

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

**TRABAJO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL  
TITULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**FACTORES RELACIONADOS EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE  
LOS PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES EN DOS  
CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE GUAYAQUIL. AÑO  
2018**

**AUTOR:**

**MD. JORGE LUIS GUNSHA AGUILAR**

**DIRECTOR:**

**DRA. NIURKA GINORIO SUAREZ**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2018**



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

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por el Md. Jorge Luis Gunsha Aguilar, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

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

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

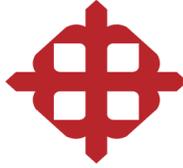
---

Dra. Niurka Ginorio Suárez

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

YO, Md. Jorge Luis Gunsha Aguilar

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “Factores relacionados en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos adultos mayores en dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Santiago de Guayaquil. 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:**

---

Md. Jorge Luis Gunsha Aguilar



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

**AUTORIZACIÓN:**

YO, Md. Jorge Luis Gunsha Aguilar

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 relacionados en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos adultos mayores en dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Santiago de Guayaquil. 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. Jorge Luis Gunsha Aguilar

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: GUNSHA AGUILAR JORGE TESIS URKUNT.doc (D45854747)  
Submitted: 12/17/2018 7:10:00 AM  
Submitted By: drjorgegunsha86@hotmail.com  
Significance: 4 %

### Sources included in the report:

Raul Jonnathan Urgiles Calero.docx (D45622543)  
cuerpo de tesis (1).doc (D23544150)  
<https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/download/1554/1430>  
<https://docplayer.es/8669936-El-problema-de-la-falta-de-adherencia-al-tratamiento-su-importancia-en-hipertension-arterial.html>  
<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Adri.pdf>

### Instances where selected sources appear:

## **1.- AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a Dios por darme la vida, por permitirme llegar a ser lo que siempre soñe como es el ser médico, agradecer a mis padres que aunque lejos del país siempre me brindaron su apoyo incondicional, a mis hermanos y a toda mi familia a los cuales amo mucho y fueron esa fuente de inspiración para seguir luchando. Agradecer a la Misión cubana en nuestro país, encabezada por el Dr. Yubel Batista, su esposa la Dra. Sanny Aranda, a mi tutor durante mi primer año de posgrado el Dr. José Peña Daria, a mi tutora de mi segundo año la Dra. Yanet Pérez Ferreiro y a mi tutora actual y directora de tesis la Dra Niurka Ginorio Suárez; a Geraldine Loor quien desde el departamento de posgrado siempre estuvo dispuesta ayudarnos y a cada uno de los docentes, que con gran esmero nos supieron impartir sus conocimientos en las aulas de la gran querida Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, finalmente agradecer al Ministerio de Salud Pública del Ecuador por la beca asignada para formarme como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, esperando servir con profesionalismo, calidad y calidez a la población de nuestro país.

## **2.- DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación científica va dedicado a mi abuela la Sra. María Victoria Amaguaya Chacha, mi segunda madre, una mujer muy luchadora, llena de grandes virtudes y valores, que me acogió en su humilde hogar desde que llegue a este mundo y que siendo niño me supo inculcar buenas costumbres y valores, los mismos que me permitieron formarme como una persona de bien y como un gran profesional, en vida quiero dedicarle este trabajo de investigación científica a ella por ser un digno ejemplo a seguir.

**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
II COHORTE**

**TEMA:** FACTORES RELACIONADOS EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES EN DOS CONSULTORIOS

DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE GUAYAQUIL, AÑO 2018

**ALUMNO:** JORGE LUIS GUNSHA AGUILAR

**FECHA:**

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACION TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACION SUSTENTACION /40	CALIFICACION 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>						

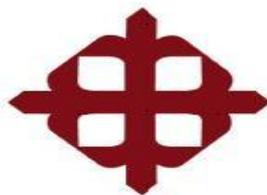
**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**Lo certifico,**

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**F** \_\_\_\_\_

**DR. XAVIER LANDIVAR VARAS**

**DIRECTOR DEL POSGRADO MFC**

**F** \_\_\_\_\_

**DRA SANNY ARANA CANOSA**

**COORDINADORA DOCENTE**

**F** \_\_\_\_\_

**DR. YUBEL BATISTA PEREDA**

**OPONENTE**

### 3.- RESUMEN

**Antecedentes:** Hipertensión Arterial se define como una enfermedad crónica, sistémica y de etiología multifactorial que consiste en el aumento sostenido de las cifras de presión arterial, siendo un problema de salud a nivel mundial. La adherencia terapéutica es el grado en el cual el paciente se acopla a diversas modificaciones indicadas por el profesional de la salud, con la finalidad de mejorar su morbilidad.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio relacional ya que se relacionan dos variables, observacional por no existir intervención del investigador, prospectivo al recoger los datos de fuente de información primaria, transversal por ser medidas las variables en una sola ocasión y analítico al intervenir en el estudio más de una variable.

**Resultados:** prevalece el grupo de edad de 65 a 69 años siendo el sexo femenino más predominante, la mayoría de estos con instrucción primaria y con nivel socioeconómico bajo. En su mayoría parcialmente adheridos al tratamiento farmacológico, toman 1 vez al día su mediación antihipertensiva y no tienen efectos adversos de los mismos. No existe una relación estadísticamente significativa entre los factores relacionados y la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial

**Conclusiones:** la edad, el sexo, el nivel escolar, la frecuencia de administración y los efectos adversos del fármaco no influyen en la adherencia terapéutica de la hipertension arterial.

**PALABRA CLAVE:** Estilo de vida, Hipertensión, Adherencia.

#### 4.- ABSTRACT

**Background:** Arterial Hypertension is defined as a chronic, systemic disease of multifactorial etiology that consists in the sustained increase of blood pressure levels, being a global health problem. The therapeutic adherence is the degree to which the patient is coupled to various modifications indicated by the health professional, in order to improve their morbidity. **Materials and Methods:** A relational study was carried out since two variables are related, observational because there is no researcher intervention, prospective when collecting data from a primary, cross-sectional information source, because variables are measured on a single occasion and analytical when intervening in study more than one variable. **Results:** the age group of 65 to 69 years prevails being the most predominant female sex, most of them with primary education and low socioeconomic status. Mostly partially adherent to drug treatment, they take their antihypertensive medication once a day and have no adverse effects. There is no statistically significant relationship between the related factors and the therapeutic adherence of arterial hypertension **Conclusions:** age, sex, school level, frequency of administration and adverse effects of the drug do not influence the therapeutic adherence of arterial hypertension

**KEYWORD:** Lifestyle, Hypertension, Adherence

## INDICE GENERAL

1.- AGRADECIMIENTO .....	VI
2.- DEDICATORIA .....	VII
3.- RESUMEN .....	X
4.- ABSTRACT .....	XI
6.- INDICE DE TABLAS .....	XIII
7.- INDICE DE ANEXOS .....	XIV
8.- INTRODUCCIÓN .....	2
9.- EL PROBLEMA.....	5
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO .....	5
9.2 FORMULACIÓN.....	6
10.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	7
10.1 GENERAL .....	7
10.2 ESPECÍFICOS .....	7
11.- MARCO TEÓRICO .....	8
11.1 ANTECEDENTES .....	8
11.4 BASE FILOSÓFICA Y LEGAL .....	20
5.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	23
13.- MÉTODOS .....	24
13.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	24
13.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
13.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio .....	24
13.2.3 Técnicas de recolección de información.....	25
13.2.4 Técnicas de análisis estadístico .....	26
13.3 VARIABLES.....	27
13.3.1 Operacionalización de variables .....	27
14.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSION.....	28
15.- CONCLUSIONES .....	35
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

