



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

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

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y  
FACTORES INFLUYENTES EN CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO  
DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018”**

**AUTORA:**

**VIVAR ALVAREZ, MARÍA TERESA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**DIRECTORA:**

**CALDERÓN RODRÍGUEZ, MERCEDES**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**2018**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Md. María Teresa Vivar Álvarez*, 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:**

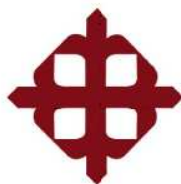
---

Rodríguez Calderón, Mercedes

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Landívar Varas, Xavier Francisco



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

**YO, *María Teresa Vivar Álvarez***

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación "*Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y factores influyentes en cuatro consultorios del Centro de Salud Santa Elena. 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.

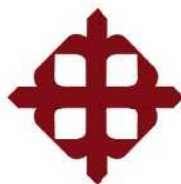
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

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

**LA AUTORA:**

---

Vivar Álvarez, María Teresa



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

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

**AUTORIZACIÓN:**

**YO, *María Teresa Vivar Álvarez***

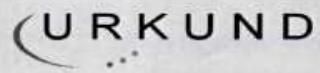
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y factores influyentes en cuatro consultorios del Centro de Salud Santa Elena. 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

**LA AUTORA:**

---

Vivar Álvarez, María Teresa



## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** DRA. MARIA TERESA VIVAR ALVAREZ.docx (D45643080)  
**Submitted:** 12/12/2018 8:43:00 PM  
**Submitted By:** maria\_tere2586@hotmail.com  
**Significance:** 1 %

### Sources included in the report:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009)

### Instances where selected sources appear:

2

## **1 Agradecimiento**

A Dios por concederme que día a día exista la oportunidad de enriquecer mi vida a través de nuevos conocimientos impartidos por mis tutores, compañeros y amigos que me ayudaron a cumplir mi objetivo.

A mi Madre por ser mi forjadora, guía y soporte haciendo que cada momento que pasa me siento más orgullosa de ser su hija y que gracias a ella pueda concluir con esta meta en mi vida profesional, a mi hermano que con su ejemplo de trabajo y sacrificio me incentiva a no decaer

## **2 Dedicatoria**

A Teresa, mi madre, quien su ejemplo de sacrificio me ha enseñado a esforzarme día a día para cumplir las metas que me he propuesto.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron con sus valiosos conocimientos que sirvieron de base para concluir este trabajo de manera exitosa.



**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. \_\_\_\_\_

**LANDÍVARVARAS, XAVIERFRANCISCO**

DIRECTOR DEL POSGRADO

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

**ARANDACANOSA, SANNY**

COORDINADORA DOCENTE

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

**BATISTA PEREDA, YUBEL**

OPONENTE



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

TEMA: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES INFLUYENTES EN CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018 "  
ALUMNO: MARIA TERESA VIVAR ALVAREZ  
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>						

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

Lo certifico,

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVARVARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADOMFC  
TRIBUNAL DE SUSTENCTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE OPOSICIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## 5 ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
3 ÍNDICE GENERAL.....	X
4 ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
5 ÍNDICE DE ANEXOS.....	XV
6 RESUMEN.....	XVI
7 ABSTRACT.....	XVII
8 INTRODUCCION.....	2
9 EL PROBLEMA.....	5
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	5
9.2 FORMULACIÓN.....	5
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	6
10.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
10.2 OBEJTIVOS ESPECÍFICOS.....	6
11 MARCO TEÓRICO.....	7
11.1 ANTECEDENTES PARA LA INVESTIGACIÓN.....	7
11.1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
11.2 MEDICIÓN PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA CONSULTA.....	8
11.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PATRÓN HEMODINÁMICO.....	9
11.4 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	10
11.5 TIPOS DE HIPERTENSIÓN.....	14
11.6 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	17
11.6.1 EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	19
11.6.2 FACTORES QUE INTERFIEREN CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA ANTIHIPERTENSIVA.....	20
11.6.3 FACTORES SOCIOECONÓMICOS.....	20
11.6.4 FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD.....	21
11.6.5 FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA.....	22
11.7 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	24
11.8 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	25
11.9 DERECHO A LA SALUD.....	25
11.9.1 DERECHO A LA VIDA.....	26
12 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	27
13 MÉTODOS.....	28
13.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	28
13.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
13.2.1 Criterios y procedimientos de la selección de la muestra o participantes de estudio.....	28
13.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	28
13.2.3. Técnicas de recolección de información.....	29
13.2.4. Técnicas de análisis estadístico.....	30

