no se complica

2.- Conoce la importancia de controlar la presión arterial

A.- SI

B.- NO

3.- conoce que la hipertensión arterial causa complicaciones

1. Si\_\_\_\_\_

2. No\_\_\_\_\_

#### B.- Disponibilidad del tratamiento (Pregunta 1) y apoyo familiar (preguntas 2, 3 y 4).

Afirmaciones	Siempre	A veces	Nunca
1. Si no hay la medicación en el centro de salud usted la puede comprar			
2. Su familia supervisa que tome el medicamento			
3. Su familia le ayuda a conseguir el medicamento cuando no puede tenerlo			
4. Es acompañado al médico por un familiar cuando se siente mal			

### C.- Relacion Médico- paciente

Afirmaciones	Siempre	A veces	Nunca
1. Su médico le escucha y se preocupa por lo que le refiere de su salud cuando asiste a consulta			
2. Su médico se preocupa por su enfermedad y le visita para el control de su presión			
3. Su médico le explica de su enfermedad y usted lo entiende cuando le escucha			
4. Se siente a gusto con su médico y le gustaría que no fuera cambiado por otro			



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Estrada Villegas Gardenia De Lourdes** con C.C: # **0918263914** autora del trabajo de titulación: **"Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de tres consultorios del Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018"** previo a la obtención del título de **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 del 2018

f. Gardenia Estrada V.

**Estrada Villegas Gardenia De Lourdes**

**C.C: 0918263914**

<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	"Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de tres consultorios del Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018".		
<b>AUTOR(ES)</b>	Gardenia De Lourdes Estrada Villegas		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. José Ismael Dranguet Bouly		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de diciembre del 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>70</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ciencia de la Salud, Medicina, Medicina Familiar y comunitaria		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Adherencia terapéutica, factores asociados, hipertensión, cumplimiento de la medicación, enfermedad crónica, seguimiento fármaco-terapéutico/ Therapeutic adherence, associated factors, hypertension, compliance with medication, chronic disease, pharmacotherapeutic follow-up		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p><b>Antecedentes:</b> La OMS indica que los países en desarrollo la no adherencia al tratamiento constituye un importante problema de Salud Pública "ubicándose como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos", debido a la escasez de recursos y a la iniquidad en el acceso a la atención en salud. <b>Materiales y Métodos:</b> estudio observacional, analítico, transversal, y retrospectivo que incluyó 102 pacientes hipertensos mayores de 30 años, que pertenecen a los tres consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque, año 2018, la información fue tomada a través de una encuestas, historia clínica y ficha familiar. <b>Resultados:</b> Del total de 102 hipertensos predominaron los no adherentes con 51 (50%); De las variables estudiadas tuvieron asociación estadística el nivel de adherencia con el apoyo familiar dando una <math>P=0,0009</math>, con los controles médicos con una <math>P=0,0</math> y la disponibilidad del fármaco con una <math>P=0,0</math>. <b>Conclusiones:</b> existe predominio de la población de 50 a 59 años, el sexo masculino, los bachilleres, de estado civil casado, del percapita familiar el nivel pobreza, siendo más de la mitad de la población no adherentes al tratamiento, los factores que tienen asociación estadística son controles médicos, disponibilidad del tratamiento y el apoyo familiar.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0987028203-062454486	<b>E-mail:</b> garloues@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar Varas		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:Xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec">Xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec</a> <a href="mailto:posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec">posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			