## 6.- INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de hipertensos adultos mayores según edad y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	28
Tabla 2 Distribución de hipertensos adultos mayores según escolaridad y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 3 : Distribución de hipertensos adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	29
Tabla 4 Distribución de hipertensos adultos mayores según nivel socioeconómico y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018 .....	30
Tabla 5 Distribución de hipertensos adultos mayores según adherencia terapéutica y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018 .....	30
Tabla 6 Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según adherencia terapéutica y grupo de edad. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018 .....	31
Tabla 7 Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y frecuencia de administración del fármaco. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.....	32
Tabla 8 Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y efectos adversos del fármaco. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018 .....	32
Tabla 9 Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y disponibilidad del medicamento. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018 .....	33
Tabla 10 Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y nivel socioeconómico. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018 .....	34

## 7.- INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	39
ANEXO2:CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	40
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE MARTIN – BAYARRE – GRAU PARA ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	41
ANEXO 5: ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DEL NIVEL SOCIOECONOMICO.....	42

## 8.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles causan alrededor del 80% de las muertes en países de ingresos bajos y medios, de ellas la hipertensión arterial está considerada actualmente como un problema de Salud Pública en todo el mundo, es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia y se estima que causa la muerte de alrededor 7.5 millones de personas a nivel mundial, siendo la condición más común que afecta la salud de los individuos, las familias y la sociedad.(1)

Anualmente en América Latina ocurren cerca de 2 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las cuales cerca de medio millón suceden en personas con menos de 70 años. La hipertensión afecta a la población adulta entre el 20-40% y esto significa que en América aproximadamente 300 millones de personas padecen de hipertensión arterial, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).(2)

De cada 100.000 personas 1.373 padecen hipertensión arterial en nuestro país, constituyendo así la tercera causa de mortalidad según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC 2009), siendo una enfermedad que afecta al 25% de los ecuatorianos y al 50% de los mayores de 60 años, los cuales requieren de una atención médica integral, multidisciplinaria y con un enfoque biosicosocial, abarcando todos los niveles de prevención existentes en nuestro sistema de salud.(3)

En nuestro país las enfermedades crónicas sobretodo la hipertensión arterial sigue siendo una enfermedad cardiovascular muy frecuente especialmente en la población adulta mayor, ésta se considera un factor de riesgo modificable y uno de los principales después de los 40 años de edad, es una causa importante de morbilidad y mortalidad sobretodo de accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, retinopatía, etc.(4)

La adherencia al tratamiento antihipertensivo se considera actualmente como el grado en el cual intervienen varios factores: el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la modificación de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones dadas por el profesional de la salud.(5)

La OMS define la adherencia terapéutica como el cumplimiento del tratamiento; el mismo que consta de varios pasos como: tomar la medicación de acuerdo con la dosificación prescrita y la persistencia, además de tomar la medicación a lo largo del tiempo. En algunos países europeos el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que se van incrementando al referirnos a determinadas patologías como la hipertensión arterial. La adherencia al tratamiento se ha situado en casi todos los países del mundo como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones realizadas para eliminar las diversas barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse obligatoriamente en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario.(5).

Estudios de investigación científica han comprobado que tanto las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la adherencia terapéutica definen el éxito del tratamiento. Esto a su vez depende de varios factores tanto del paciente como de su entorno, siendo clave la relación con el medio ambiente en que se desenvuelve. En otros estudios indican que la relación existente entre la hipertensión arterial y la adherencia terapéutica incluyen diversos factores que van desde las mismas perspectivas que se generan a nivel de la salud pública, así como el utilizar diversos métodos para su medición, estructurar los diferentes factores en dimensiones que implican, los sistemas sanitarios, el personal de salud, el paciente, la terapéutica y la enfermedad, permitiendo que se puedan elaborar diversas estrategias en cada uno de estos factores.(6)

Tener baja adherencia se ha considerado como un obstáculo primordial que dificulta el éxito de la terapéutica y constituye un desafío para los profesionales de la salud debido a que deben buscar estrategias para dar solución a esta problemática de salud.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo asociar la adherencia terapéutica a factores influyentes en pacientes hipertensos de la comunidad Santiago de Guayaquil, siendo un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico y relacional. Es importante resaltar que un correcto control de la presión arterial y un tratamiento oportuno reduce significativamente la mortalidad cardiovascular por esta enfermedad tanto en el Ecuador como en el mundo entero, por lo cual se deben establecer objetivos en salud para así disminuir el impacto de estas enfermedades en nuestra población. La implementación de estrategias para alcanzar este objetivo, se fundamentan en el conocimiento de los factores de riesgo que puedan integrar de forma adecuada y oportuna las medidas farmacológicas y no farmacológicas, para que de esta manera pueda existir una alta adherencia al tratamiento antihipertensivo.

## **9.- EL PROBLEMA**

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

Luego de conocer que la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que está afectando a la mayoría de la población mundial y siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Ecuador, es necesario identificar los factores que están influenciando en los pacientes que padecen esta enfermedad crónica a que no lleven un adecuado tratamiento y que posteriormente presenten complicaciones severas.(7)

En la comunidad Santiago de Guayaquil, se ha logrado identificar a la hipertensión arterial como un problema de salud primordial por ser la enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia en adultos mayores. La atención primaria de salud ofrece una diversidad de posibilidades para trabajar con este tipo de pacientes, entre las que podemos mencionar: que permite un contacto directo del personal de salud con la comunidad y que en nuestro país existe elaborado por el Ministerio de Salud un programa de atención para los pacientes con enfermedades crónicas; además se han encontrado pruebas de que existen dificultades en la práctica asistencial en el cumplimiento de las prescripciones médicas de los hipertensos, lo cual motivó a que se realizara la presente investigación.(8)

Con los resultados obtenidos en este estudio pretendemos mejorar las estrategias implementadas en el tratamiento de los pacientes hipertensos investigados, las mismas que serán aplicadas en las consultas de controles tanto en la unidad operativa como en las visitas domiciliarias, con la finalidad de evitar complicaciones, cumpliendo de esta manera con uno de los objetivos propuestos en el modelo de atención integral de salud, vigente en nuestro país.(9)

## **9.2 Formulación**

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos adultos mayores de dos consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018?

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

### **10.1 General**

Asociar los factores relacionados con la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial en adultos mayores de dos consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Santiago de Guayaquil. Año 2018.

### **10.2 Específicos**

- 1.- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas.
- 2.- Determinar el grado de adherencia terapéutica en la población de estudio.
- 3.- Identificar los factores relacionados con la adherencia terapéutica en los adultos mayores.
- 4.- Establecer la posible asociación entre los factores relacionados con la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial.

## **11.- MARCO TEÓRICO**

### **11.1 Antecedentes**

El Ministerio de Salud Pública y la Encuesta Nacional de Salud ENSANUT según sus estadísticas hasta el año 2012, nos indican que en el Ecuador existen alrededor de 14'233.123 habitantes, de los cuales un tercio de los mayores de 10 años (3'187.665) es prehipertenso y 717.529 ciudadanos de 10 a 59 años sufre de hipertensión arterial. De estos el 25% de casos, reciben tratamiento.(15)

La hipertensión arterial está considerada como un aumento variable de la carga mecánica y neurohumoral sobre el sistema cardiovascular, siendo la enfermedad crónica más frecuente en el mundo entero, casi un cuarto de la población adulta en los países desarrollados presentan un aumento de los valores de presión arterial y se reporta a nivel mundial una prevalencia del 26% , sin tener en cuenta la prehipertensión, ya que si éstas se incluyen aumentarían las cifras a niveles superiores. Se estima que para el año 2022 el 50% de la población adulta sufrirá de esta enfermedad.(15)