13.3 VARIABLES.....	31
13.3.1 Operacionalización de variables.....	31
14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
15 CONCLUSIONES.....	46
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
17 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
18 ANEXOS.....	53

## 6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL GRUPO DE EDAD, DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	34
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	35
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SU GRADO DE ESCOLARIDAD DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	36
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SU OCUPACIÓN DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	37
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN LOS AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	38
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL TRATAMIENTO HIGIÉNICO-DIETÉTICO, DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	38
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	39
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN EL APOYO FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	40
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN EL NÚMERO DE DOSIS DEL MEDICAMENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	41
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LOS EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES HIPERTENSOS DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	42
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	

EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....43

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LOS SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES HIPERTENSOS DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....44

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DEL MEDICAMENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....45

## 7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	53
ANEXO 2: ENCUESTA SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (MARTÍN BAYARRÉ GRAÚ) Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO MARTÍN BAYARRÉ GRAÚ.....	54
ANEXO 3: FACTORES INFLUYENTES EN PACIENTES HIPERTENSOS, SECTOR 2 CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	57

## **8 RESUMEN**

Antecedentes: La hipertensión arterial (HTA) presenta mayor prevalencia en la población ecuatoriana. Su tratamiento tiene alternativas no farmacológicas y farmacológicas. A pesar de la detección, tratamiento y control para muchos pacientes es difícil adherirse debido a factores familiares, personales, relacionados con la atención en salud y con los medicamentos. La hipertensión constituye la segunda causa de morbilidad en Ecuador, se necesita una evaluación constante por el sistema de salud. Materiales y Métodos: observacional, prospectivo, transversal, analítico. La población comprende pacientes hipertensos mayores de 30 años de edad, correspondiendo a 129 pacientes hipertensos. Previamente se solicitó el consentimiento informado a los que participaron. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes hipertensos. Se aplica en consulta y/o domicilio una encuesta a ambos grupos con datos sociodemográficos y clínicos. Resultados: Predomina el grupo de edad entre 60 y 69 años con 38,8% del total; mujeres con 57,4% y varones con 42,6%. El grado de escolaridad con primaria con 46,5%, y ocupación ama de casa con 56,6%; el 54,3% con menos de 10 años de diagnóstico. La adherencia parcial (65,9%); apoyo familiar prevalece en 67,4%, y la monoterapia en 91,5%. El 89,1% son pacientes de estadio 1. La aceptación a los servicios de salud (relación médico- paciente), representa el casi siempre con 55,8%. Y 59,7% de los pacientes reciben sus medicamentos a través de la entrega gratuita. Conclusiones: Existe una asociación significativa entre el grado de adherencia y los siguientes factores influyentes: el apoyo familiar, atención en salud, y la disponibilidad del medicamento.

Palabras Clave: HIPERTENSION, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, RESISTENCIA VASCULAR, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, FACTORES INFLUYENTES, MANEJO DE LA ENFERMEDAD.