La falta de adherencia terapéutica se estima que presentan cerca del 50% de los pacientes que padecen enfermedades crónicas. Cerca de la mitad de éstos, los beneficios potenciales de la terapia prescrita se ven mermados a causa de esta falta de adherencia. Según las patologías la variabilidad de los datos encontrados es significativa: 75% de incumplimiento en enfermedad psiquiátrica, 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipémicos, 30-40% en patología aguda. Varios estudios persiguen aportar una visión integral del fenómeno, incidiendo especialmente en las estrategias prácticas a tomar en consideración para minimizar su impacto.(15)

## **11.2 Marco Conceptual**

### **11.2.1 Presión arterial**

La fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de vasos sanguíneos específicamente sobre las arterias se denomina presión arterial, siendo ésta como resultado de la propiedad de bombeo que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial. El esfigmomanómetro es el instrumento indicado para medir la presión arterial, se expresa en mmHg mediante dos cifras: sistólica y diastólica. La cifra mayor corresponde a la presión sistólica, que se produce cuando el corazón se contrae ejerciendo mayor presión de la sangre sobre las paredes de las arterias. La cifra menor representa la presión diastólica que se produce cuando el corazón se relaja después de cada contracción, siendo menor la presión que ejerce el flujo de la sangre sobre las paredes de las arterias.(10)

Factor de riesgo es cualquier característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Existen factores de riesgo que influyen directamente en la aparición de hipertensión arterial, la adherencia al tratamiento y así como también de la aparición de sus complicaciones, entre ellos tenemos los modificables como el estrés, estilo de vida, sobrepeso y obesidad; los no modificables como edad, sexo, etnia, antecedentes familiares, etc.(11)

La presión arterial por lo general sigue un ritmo circadiano, generalmente se presenta un pico de subida tensional por las mañanas cuando se levanta de la cama, en el resto del día hay cambios en dependencia de la actividad física que realice. Durante el sueño lo normal es que la presión arterial baje, tanto la sistólica como la diastólica. Cuando no baja durante el sueño es un signo de peor pronóstico.(12)

### **11.2.2 Hipertensión arterial**

Es una enfermedad sistémica de etiología variada que basa en el aumento crónico de los valores de presión arterial superior a las cifras consideradas como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor a 120/80 mmHg. Hipertensión arterial se considera cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la presión diastólica es igual o mayor a 90 mmHg, ante la presencia de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica estos valores pueden variar y aumentan los riesgos de eventos cardiovasculares.(12)

El 90% de los casos de esta patología está representada por la hipertensión arterial primaria y el 10% restante por la hipertensión secundaria. Las causas de hipertensión secundaria pueden ser: enfermedad renal parenquimatosa, enfermedad renovascular, coartación aórtica, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma y el uso de medicamentos como fenilpropanolamina, anticonceptivos orales y corticoides, etc.(12)

El llevar una dieta saludable, el ejercicio y otros factores modificables, influyen en el cumplimiento adecuado del tratamiento y por ende a que exista una buena adherencia terapéutica. La baja adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en la actualidad es un verdadero problema de salud debido a esto se debe profundizar en conocer, manejar y prevenir esta patología hipertensiva, motivo principal para implementar campañas y esquemas de salud encaminados a la detección temprana y mejoramiento de la terapéutica a través de la adherencia. Evitando así un incremento de los costos para el sistema de salud, el cual asume los grandes costos de las enfermedades crónicas.(12)

### **11.2.2.1 Fisiopatología**

Esta patología crónica es muy compleja puesto que no hay una única causa que dé lugar a la hipertensión, son múltiples los mecanismos y factores por los que ésta puede presentarse. El flujo de sangre depende del gasto cardiaco y de la volemia, mientras que la resistencia vascular periférica está determinada depende de la contractilidad de las pequeñas arterias y arteriolas de todo el organismo. Estos componentes de la presión arterial están sometidos a un conjunto de mecanismos reguladores. Un aumento sostenido de la presión arterial es el resultado final de uno o más mecanismos reguladores, de la afectación a su vez de múltiples sistemas fisiológicos.(13)

La presión arterial tiene mecanismos reguladores como son: el sistema nervioso simpático, el sistema renina-angiotensina-aldosterona y el mecanismo regulador del equilibrio sodio corporal/volumen sanguíneo. Los fármacos ajustan el funcionamiento de los mecanismos que regulan la presión arterial, pues esta patología se la considera actualmente como una enfermedad de disregulación.(13)

### **11.2.2.2 Clasificación**

La clasificación del VII Comité Nacional Conjunto para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial se utilizó para clasificar la hipertensión arterial, ya que a pesar de tener mas de 5 años desde su elaboración, sigue siendo válida pues el JNC 8 está aún en controversia. Es importante resaltar que cuando la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica caen en diferentes categorías, se debe seleccionarse la más alta para la clasificación de la hipertensión arterial.(14)

Clasificación de la hipertensión arterial. (14)

CLASIFICACION. PA	PAS mm Hg	PAD mm Hg
Normal	< 120	< 80
Pre-hipertensión	120-139 o	81-89
Hipertensión arterial estadio 1	140-159 o	90-99
Hipertensión arterial estadio 2	≥160	≥ 100

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

Los niveles de tensión arterial sistólica y diastólica es normal cuando la cifra es menor a 120/80 mmHg y se considera prehipertensión cuando el nivel alcanza entre 120-139 y 80-89 mmHg. La hipertensión se encuentra en estadio 1 cuando alcanza cifras de 140 a 159 mmHg y 90 a 99 mmHg y en estadio 2 cuando la tensión arterial es superior o igual a 160 y superior o igual a 100 mmHg.

### 11.2.2.3 Hipertensión como factor de riesgo

El origen de la enfermedad depende de la interacción entre la predisposición genética, es decir de los antecedentes familiares y los factores ambientales como alimentarios, tabaquismo, diabetes mellitus, psicosociales, peso, dislipidemia, nefropatías, cardiopatías, hiperuricemia , preeclampsia, entre otros. Esta patología está claramente relacionada como principal factor de riesgo independiente y modificable para, infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica, retinopatía, deterioro cognoscitivo, aterosclerosis periférica e otros, es por esto que es fundamental implementar medidas encaminadas a su detección temprana, mejorar la terapéutica, prevenir el daño en los órganos blanco y con esto lograr que un número cada vez más alto de pacientes estén adecuadamente controlados.(16)

Uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes en patología cardiovascular es la hipertensión arterial, ésta representa un problema en más de la cuarta parte de la población occidental. Debido a esto es que continuamente aparecen ensayos clínicos con nuevas terapias farmacológicas que ayudan a su control.

#### **11.2.2.4 Diagnóstico**

Muchas de las personas que sufren de hipertensión arterial son asintomáticos, es decir que no presentan síntomas. A pesar de esto en algunas personas pueden sentir cefalea occipital, palpitaciones torácicas, vértigo, entre otros síntomas. La enfermedad puede pasar desapercibida durante muchos años cuando no hay síntomas que indiquen algún tipo de peligro. Para saber si se sufre de esta enfermedad es necesario que acuda al médico de la atención primaria, ya que este debe realizarle un examen general que incluya una buena anamnesis, antecedentes patológicos familiares, un examen físico exhaustivo y una adecuada toma de la presión arterial. El profesional de salud tomará varias veces la tensión arterial por medio de un instrumento denominado esfigmomanómetro y realizará algunas pruebas de laboratorio. Un estetoscopio nos será útil para escuchar el ritmo del corazón y del flujo sanguíneo de las arterias. En algunos casos puede ser necesario realizar una radiografía estándar de tórax y un electrocardiograma.(17)

A partir de los 18 años el diagnóstico de esta patología se establece cuando el promedio de varias tomas de la tensión arterial sistólica, en algunas visitas consecutivas, es por encima de 140 mmHg o el promedio de dos o más medidas de la tensión arterial diastólica en al menos dos visitas consecutivas es igual o superior a 90 mmHg.(18)

### **11.2.2.5 Tratamiento**

El tratamiento de la hipertensión arterial consta de pilares esenciales como son: la relación médico paciente la cual es fundamental e imprescindible para que la adherencia del enfermo al tratamiento sea la deseable; el tratamiento no farmacológico incluye el control del peso, la dieta hiposódica, restricción de ingestas de grasas animales y del consumo de alcohol, así como eliminar en tabaquismo, etc; las indicaciones dadas para el tratamiento farmacológico por el médico, aquí tenemos fármacos que interfieren en el equilibrio sodio corporal/volumen sanguíneo actuando a nivel del riñón como son los diuréticos, fármacos que interfieren con el sistema simpático como son los betabloqueantes, adrenolíticos de acción central y adrenolíticos de acción periférica, fármacos que relajan directamente el músculo liso vascular como los vasodilatadores y bloqueantes de los canales del calcio, finalmente los fármacos que interfieren con el sistema renina-angiotensina como los inhibidores de la enzima de conversión.(18)

Las conclusiones del Joint National Committee (JNC) 7 serán tomadas en cuenta en este estudio de investigación científica donde indica tratamiento farmacológico para las personas con hipertensión de fase 1, en el cual se deben usar los diuréticos tiazídicos como tratamiento inicial en la mayor parte de los pacientes con esta enfermedad. Las razones de usar este medicamento es el bajo costo de los diuréticos y la evidencia de que los diuréticos han sido los mejores medicamentos para la prevención de las complicaciones cardiovasculares en la hipertensión. En el estudio ALLHAT se encontró un problema importante que fue la asociación por protocolo entre el lisinopril y el atenolol, en vez de un diurético o de un antagonista del calcio del grupo de la dihidropiridina, siendo esta la elección más común en la práctica clínica, en los pacientes resistentes a la monoterapia. Este tipo de combinación favoreció absolutamente a la clortalidona, ya que se podía añadir al atenolol en una combinación apropiada sobre el lisinopril.(20)

Si la tensión arterial que antecede al tratamiento es mayor a 20/10 mmHg por encima de la tensión arterial meta, el JNC 7 indica que se debe considerar la posibilidad de empezar el tratamiento con dos fármacos. Así, en el JNC 7 se indica claramente que en las personas que no padecen diabetes mellitus con una tensión arterial sistólica mayor de 160 mmHg o una tensión arterial diastólica mayor a 100 mmHg, así como en todos los diabéticos con una tensión arterial sistólica mayor 150 mmHg o una tensión arterial diastólica mayor a 90 mmHg, es necesario comenzar el tratamiento con 2 fármacos.

La atención en equipo puede reducir en gran medida la tensión arterial que la atención individualizada, así lo demuestran varios estudios realizados sobre este tema, habiéndose encontrado mayor reducción de la tensión arterial sistólica y alrededor de un 22% más en la tasa de control de la tensión arterial, según un estudio científico de los 37 analizados en los que se comparo la atención en equipo frente a la individualizada, vemos que la atención en equipo al compararla con la convencional, demostró que la primera es más efectiva si implica la participación de todo el personal de salud, es decir: enfermería, medicina general, psicología, odontología, etc. La implicación de farmacéuticos y enfermería en el manejo de la hipertensión se ha convertido beneficioso cuando entre sus tareas se incluía la educación del paciente, consejería médica y de comportamiento, evaluación de la adherencia terapéutica y para farmacéuticos, la interacción con los médicos en el área del tratamiento basado en las guías de práctica clínica vigentes. En una revisión de aproximadamente 33 casos publicados entre 2005 y 2009, vemos que los objetivos de tensión arterial se alcanzaban más frecuentemente cuando la interacción incluía un protocolo de tratamiento administrado por enfermería, que se encargaba asimismo del seguimiento del paciente tanto en la casa de salud como en su domicilio. Sin duda alguna las estrategias en equipo tienen un importante potencial para mejorar el tratamiento antihipertensivo, comparadas con las estrategias basadas únicamente en el médico.(21)

Las principales conclusiones del JNC 8 son las siguientes: las principales recomendaciones para el manejo de la hipertensión arterial, se fundamentan en su adherencia a la evidencia científica. Si la presión arterial sistólica es mayor de 150 mmHg o la diastólica mayor de 90 mmHg, se recomienda tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos de más de 60 años. Si en este grupo se consiguen cifras de tensión arterial sistólica menores de 140 mmHg y no se asocia efectos adversos, el tratamiento no requiere de ajustes. El JNC 8 recomienda tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial diastólica por debajo de 90 mmHg, en la población menor de 60 años. A pesar de que la evidencia científica es menor, también recomiendan iniciar tratamiento para disminuir la presión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg, en aquellos pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus mayores de 18 años, la recomendación es la administración de tratamiento médico con el objetivo de mantener la presión arterial menos de 140/90 mmHg. En cuanto al fármaco antihipertensivo recomendado, para la población que no sea de etnia negra, incluidos los pacientes diabéticos, vemos que 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. En cambio para los pacientes de etnia negra, incluidos los diabéticos, los fármacos recomendados para el inicio del tratamiento 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. El principal objetivo para el tratamiento antihipertensivo es el mantener los valores de tensión arterial indicadas previamente. Si dentro de un mes no se logran los objetivos, se debe recomendar aumentar la dosis del fármaco utilizado o añadir uno nuevo si las cifras de presión arterial al inicio son mayores de 160/100 mmHg. En términos generales no se recomienda utilizar la asociación IECA/ARA II. De no alcanzar los objetivos si se añaden un total de 3 fármacos, la recomendación es derivar a una unidad especializada, es decir de mayor complejidad o IV nivel.(22)

Las estrategias empleadas dentro del tratamiento no farmacológicos son un pilar fundamental tanto en el manejo como en la prevención de la hipertensión arterial, lo cual implica mayor educación sobre su detección temprana y la implementación de hábitos saludables de vida, que solamente pueden ser resueltos con campañas de promoción de salud a la comunidad, en varias ocasiones dichas estrategias son remplazados únicamente por los fármacos, a pesar de haberse demostrado ampliamente los beneficios que ofrece el cambio de estilos de vida.

La reducción de aproximadamente 5 a 6 kilogramos de peso a demostrado que puede tener cambios metabólicas importantes y a la vez producir un gran impacto en los aparatos cardiovascular y osteomuscular. Usualmente todos los pacientes deben llegar a un peso normal y a un índice de masa corporal menor a 25. En hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una disminución de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce una reducción de 21 y 13 mmHg en la tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica.

Se ha comprobado un beneficio importante en la regulación de la hipertensión arterial con la disminución de peso, restricción de sodio y algunas otras modificaciones dietéticas, entre las que destacan la dieta DASH y la dieta mediterránea. La dieta DASH reduce la tensión arterial sistólica aproximadamente de 8 a 14 mmHg. La dieta conlleva la reducción de las grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas, reemplazándolos con granos integrales, carne de aves, productos lácteos bajos en grasas, pescado y frutos secos. El plan alimentario es recomendado por la Asociación Americana del Corazón.(23)

Está comprobado científicamente que la disminución del consumo de sal se asocia a una disminución de la tensión arterial. En nuestro país, el consumo promedio de sal es de aproximadamente 10 gramos por día, siendo recomendada una dieta de menos de 5 g/ día de sal. Para que se cumpla la dieta hiposódica debe aconsejarse a los pacientes que eviten añadir sal y evidentemente eviten los alimentos con exceso de sal sobretudo los alimentos elaborados y que tomen en mayor medida comidas elaboradas directamente con los ingredientes naturales que contienen más potasio. El consumo excesivo de sal puede ser una causa de hipertensión resistente al tratamiento.(24)