## 9 ABSTRACT

**Background:** High blood pressure (HBP) is more prevalent in the Ecuadorian population. Its treatment has non-pharmacological and pharmacological alternatives. Despite the detection, treatment and control for many patients it is difficult to adhere due to family, personal factors, related to health care and medications. Hypertension constitutes the second cause of morbidity in Ecuador; a constant evaluation by the health system is needed. **Materials and Methods:** observational, prospective, transversal, analytical. The population comprises hypertensive patients over 30 years of age, corresponding to 129 hypertensive patients. Previously informed consent was requested from those who participated. The clinical histories of hypertensive patients were reviewed. A survey and / or domicile are applied to both groups with sociodemographic and clinical data. **Results:** The age group between 60 and 69 years old predominates with 38.8% of the total; women with 57.4% and men with 42.6%. The degree of schooling with primary school with 46.5%, and housewife occupation with 56.6%; 54.3% with less than 10 years of diagnosis. Partial adherence (65.9%); Family support prevails in 67.4%, and monotherapy in 91.5%. 89.1% are stage 1 patients. Acceptance of health services (doctor-patient relationship) represents almost always 55.8%. And 59.7% of patients receive their medications through free delivery. **Conclusions:** There is a significant association between the degree of adherence and the following influencing factors: family support, health care, and the availability of medication.

**Keywords:** HYPERTENSION, BLOOD HYPERTENSION, VASCULAR RESISTANCE, ADHERENCE TO TREATMENT, INFLUENTIAL FACTORS, DISEASE MANAGEMENT.



## 8 INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) afecta a países en vías de desarrollo y desarrollados, la población más afectada comprende entre las edades desde 18 a 56 años, el objetivo de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbi-mortalidad de los pacientes que sobrellevan esta enfermedad, y evitar las complicaciones a largo plazo.(1) Se define Hipertensión arterial según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) de acuerdo a la edad: Adolescentes y adultos jóvenes, la presión arterial debe ser igual o superior a 140/90 mmHg. Adultos con edades comprendidas en más de 60 años que no tengan Diabetes Mellitus, o enfermedad renal crónica igual o superior a 150/90 mmHg, y adultos con más de 60 años con Diabetes, o enfermedad renal crónica la presión igual o superior a 140/90 mmHg., se diagnostica por un control médico casual o por sintomatología que presenta por la que acuden para la atención. (1)

Siendo esta una patología y factor de riesgo cardiovascular, que afecta a la población y está sometida a características particulares según la condición de cada persona, el plan terapéutico consiste en seleccionar el o los medicamentos necesarios, indicarlos en las dosis diarias y entrega en la hora más beneficiosa de acuerdo con las características de cada individuo, en los aspectos biopsicosociales e imponer también las medidas de régimen no farmacológico; es decir, la educación al paciente en su auto cuidado para que éste por decisión propia en acuerdo con el equipo de salud, opte por estilos de vida más saludables. (10)

Diversos estudios han resuelto que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas define el éxito terapéutico, a su vez depende de varios factores tanto del paciente como del medio en donde vive, siendo clave la relación con el medio. (1)

Entre los diversos factores que influyen en la adherencia, a nivel de Latinoamérica son: la edad, la gravedad de la hipertensión, el fármaco administrado, la cantidad de toma diaria. (3)(4) Factores sociales: como la pobreza, condicionan una alta prevalencia, y solo una pequeña fracción de los tratados el 38% está controlada, se estima que solo el 40% de los pacientes tratados tienen un grado de adherencia adecuado al tratamiento. (5)

Un 46% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial y, lo lamentablemente de la situación es que solamente un 15% de esa población conoce que es hipertensa.

En Ecuador existen aproximadamente 16'027.466 de habitantes, de los cuales 5'048.651 habitantes, que representa un 31.5% de la población sufre HTA.

De este 25% de casos, 1'625.000 reciben tratamiento y de los cuales 812.000 siguen un tratamiento.

A nivel nacional es la hipertensión esencial (primaria) la que muestra el mayor número de casos, con 8.653, del total de registros, el 58,14% corresponde a mujeres y el 41,86% a hombres de estas cifras tan solo el 58% de los pacientes se encuentran en tratamiento farmacológico y no farmacológico. (6)(7)

La Provincia de Santa Elena no queda excluida del problema es así que en el año 2011 el Hospital IEISS de Ancón; en base a la recolección de información por medio de la atención que brinda a la población obtuvieron datos de que la HTA alcanzó un incremento de 0.76% manteniendo el cuarto puesto después de la gastritis, lumbalgia, y diabetes, pero con una morbilidad que pasó de 2047 a 2094 casos, de los cuales 1424 son de sexo masculino y 670 femenino.

La mala adherencia al tratamiento dan a largo plazo bajos resultados en salud y mayores costos sanitarios, en tanto que la buena adherencia terapéutica aumenta la condición de vida de los pacientes que padecen HTA, constituyendo una de las patologías crónicas no transmisibles que afectan en mayor porcentaje a la población en edad adulta, al mejorar las condiciones médicas de cada individuo se dará cambios en su entorno y se beneficiará a la familia previniendo posibles complicaciones a largo plazo. (1)

Debido a esta problemática de salud el Ecuador elabora un proceso de cambio dirigido a crear una sociedad incluyente, colaboradora y legal, con relaciones equitativas orientadas a establecer el buen vivir que se expresa en el Objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir: Mejorar la condición de vida de la población, reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos años, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad. (8)

Actualmente el Plan Nacional para el Buen Vivir se mantiene en su accionar por medio del Plan de desarrollo 2017-2021 – Toda una Vida.

El Ministerio de Salud Pública Ecuatoriano, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar,

Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) ha trabajado en la actualización de estrategias para las enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA todo esto con vista a favorecer a la población mejorando su condición de vida y previniendo las principales causas de muerte debido a éstas enfermedades, a pesar de ello la HTA continua en ascenso no solo en Ecuador sino en el resto del mundo. (8)

Por lo antes expresado se deben realizar intervenciones novedosas, participativas y críticas para esta problemática, que el motivo principal de la adherencia al tratamiento radica de las características propias de cada individuo, siendo esta una barrera fundamental que debemos afrontar como profesionales de la salud. El propósito más importante el de enseñar al paciente a convivir con su enfermedad, una vez alcanzado esto, servirán de base para la continuidad de futuras investigaciones, la aplicación de estrategias desde el punto de vista asistencial mejorará el control y la evolución de los pacientes de la comunidad, elevando el nivel de conocimiento de la población sobre los temas relacionados a hipertensión arterial y sus factores influyentes, para lo cual se podrá superar la tasa de baja adherencia terapéutica, controlando los niveles de presión arterial, se reducirán las complicaciones agudas y crónicas que mejorarían la calidad de vida dela persona. (8)

## **9 EL PROBLEMA**

### **9.1 Identificación, valoración y planteamiento**

En Ecuador el número de personas afectadas por Hipertensión Arterial aumenta y la no adherencia al tratamiento se hace evidente, la falta de conocimiento de los factores influyentes hace emergente realizar acciones para modificar desde la Atención Primaria de Salud estos parámetros, es de suma importancia identificar si la adherencia depende de los factores propios del paciente, de la medicación, disponibilidad del mismo y la influencia de la familia para su cumplimiento.

A pesar de dar amplia información sobre enfermedades crónicas no transmisibles y las complicaciones que pueden ocasionar las mismas, se observa abandono de tratamiento en las personas diagnosticadas de HTA en la población que pertenecen al sector 2 del Centro de Salud Santa Elena debido a esto se hace necesario que la población adopte una nueva forma de cuidado de su salud, a través del aprendizaje que puedan adquirir mediante el conocimiento de su enfermedad, mejorarías en el control y acciones de salud de prevención y promoción que ayudará en adquirir estilos de vida saludable.

### **9.2 Formulación**

¿Cuál es el grado de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del sector 2 del centro de salud Santa Elena y que factores influyen en el cumplimiento terapéutico antihipertensivo?

## **10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **10.1 General**

Asociar el nivel de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y los factores influyentes en cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena en el año 2018.

### **10.2 Específicos**

Caracterizar los pacientes hipertensos según las variables sociodemográficas.

Determinar el nivel de adherencia de los pacientes hipertensos de la población de estudio.

Identificar los factores individuales, familiares, relacionados con los medicamentos y los servicios de salud que influyen en la adherencia terapéutica.

Determinar la posible asociación entre la adherencia al tratamiento y los factores influyentes en la población de estudio.