El ejercicio físico aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (unos 3 a 4 mmHg), aunque combinado con la restricción calórica se logra mayores efectos, tanto en la reducción de la presión arterial como en el mantenimiento de un peso bajo. Debe recomendarse la práctica de ejercicio físico aeróbico a todos los pacientes hipertensos, siendo la cantidad y el tipo de ejercicio individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de la práctica deportiva. Todas las prácticas deportivas aeróbicas son recomendables y, en cualquier caso, el mínimo exigido se estima en caminar rápido durante 30 a 45 minutos, al menos 5 días a la semana. No es recomendable el ejercicio físico intenso como levantamiento de pesas, etc, dado su efecto supresor; en los pacientes con hipertensión grave, antes de recomendar la práctica de ejercicio intenso, debe procederse a un descenso de la presión con tratamiento antihipertensivo.(25)

Dejar el tabaco es tal vez la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades, tanto cardiovasculares como no cardiovasculares, en 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 supresor del tabaco es muy pequeño y el abandono del mismo no reduce la presión arterial, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar.(25)

El consumo de más de una onza de alcohol diariamente eleva la presión arterial en forma permanente, este incremento será mayor en el fumador y en la persona con colesterol elevado. El consumo de más de dos copas de licor por día aumenta el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, 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 hipertensión 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. Además, el consumo compulsivo (embriaguez) se asocia de forma especial con la mortalidad por ictus. La moderación del consumo de alcohol o su cese reducen las

cifras de presión arterial en hipertensos bebedores. La media de reducción es de 3/2 mmHg, aunque en sujetos con un consumo muy elevado dicha reducción puede ser mucho más intensa. Por el contrario, es conocido que el consumo de alcohol en cantidades moderadas reduce el riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad cardiovascular.(26)

De este modo se logra disminuir de manera importante la morbimortalidad por esta patología y sus complicaciones. Debido a lo anterior el enfoque de tratamiento de esta patología debe ser multidisciplinario, partiendo de una exitosa relación médico paciente, entendiéndose ésta, como aquella interacción que tiene como objeto devolverle al paciente su salud, prevenir enfermedades y aliviar su padecimiento a través de una buena adherencia tanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico.(26)

#### **11.2.2.6 Complicaciones**

Las complicaciones que pueden presentar los pacientes hipertensos al no llevar un control adecuado o al no tener una buena adherencia al tratamiento tenemos que se pudieran presentar aterosclerosis, ictus cerebrovasculares, isquemia aguda de miocardio, enfermedad renal, insuficiencia cardíaca, entre otros.(27)

Como futuros médicos especialistas de atención primaria es importante fomentar la promoción y prevención de salud en el primer nivel de atención tanto en las unidades operativas como en las visitas domiciliarias para evitar que se presente la enfermedad, actuando sobretodo en el nivel de prevención primordial y primario ya que esto permite disminuir considerablemente el riesgo de morbilidad en la población, así también en aquellos pacientes hipertensos promover que exista una adecuada adherencia al tratamiento implementando estrategias de prevención secundaria y terciaria, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones.

### **11.3 Adherencia terapéutica**

La adherencia al tratamiento se entiende como el grado de seguimiento de las indicaciones dadas por el médico constituyéndose un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular. La terminología adherencia o complementación al tratamiento incluye tanto el cumplimiento de la administración con fármacos, así como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes.(27).

La palabra adherencia resalta por encima de todo la participación constante del paciente en la toma de decisiones. Algunos autores la definen también con distintas directrices, el mismo concepto. En varios estudios se enfatiza el la armonía que ha de existir en la relación del médico con el paciente la cual es fundamental, mientras que el termino cumplimiento es más clásico, ha sido controversial por entenderse que remite a actitudes paternalistas y de obligación pasiva por parte del paciente.(27)

### **11.4 Base Filosófica y Legal**

El presente trabajo de investigación está basado en el paradigma lógico–positivista el mismo que postula la existencia de una realidad objetiva que es posible conocer empíricamente a través de métodos cuantitativos, construyendo modelos que permitan explicar y predecir fenómenos similares, este enfoque adopta el tipo de estudio analítico en el cual se busca asociación entre variables y a su vez proponer alternativas de solución, intenta acercarse al conocimiento de la realidad social a través de la observación de los diversos factores que influyen sobre el fenómeno de la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial. El objetivo no es centrarse únicamente en conocer la prevalencia de adherencia terapéutica, sino que el centro de interés se desplaza con esta metodología a las formas de comprender el problema, para intervenir sobre el mismo.

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta artículos que se incluyen en la Nueva Constitución del Ecuador con respecto a la salud.

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”. 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.(28)

Art. 34.- “El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas”. (28).

Art. 358.- “El Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.(28)

Es importante tener en conocimiento los artículos primordiales que menciona la Ley Orgánica de Salud respecto a esta patología como son:

Art. 6.-numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónicas 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.(28 )

## **5.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

La edad, el sexo, el nivel escolar, el nivel socioeconómico, la disponibilidad del medicamento, la frecuencia de administración del fármaco y los efectos adversos del mismo, influyen en la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial de los adultos mayores.

## 13.- MÉTODOS

### 13.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de acuerdo al propósito de la investigación y los objetivos planteados en la población adulta mayor de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Santiago de Guayaquil en el periodo de julio del 2017 hasta julio del 2018; de nivel investigativo relacional ya que se relacionan dos variables (bivariado), observacional por no existir intervención del investigador, prospectivo al recoger los datos de fuente de información primaria, transversal por ser medidas las variables en una sola ocasión y analítico al intervenir en el estudio más de una variable.(29)

### 13.2 Diseño de la investigación

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

La población de estudio estuvo constituida por todos los adultos mayores de los consultorios 3 y 5 del centro de salud Santiago de Guayaquil que cumplan los criterios de participación en el estudio:

- **Criterios de inclusión:** pacientes hipertensos adultos mayores que deseen colaborar con el estudio, firmando consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:** pacientes hipertensos adultos mayores con discapacidad intelectual que le dificulte responder la encuesta.

#### 13.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki.

La recolección de la información se comenzó después de la firma del consentimiento informado, entrevistando a los adultos mayores, a los que se les aplicó una encuesta confeccionada por el autor de la investigación y validada por expertos de Medicina

Familiar y Comunitaria y de Bioestadística todos con cuarto nivel; con la que se realizó un estudio piloto para corroborar los resultados de la encuesta con una población con características similares a la del estudio.

El instrumento se aplicó por el autor de la investigación previa cita a la consulta del centro de salud o en el domicilio en el caso de que no puedan trasladarse y se garantiza la privacidad entre los encuestados y el investigador en el momento de la recogida de la información.(30)

### 13.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO DE TECNICA</b>
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Nivel Socioeconómico	Encuesta sobre nivel socioeconómico INEC
Adherencia al tratamiento	Encuesta (cuestionario de Bayarre Grau San Martín)
Disponibilidad del medicamento	Encuesta
Frecuencia de administración del fármaco	Encuesta
Efectos adversos	Encuesta

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

Para la entrada y gestión informática de los datos se transcribirán la información en el software Microsoft Excel 2007, utilizando las columnas para la variables y las filas para cada uno de las unidades de estudio, posteriormente se transporta esta base de datos al programa estadístico SPSS versión 20 para procesar los datos construyendo tablas para su presentación. La prueba estadística que se utilizó para probar la hipótesis fue Chi cuadrado de homogeneidad dado que el estudio es transversal y la variable de supervisión es categórica nominal. El nivel de significancia de chi cuadrado es del 5% ( $p < 0,05$ ).