## 11 MARCO TEÓRICO

### 11.1 Antecedentes para la investigación

En una investigación experimental realizada por consultas del Programa Remediar + Redes, (Ministerio de Salud de la Nación de Argentina) en el año 2012 acerca del problema de la adherencia en la HTA, apuntó que esta incluye las indicaciones farmacológicas y las modificaciones de las condiciones de vida. Su meta consiste en enriquecer su calidad de vida, respondiendo a las indicaciones o recomendaciones dadas por el equipo de salud. (12)

Maldonado Reyes y Vázquez Martínez, en México en el año 2011, realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, con el tema: Prevalencia de adherencia terapéutica en hipertensos con el uso del cuestionario Martín Bayarré – Graú, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de adherencia, encuestando a 322 pacientes con diagnóstico previo de HTA, se obtuvo como resultado que el 39% tenía adherencia total al tratamiento, 59% parcial y el 2% no adherido (13). Cothe P. produjo un meta-análisis, con 63 investigaciones empíricas que encadena la adherencia con los resultados clínicos (medidos objetivamente), plantea que la adherencia al tratamiento, comparada con la no adherencia, disminuye en 26% el riesgo de un resultado clínico pobre o nulo, y que la oportunidad de tener un buen resultado clínico, si el paciente es adherente, es casi tres veces la oportunidad en pacientes no adherentes, adicionalmente, estima que de 100 pacientes adherentes, 63 tendrán resultados clínicos positivos y 37 resultados pobres o nulos, comparado con un 50/50 en los pacientes no adherentes (14).

Algunos autores refieren que para acrecentar la adherencia terapéutica se debe partir de la formación por parte del profesional médico de la salud para desarrollar comunicaciones convincentes, cordiales y eficaces; simplificar los regímenes terapéuticos; así como planificar la frecuencia de las atenciones dirigidas al paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de los regímenes de salud y contratos conductuales (15).

### **11.1.1 Fundamentación Teórica**

#### Hipertensión arterial

Su definición plantea que cuando una tensión arterial sistólica (TAS) es  $>140\text{mmHg}$  y/o de una tensión arterial diastólica (TAD)  $>90\text{mmHg}$ , la HTA es considerada como una patología crónica, que constituye uno de los factores de riesgo de mayor prevalencia en producir enfermedades. (37) El manejo integral de la HTA precisa como “el establecimiento de metas del tratamiento, manejo no farmacológico y farmacológico, educación del paciente, seguimiento con control médico y vigilancia de complicaciones”. (20) Para observar el aumento de las cifras tensionales en los pacientes, resulta imprescindible tener como meta mejorar la adherencia al tratamiento terapéutico y esta se basa en un compromiso mutuo entre el personal de salud y el paciente, teniendo un control adecuado de la presión arterial logrando el objetivo deseado (20).

### **11.2 Medición precisa de la presión arterial en la consulta**

Se recomienda el método auscultatorio de medición de la presión arterial utilizando un instrumento calibrado y adecuadamente validado.(5) Los pacientes permanecer sentados tranquilos en una silla (mejor que acostados) al menos durante 5 minutos, con los pies en la superficie del piso, y el brazo a la misma altura del miocardio. No debe haber consumido cigarrillos o ingerido bebidas que contengan cafeína por lo menos treinta minutos antes de realizar la toma. (3)(7) La medición de la presión arterial con el paciente en posición de pie está indicada con mayor frecuencia, especialmente en quienes tienen riesgo de padecer hipotensión postural. Para una medición más precisa de la presión arterial se recomienda hacer uso de un brazalete de tamaño adecuado (que ocupe al menos el 80% el brazo). El manguito del esfigmomanómetro debe cubrir dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estará sin ninguna prenda de vestir. Se insufla el manguito, inmediatamente se palpa la arteria radial y se sigue insuflando hasta 20 o 30 mmHg por encima de la desaparición del pulso. Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa ante cubital y se desinfla lentamente el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja a una velocidad de 2 mmHg por segundos. (9) Se deben realizar por lo menos dos mediciones sucesivas. La PAS es el punto en el que se escucha el primero de dos sonidos consecutivos (Fase 1), y la PAD es el punto en el que desaparece el sonido (Fase 5). Los médicos deberían comunicar a su paciente, tanto por vía verbal

como escrita, sus cifras exactas de presión arterial, los parámetros que se consideran normales y las metas de control. (9)