### 13.3 Variables

#### 13.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	65 – 69 70 – 74 75 – 79 80 – 84 85 – 89 90 y más	Cuantitativa continua
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino Femenino	Categórica nominal
Escolaridad	Ultimo nivel escolar aprobado	Analfabeto, Primaria, Bachillerato, Superior	Categórica ordinal
Ocupación	Según ocupación que realiza	Trabajador Jubilado	Categórica nominal dicotómica
Nivel socioeconómico (INEC)	0 -316 316,1 – 535 535,1 – 696 696,1 – 845 845,1 - 1000	Bajo. Medio bajo. Medio típico. Medio alto. Alto.	Categórica ordinal
Adherencia al tratamiento	< 17 18 – 37 38 - 48	No adherido Parcialmente adherido Adherencia total	Categórica ordinal
Disponibilidad de medicamento	Disponibilidad cuando siempre dispone en el centro de salud o tiene la posibilidad de comprarlo	SI NO	Categórica nominal dicotómica
Frecuencia de administración del fármaco	Veces al día que toma el fármaco	1 vez al día 2 veces al día > 2 veces	Categórica ordinal

Efectos adversos	Tos Edema de M.I. Diaforesis Prurito	SI NO	Categórica nominal dicotómica
------------------	---	----------	-------------------------------------

## 14.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSION

**Tabla 1: Distribución de hipertensos adultos mayores según edad y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>65 a 69</b>	17	37,8	25	<b>45,5</b>	42	<b>42,0</b>
<b>70 a 74</b>	13	28,9	10	18,2	23	23,0
<b>75 a 79</b>	3	6,7	5	9,1	8	8,0
<b>80 a 84</b>	8	17,8	7	12,7	15	15,0
<b>85 a 89</b>	3	6,7	4	7,3	7	7,0
<b>90 y más</b>	1	2,2	4	7,3	5	5,0
<b>Total</b>	45	100	55	100	100	100

La edad promedio de las 100 personas incluidas en el estudio fue 72,8, la edad mínima es 65 años y la máxima 92 años. Predominando así el grupo de adultos mayores hipertensos entre 65 y 69 años con un 42% siendo el sexo femenino mayoría con el 45,5 %. Seguido del grupo de edad de 70 a 74 años con un 23% predominando el sexo masculino con un 28,9%.(Tabla 1).

A diferencia del estudio realizado por Zuñiga en Guano – Ecuador 2016 donde la edad promedio fue de 65 años teniendo una población de 48 a 92 años, siendo en su mayoría de sexo femenino en un 60%.(31)

**Tabla 2: Distribución de hipertensos adultos mayores según escolaridad y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Escolaridad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Analfabeto</b>	4	8,9	10	18,2	14	14
<b>Primaria</b>	38	<b>84,4</b>	43	78,2	81	<b>81</b>
<b>Bachillerato</b>	3	6,7	2	3,6	5	5
<b>Total</b>	45	100	55	100	100	100

El 81% de la población hipertensa estudiada tiene un nivel de instrucción primaria siendo el sexo masculino quien predomina con un 84,4% seguido del analfabetismo con un 14%.(Tabla 2).

A diferencia del estudio realizado por Ruiz Lávida en Veracruz – México 2014 en la cual predomino el nivel secundario con el 48% seguido del bachillerato con un 27% en ambos casos predominando el sexo femenino con un 91%.(32)

**Tabla 3: Distribución de hipertensos adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Trabajador</b>	25	55,6	25	45,5	50	<b>50</b>
<b>Jubilado</b>	20	44,4	30	54,5	50	<b>50</b>
<b>Total</b>	45	100	55	100	100	100

La tabla nos muestra que el 50% de la población adulta mayor hipertensa son trabajadores activos mientras que el otro 50% son jubilados.(Tabla 3).

A diferencia del estudio realizado por Maldonado en Reynosa – México 2011 donde indica que el 80% de los pacientes estudiados son trabajadores activos y un 20% son jubilados.(33)

**Tabla 4: Distribución de hipertensos adultos mayores según nivel socioeconómico y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Nivel Socioeconómico	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Bajo</b>	33	<b>73,3</b>	31	56,4	64	<b>64</b>
<b>Medio Bajo</b>	6	13,3	10	18,2	16	16
<b>Medio Típico</b>	6	13,3	11	20	17	<b>17</b>
<b>Medio Alto</b>	0	0	3	5,5	3	3
<b>Total</b>	45	100	55	100	100	100

El 64% de la población estudiada tiene un nivel socioeconómico bajo predominando el sexo masculino con un 73,3%, seguido del nivel socioeconómico medio típico con un 17%.(Tabla4).

**Tabla 5: Distribución de hipertensos adultos mayores según adherencia terapéutica y sexo. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Nivel de adherencia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>No adherido</b>	1	2,2	1	1,8	2	2,0
<b>Parcialmente adherido</b>	29	<b>64,4</b>	34	61,8	63	<b>63,0</b>
<b>Adherido</b>	15	33,3	20	<b>36,4</b>	35	<b>35</b>
<b>Total</b>	45	100	55	100	100	100,0

En base a la adherencia terapéutica y el sexo, podemos observar que un 63% de la población hipertensa encuestada se encuentra parcialmente adherida al tratamiento, predominando el sexo masculino con un 64,4%; seguido de un 35% que están totalmente adheridos, siendo mayor el sexo femenino con un 36,4% y un 2% que no tienen adherencia terapéutica.(tabla 5).

A diferencia del estudio realizado por Castro en Manizales - Colombia 2011 donde revela que el 51% de los pacientes presenta adherencia total mientras que 45% adherencia parcial.(34) Como vemos son valores casi similares a los de esta investigación.

**Tabla 6: Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según adherencia terapéutica y grupo de edad. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Grupos de edad	Nivel de adherencia						Total	
	No adherido		Parcialmente adherido		Adherido			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>65 a 69</b>	1	<b>50</b>	28	44,4	13	37,1	42	<b>42</b>
<b>70 a 74</b>	0	0	12	19	11	31,4	23	23
<b>75 a 79</b>	0	0	5	7,9	3	8,6	8	8
<b>80 a 84</b>	0	0	10	15,9	5	14,3	15	15
<b>85 a 89</b>	0	0	6	9,5	1	2,9	7	7
<b>90 y más</b>	1	50	2	3,2	2	5,7	5	5
<b>Total</b>	2	100	63	100	35	100	100	100

En relación a la adherencia terapéutica y los grupos de edad, la tabla nos revela que el grupo de edad que predomina es el de 65 a 69 años, de estos el 50% no está adherido, el 44,4% está parcialmente adherido, un 37,1% se encuentra adherido al tratamiento.(tabla 6). Estos resultados difieren del estudio realizado por Loachamin y Lata el cual reporta que la edad que predominó es de 64 años siendo el 63% parcialmente adherido, y el 20% no adherido.(35)

**Tabla 7: Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y frecuencia de administración del fármaco. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Frecuencia administración del fármaco	Nivel de adherencia						Total	
	No adherido		Parcialmente adherido		Adherido			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Una vez</b>	1	50	32	50,8	20	<b>57,1</b>	53	<b>53</b>
<b>Dos veces</b>	0	0	25	<b>39,7</b>	12	34,3	37	<b>37</b>
<b>Más de 2 veces</b>	1	<b>50</b>	6	9,5	3	8,6	10	<b>10</b>
<b>Total</b>	2	100	63	100	35	100	100	100

p = 0,71

En la tabla 7 se refleja la distribución de adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y frecuencia de administración del fármaco, se observó que el 53% toma 1 vez al día el medicamento y de ellos el 57,1% está adherido al tratamiento; el 37% toma 2 veces al día el medicamento y el 39,7% está parcialmente adherido; el 10% toma medicación mas de 3 veces al día y el 50% de los mismos no estan adheridos al tratamiento. En la medida que se incrementa la frecuencia en la administración del fármaco, la adherencia terapéutica va disminuyendo. Se encontró una p = 0,71 lo cual indicó que no existe relación estadísticamente significativa entre frecuencia de administración del medicamento y adherencia terapéutica.(tabla7).