### **11.3 Fisiopatología de la hipertensión arterial patrón hemodinámico**

La formación de la hipertensión arterial es lenta y gradual. La elevación de presión arterial inicial es normalizada por múltiples interacciones compensadoras. La reactividad vascular es el trastorno más precoz y se relaciona con aumento de la actividad simpática, simultáneamente al aumento de resistencias periféricas, ligero aumento del gasto cardíaco por disminución de la capacitancia venosa. En la fase de HTA establecida, el patrón hemodinámico se caracteriza por un gasto cardíaco normal o disminuido y resistencias periféricas altas, relacionadas con aumento de sustancias vasoactivas, que actúan sobre el músculo liso con cambios estructurales en la pared vascular (reducción del calibre vascular). Los cambios en la estructura que tienen lugar por la elevación crónica de la presión arterial (hipertrofia e hiperplasia de la pared vascular) protegen a los órganos diana, ante elevaciones bruscas de la presión arterial. Sin embargo, este desplazamiento a la derecha de la curva de flujo cerebral provoca un descenso de las cifras tensionales, hasta niveles considerados como normales que hacen que el flujo cerebral o coronario descienda, produciendo isquemia cerebral o miocárdica (38).

#### Factores genéticos y ambientales

Se presenta en los genes un porcentaje muy bajo en el desarrollo de HTA, se cuenta que el 60-70% de la HTA esencial con agrupación familiar puede deberse a factores de origen o genéticos, siendo el 40-30% restante resultado de influencias ambientales (38).

#### Retención excesiva de sodio

En distintas poblaciones, el aumento de la presión arterial con la edad se relaciona directamente con la ingesta de sal. El sodio intracelular facilita la entrada de calcio con el consiguiente aumento de contractilidad en el músculo liso y aumento de resistencias periféricas (38).

Sistema renina-angiotensina- aldosterona (SRAA): tiene un papel importante en el mantenimiento de la HTA y en el daño orgánico secundario. La inhibición o bloqueo farmacológico de sus componentes reduce la PA y disminuye el daño tisular (38).

#### Hipertrofia vascular



Las alteraciones hemodinámicas en la HTA comienzan con un proceso de adaptación en los vasos de resistencia que se caracteriza por hipertrofia o hiperplasia de la capa muscular, aumento de la matriz extracelular y aumento de resistencia (38).

#### Disfunción endotelial

En los años finales se ha familiarizado la participación del endotelio en la función del sistema cardiovascular. Las células endoteliales son capaces de responder a diferentes estímulos (hemodinámicos y humorales) sintetizando o activando sustancias vasoactivas y factores de crecimiento celular. De esta forma, el endotelio regula el tono vascular, interviene en el remodelado vascular, en la hemostasia local (adhesión y agregación plaquetaria y fibrinólisis) y participa en la inflamación por mediadores pro y antiinflamatorios (38).

#### **11.4 Clasificación de la hipertensión arterial**

La presión arterial tiene una distribución unimodal en la población afecta, así como un vínculo continuo con el riesgo cardiovascular hasta valores sistólicos y diastólicos de tan solo 115-110 y 75-70 mmHg, respectivamente. Este hecho hace que la palabra hipertensión sea científicamente discutible y que su clasificación basada en valores de corte sea arbitraria. Sin embargo, el cambio de una terminología ampliamente conocida y aceptada puede generar desconcierto, y el uso de valores de corte resume el abordaje diagnóstico y terapéutico en la práctica clínica diaria (38).