**Tabla 8: Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y efectos adversos del fármaco. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Efectos adversos del fármaco	Nivel de adherencia						Total	
	No adherido		Parcialmente adherido		Adherido			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SI</b>	0	0	8	12,7	7	20	15	15
<b>NO</b>	2	<b>100</b>	55	87,3	28	80	85	<b>85</b>
<b>Total</b>	2	100	63	100	35	100	100	100

p = 0,52

La tabla nos muestra que el 85% de los pacientes estudiados no presento efectos adversos al medicamento; el 100% de los pacientes sin adherencia al tratamiento no presentó efectos adversos. El 12,7% de los hipertensos parcialmente adheridos al tratamiento presentan efectos adversos y el 20% de los pacientes adheridos también refirieron presentar efectos adversos del fármaco. Se obtuvo una p = 0,52 por lo que no existió una relación estadísticamente significativa entre adherencia terapéutica y efectos adversos del fármaco.(Tabla8).

**Tabla 9: Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y disponibilidad del medicamento. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Disponibilidad del medicamento	Nivel de adherencia						Total	
	No adherido		Parcialmente adherido		Adherido			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SI</b>	2	<b>100</b>	45	<b>71,4</b>	32	<b>91,4</b>	79	<b>79,0</b>
<b>NO</b>	0	0	18	28,6	3	8,6	21	21,0
<b>Total</b>	2	100	63	100	35	100	100	100

p = 0,052

El 91,4% de los pacientes adheridos al tratamiento antihipertensivo encuentran disponible el medicamento en el centro de salud, así también un 71,4% de los parcialmente adheridos. La presente tabla nos muestra que la disponibilidad del medicamento como factor relacionado con la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial en adultos mayores estudiados no tiene relación estadísticamente significativa ya que se obtuvo una  $p = 0,052$ .(Tabla9).

**Tabla 10: Distribución de pacientes adultos mayores hipertensos según grado de adherencia terapéutica y nivel socioeconómico. Consultorio 3 y 5. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018**

Nivel Socioeconómico	Nivel de adherencia						Total	
	No adherido		Parcialmente adherido		Adherido			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Bajo</b>	2	<b>100</b>	38	<b>60,3</b>	24	<b>68,6</b>	64	<b>64</b>
<b>Medio Bajo</b>	0	0	11	17,5	5	14,3	16	16
<b>Medio Típico</b>	0	0	11	17,5	6	17,1	17	17
<b>Medio Alto</b>	0	0	3	4,8	0	0	3	3
<b>Total</b>	2	100	63	100	35	100	100	100

$p = 0,39$

En la tabla 10 se evidencia que el 100% de los pacientes sin adherencia terapéutica poseían un nivel socioeconómico bajo, predominando igualmente este nivel socioeconómico en los pacientes con adherencia y parcialmente adheridos con un 68,6% y 60,3% respectivamente. Se obtuvo mediante Chi cuadrado de Person una  $p = 0,39$  lo cual indica que no existe relación estadísticamente significativa entre nivel de adherencia terapéutica y nivel socioeconómico.(tabla10).

## **15.- CONCLUSIONES**

En el grupo de adultos mayores investigados prevalece el grupo de edad de 65 a 69 años siendo el sexo femenino más predominante, la mayoría de estos con instrucción primaria y con nivel socioeconómico bajo.

Se evidenciaron tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial y no adheridos, predominaron los adheridos parciales con respecto a los demás, los cuales toman el medicamento dos veces al día; la mayoría de los pacientes no adheridos al tratamiento toman la medicación más de dos veces al día. Predomina la ausencia de reacciones adversas a los fármacos y la disponibilidad de medicamentos.

No existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica y frecuencia de administración del fármaco, efectos adversos, disponibilidad del medicamento y nivel socioeconómico.

## 16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sánchez Ramiro A AMBHVCBGKOea. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol. [Online].; 2010 [cited 2016 Enero 22. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602010000100012>.
- 2) Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Artículo sobre Hipertensión Arterial 2012. Obtenido de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es)
- 3) Luisa Ramos Morales. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana. Angiología Cirugía Vascular. 2015;16(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol16\\_2\\_15/ang06215.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol16_2_15/ang06215.htm)
- 4) Revista cubana de Medicina General Integral [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000200007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000200007&script=sci_arttext&tlng=en)
- 5) Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica. Enfermería Nefrológica vol. 17 No.4 Madrid oct./dic. 2014. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842014000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000400003)
- 6) Prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes, MEDISAN vol.20 no.7 Santiago de Cuba jul.-jul. 2016. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/html/1702/170252187004/>

- 7) S. López Vásquez. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Revista habanera de ciencias médicas vol.15 no.1 La Habana ene.-feb. 2016. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006)
- 8) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Análisis de la Situación Integral de Salud Santiago de Guayaquil 2016. Disponible en departamento de estadística y dirección centro de salud Santiago de Guayaquil.
- 9) Modelo de Atención Integral de Salud. MSP Ecuador. Manual 2012. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- 10) Guía técnica para capacitar al paciente con hipertensión arterial <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7515.pdf>
- 11) National Heart, Lung, and Blood Institute. Factores de riesgo para presión alta. Update: Noviembre 2015. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/hbp/atrisk>
- 12) Hipertensión Arterial - Definición – Onmeda.es / Dr. Tomás Rodelgo / página web / Noviembre 2014. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
- 13) Alcazar JM, Oliveras A, Orte LM, Jimenez S, Segura J. Hipertensión arterial esencial. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) Nefrología al Día 2016. <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>
- 14) Clasificación de Hipertensión arterial según OMS – SIH – JNC7 2017 página web Disponible en <http://salud.ccm.net/faq/33210-clasificacion-de-la-hipertension-arterial-segun-la-oms>
- 15) Organización. MdLS. Prevención de las Enfermedades Crónicas. [Online].; : Una inversión vital., 2005 [cited 2016 Agosto 12. Available from: n: <http://www.who.int/mediacentre/>.

- 16) Fahey T. Sk,ES. Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos. [Online].; 2005 [cited 2016 Abril 2016. Available from: Revista Cochrane Plus., [http://www.rima.org/web/medline\\_pdf/cd005182.pdf](http://www.rima.org/web/medline_pdf/cd005182.pdf).
- 17) Presión arterial alta. Texas Heart Institute. Fundación española del corazón 2016. Disponible en: [http://www.texasheart.org/HIC/Topics\\_Esp/Cond/hbp\\_span.cfm](http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/hbp_span.cfm)
- 18) J.D. Martínez/E. Alegría. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Revista de medicina de la universidad de Navarra 2017. Vol. XXIX – N° 4. Disponible en: <http://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/revista-de-medicina/article/viewFile/7294/6401>
- 19) María Cristina Casas Piedrahíta\* LMCO,CR. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA . HIPERTENSION ARTERIAL EN DOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA. [Online].; 2010-2013 [cited 2015 Noviembre 12. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n1/v18n1a07.pdf>.
- 20) María Paz Arévalo Astudillo. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en pacientes con .Hipertension Arterial. [Online].; 2015 [cited 2016 Septiembre 28. Available from: [revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/download/60/59](http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/download/60/59).
- 21) Giuseppe Mancina (Coordinador) (Italia)\* RF. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para . el manejo de la hipertensión arterial. [Online].; Revista Española de Cardiología 2013 [cited 2015 Agosto 12. Available from: <http://pdf.revespcardiol.org/>.
- 22) Raúl F Echeverría – Beatriz Riondet. Tratamiento de la Hipertensión arterial [Online] 2016. 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)