En consecuencia se mantiene la clasificación de la hipertensión arterial utilizada en varias guías. (38)

#### Clasificación de la hipertensión arterial

Normal: < 120 PAS y < 80 mm/Hg PAD

Pre hipertensión: 120 – 139 PAS y/o 80 – 89 mm/Hg PAD

Hipertensión Estadio 1: 140 – 159 PAS y/o 90 – 99 mm/Hg PAD

Hipertensión Estadio 2: >160 PAS y/o > 100mm/Hg PAD

Hipertensión sistólica aislada: > 140 PAS y/o < 90 mm/Hg PAD

PAS: presión arterial sistólica

PAD: presión arterial diastólica

Tomada de la revista. JNC 7

La pre hipertensión es una causa de riesgo que se debe reconocer por el alto riesgo de desarrollar HTA, tanto los pacientes como médicos y personal de salud en general deben entender, la vulnerabilidad de tener riesgo de desarrollar esta enfermedad. Por lo que es indispensable el control de la presión arterial en cada consulta médica o durante las visitas domiciliarias y se debe educar a los pacientes en alimentación saludable, la importancia del ejercicio en la vida diaria. (17) El Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC) sugiere que todas las personas con HTA (Estadios 1 y 2) sean tratadas. (17)

El objetivo de realizar promoción y prevención en Atención Primaria va a atenuar el número de personas que presenten Hipertensión Arterial, implementando un consumo de alimentos saludables, la realización de ejercicio como hábitos positivos que constituirán una protección para impedir que se desarrollen enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA que afecta a gran parte de la población.

La propuesta está dirigida a prevenir la enfermedad con manejo adecuado de los fármacos teniendo como objetivos fundamentales los siguientes:

Entre los medicamentos se encuentran los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas receptores de la angiotensina II (ARA II), calcioantagonistas, para tener un control adecuado se puede combinar los diferentes fármacos para conseguir el objetivo que es disminuir la presión arterial sistólica y diastólica mejorando la calidad de vida de las personas y disminuyendo las complicaciones que pueden presentar cuando tienen un tratamiento inadecuado. (17)

Por lo que es fundamental tener una adecuada relación médico-paciente que esté encaminada a ser una guía para cumplir las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, que mejorarán la calidad de vida de cada persona que padece una enfermedad crónica no transmisible. (17)

La responsabilidad de un adecuado control de la presión arterial no solo depende del paciente y su médico, también influye su entorno, como el apoyo familiar, la economía que le permita adquirir los medicamentos, la responsabilidad del ministerio de salud en proveer medicamentos a cada centro de salud para hacer llegar el medicamento a cada paciente e impedir que abandonen el tratamiento.

El comité reconoce que el juicio y la responsabilidad del facultativo siguen siendo crucial (16). Para prevenir el aumento de la presión arterial, deberían tomarse medidas de promoción y prevención para reducir o minimizar estos factores causales en la población, sobre todo en individuos pre hipertensos, o con factores de riesgo dentro de los cuales podemos mencionar: consumo de tabaco, obesidad, falta de actividad física, dislipidemia, diabetes mellitus, edad mayor de 55 años y antecedentes familiares de patologías cardiovasculares. (18)

El Octavo Informe continúa con sus bases fundamentales en la detección oportuna, evaluación adecuada, y tratamiento que se brinde a las personas con Hipertensión Arterial. (21)(15) (JNC) advierte que la hipertensión es la patología más común que se observa en la Atención Primaria y conduce a insuficiencia renal, accidente cerebro vascular, infarto de miocardio y muerte si no se diagnostica a tiempo y se trata de manera adecuada. (11)(18)

La población afecta necesita asegurarse de que el tratamiento de la presión arterial reducirá la morbilidad, mientras que el personal de salud necesita orientación sobre el manejo de la hipertensión utilizando la mejor evidencia científica. Estos datos presentan un enfoque riguroso y la certeza para recomendar umbrales de tratamiento, las metas y los medicamentos en el tratamiento de la hipertensión en los pacientes.