- 23) Sandra Tamayo Rodríguez. Dietética y Nutrición 2016. Hipertensión Arterial y Dieta DASH. Pagina web. Disponible en: <http://www.aucal.edu/blog/dietetica-nutricion/hipertension-arterial-y-dieta-dash/>
- 24) Juana M. Bermúdez. Policlínico Galilea. Página web 2016. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.policlinicagalileo.es/tratamiento-no-farmacologico-de-la-hipertension-arterial-8012016/>
- 25) Guillermo H Rodríguez. Fundación Dialnet 2013. Respuesta al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=38684>
- 26) Sociedad Panameña de Cardiología 2011. Tratamiento no farmacológico de la Hipertensión arterial. Disponible en: <http://cardiologiadepanama.org/articulos/tratamiento-no-farmacologico-de-la-hipertension-arterial/>
- 27) Hipertensión arterial-complicaciones. El mundodetrilicenta's Blog 2012. Pagina web disponible en: <https://www.google.es/search?q=hipertensi%C3%B3n+arterial+complicaciones&ei=UyUcWsDrFcbHmQGEy5fwAw&start=10&sa=N&biw=1366&bih=690>
- 28) Constitución de la República del Ecuador, Ecuador saludable, voy por ti-Base Legal 2012 Disponible en: Salud PM. Constitucion de la Republica del Ecuador., Ecuador Saludable base legal. . [Online].; 2013 [cited 2015 Enero 26. Available from: <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>
- 29) Mayra Chiluiza Ramírez. Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica de la hipertensión en parroquia San Andrés 2016/Universidad Técnica de Ambato. Facultad de ciencias de la salud/Repositorio de tesis. Obtenido de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24245/1/Chiluiza%20Ram%C3%ADrez%20Mayra%20Alexandra.pdf>

- 30) . Saman K. Hashmi 1MBAKARASDSPMFMIAAaUA. Factors Associated with Adherence to AntiHypertensive Treatment in Pakistan. [Online].; US national Library of Medicine National Institutes of Health [cited 2016 Julio 19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17356691>.
- 31) Carmen I. Zuñiga Vaca. Diseño de estrategia de intervención sobre adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en canton Guano 2016/Universidad Superior Politecnica de Chimborazo/Facultad de ciencias médicas/Repositorio de tesis. Obtenido de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/6024>
- 32) Hadi NMM. DETERMINANT FACTORS OF MEDICATION COMPLIANCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS OF SHIRAZ, IRAN. [Online].; Arch Iranian Med 2004; 7 (4): 292 – 296 [cited 2016 Julio 19. Available from: <http://razi.ams.ac.ir/AIM/0474/0013.pdf>.
- 33) A Kamran SSAMBAMaHH. Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. [Online].; 2014, Biblioteca aNational del Instituto de Salud de los Estados Unidos [cited 2016 Julio 19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC42>
- 34.- Teresa A. Ruiz Lávida. Grado de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar numero 64 de Córdoba Veracruz 2014. obetenido de: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Adri.pdf>
- 35.- Francisco J. Maldonado Reyes. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau / Reynosa Tamaulipas México 2011. Obtenido de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-prevalencia-adherencia-terapeutica-pacientes-hipertensos-S1405887116>

Anexo



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
ESCUELA DE GRADUADOS  
POSGRADO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA  
TERAPEUTICA**

**AUTOR: MD JORGE GUNSHA (posgradista Medicina Familiar)  
VALIDADA POR: DRA. CRISTINA HERNANDEZ (MGI)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Toma algún tipo de tratamiento farmacológico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuántas veces al día toma el medicamento: \_\_\_\_\_

Efectos adversos del fármaco: \_\_\_\_\_

Toma diariamente la medicación: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(en caso de responder no indique el porqué) \_\_\_\_\_

Su medicamento siempre esta disponible en el CS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
o lo compra cuando no esta disponible : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(en caso de responder no indique el porqué) \_\_\_\_\_

Se siente a gusto con la atención del profesional: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(en caso de responder no indique el porqué) \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

El médico responsable de mi participación es el Md. Jorge Luis Gunsha Aguilar; la investigación a realizarse es “Evaluar la adherencia terapéutica a la hipertensión arterial y factores asociados en adultos mayores de dos consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Santiago de Guayaquil. Julio 2017 – Julio 2018.

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

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

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

Si deseo información al respecto podré contactarme con el Md. Jorge Gunsha Aguilar en el consultorio N°5 del Centro de Salud Santiago de Guayaquil ubicado en las calles M entre la 43 y 44 ava o llamando al celular 0991559649.

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

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

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

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

Fecha \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE MARTIN-BAYARRE-GRAU

Edad: \_\_\_\_\_

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:

Forma de selección	Siempre 4	Casi Siempre 3	A veces 2	Casi Nunca 1	Nunca 0
--------------------	--------------	-------------------	--------------	-----------------	------------

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

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

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

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

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

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

Edad: \_\_\_\_\_

**Conozca el nivel socioeconómico de su hogar**

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		porcentajes finales
<b>1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?</b>		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Chozas/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
<b>2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</b>		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
<b>3 El material predominante del piso de la vivienda es de:</b>		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
<b>4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
<b>5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:</b>		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
<b>Acceso a tecnología</b>		
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
<b>2 ¿Tiene computadora de escritorio?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

<b>3 ¿Tiene computadora portátil?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?</b>		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		porcentaje final
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
<b>2 ¿Tiene cocina con horno?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
<b>3 ¿Tiene refrigeradora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
<b>4 ¿Tiene lavadora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>5 ¿Tiene equipo de sonido?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?</b>		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
<b>7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		porcentaje final
<b>1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
<b>2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
<b>3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
<b>4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
<b>5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?</b>		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
<b>1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
<b>3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?</b>		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales), identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos





## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **JORGE LUIS GUNSHA AGUILAR**, con C.C: 0923595144 autor/a del trabajo de titulación: **FACTORES RELACIONADOS EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES EN DOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE GUAYAQUIL. AÑO 2018** previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 17 de diciembre de 2018

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

Nombre

**JORGE LUIS GUNSHA AGUILAR,:**

**C.C: 0923595144**

<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	FACTORES RELACIONADOS EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES EN DOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE GUAYAQUIL. AÑO 2018		
<b>AUTOR(ES)</b>	JORGE LUIS GUNSHA AGUILAR		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Niurka Ginorio Suárez		
<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 de 2018	<b>No. PÁGINAS:</b>	<b>DE</b> 62
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina interna, Medicina familiar, Psicología		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Estilo de vida, Hipertensión, Adherencia.		
<p><b>RESUMEN/ABSTRACT</b> <b>Antecedentes:</b> : Hipertensión Arterial se define como una enfermedad crónica, sistémica y de etiología multifactorial que consiste en el aumento sostenido de las cifras de presión arterial, siendo un problema de salud a nivel mundial. La adherencia terapéutica es el grado en el cual el paciente se acopla a diversas modificaciones indicadas por el profesional de la salud, con la finalidad de mejorar su morbilidad. <b>Materiales y Métodos:</b> Se realizó un estudio relacional ya que se relacionan dos variables, observacional por no existir intervención del investigador, prospectivo al recoger los datos de fuente de información primaria, transversal por ser medidas las variables en una sola ocasión y analítico al intervenir en el estudio más de una variable. <b>Resultados:</b> prevalece el grupo de edad de 65 a 69 años siendo el sexo femenino mas predominante, la mayoría de estos con instrucción primaria y con nivel socioeconómico bajo. En su mayoría parcialmente adheridos al tratamiento farmacológico, toman 1 vez al día su mediación antihipertensiva y no tienen efectos adversos de los mismos. No existe una relación estadísticamente significativa entre los factores relacionados y la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial <b>Conclusiones:</b> la edad, el sexo, el nivel escolar, la frecuencia de administración y los efectos adversos del fármaco no influyen en la adherencia terapéutica de la hipertension arterial.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>	<b>CON</b>	<b>Teléfono:</b> 0991559649	<b>E-mail</b> drjorgegunsha86@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>LA</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar Varas	
		<b>Teléfono:</b> 043804600	
		<b>E-mail:</b> posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec.	
<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>			