La evidencia se alcanzó por medio de ensayos controlados aleatorios, que representan el estándar de oro para determinar la eficacia y la efectividad. Aunque esta guía sugiere recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la HTA y debe responder a las necesidades clínicas de la mayoría de los enfermos, estas recomendaciones no son un sustituto para el juicio clínico, y las decisiones sobre el cuidado deben considerar e incorporar las características clínicas y según la situación de cada paciente. (22)(25)

#### Valoración del paciente

La valoración de los pacientes con hipertensión detallada en documentos tiene tres objetivos:

1. Valorar los estilos de vida y establecer otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes que puedan afectar el pronóstico y guiar el tratamiento:

Factores de riesgo cardiovasculares más importantes:

- Hipertensión\*

- Consumo de productos del tabaco
- Obesidad\* (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>)
- Inactividad física Dislipidemia\*
- Diabetes mellitus\*
- Microalbuminuria o tasa de filtrado glomerular (TFG)

Daños de órganos diana:

- Corazón
- Hipertrofia ventricular izquierda
- Angina o infarto del miocardio previo
- Revascularización coronaria previa
- Insuficiencia cardíaca
- Cerebro
- Accidente cerebrovascular o ataque transitorio de isquemia.
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad arterial periférica
- Retinopatía

\* Componentes del Síndrome Metabólico

2. Descubrir causas reconocibles de elevación de la presión arterial (hipertensión secundaria) y causas conocidas de hipertensión arterial.

- Apnea del sueño
- Hipertensión inducida por medicamentos o causas relacionadas
- Enfermedad renal crónica
- Aldosteronismo primario
- Enfermedad renovascular
- Tratamiento crónico con esteroides y Síndrome de Cushing
- Feocromocitoma
- Coartación de la aorta Enfermedad de la tiroides y la paratiroides

3. Evaluar la aparición o falta de daño en órganos diana y otras enfermedades cardiovasculares.

Los datos para cumplir con estos tres objetivos serán proporcionados por la entrevista médica, el examen físico, las pruebas de laboratorio y por otros procedimientos diagnósticos. El examen físico debería incluir una medición precisa de la presión arterial y la comprobación en el brazo contralateral, el examen del fondo de ojo, el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) (también puede usarse la medida de circunferencia de cintura), la auscultación de los ruidos carotídeos, abdominales y femorales, la palpación de la glándula tiroidea, el examen minucioso del corazón y los pulmones, examen abdominal que incluya riñones, detección de masas palpables y pulsaciones aórticas anormales, la palpación de pulsos y la búsqueda de edemas en miembros inferiores, así como la valoración neurológica. (9)

### **11.5 Tipos de hipertensión**

#### **Hipertensión Sistólica Aislada (HSA)**

Es más común en adultos mayores de 65 años. Se considera cuando la presión arterial sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la presión arterial diastólica es igual o mayor de 90 mmHg. (38)

#### **Hipertensión de la Bata Blanca**

Se valora en pacientes que tienen aumento de la presión arterial durante la asistencia a la consulta con el profesional de salud, mientras es normal su presión.

La llegada del médico producía una reacción hipertensiva inmediata que elevaba la PAS más de 26 mmHg y la PAD en casi 15 mmHg respecto a la existente antes de la llegada del médico.

Uno de los mecanismos fisiopatológicos de la reacción de bata blanca medida a través de registro latido a latido de presión arterial es la aparición de un aumento de la frecuencia cardíaca, similar al observado en otras reacciones de alerta, y que sugiere una participación de la vía simpática beta en su génesis. Paradójicamente, las diferencia entre las mediciones de presión arterial obtenidas en el consultorio y las recogidas por el registro ambulatorio de presión arterial extra arterial (MAPA) no se acompañan de una similar diferencia en la frecuencia cardíaca del paciente, lo que indica que este efecto sería mediado principalmente por vía simpática alfa. Se considera que el MAPA podría infravalorar en un 30% la reacción en bata blanca (RBB) en comparación con los valores obtenidos mediante registro latido a latido. (39)

Si bien los mecanismos fisiopatológicos de la reacción de bata blanca aún no están claros, se vincularía con la función barorrefleja; ya que ciertos autores postulan que en su génesis interviene una reacción de alarma con la consiguiente activación simpática y aumento de la frecuencia cardíaca. Dicho mecanismo se objetiva a través del análisis espectral de la FC mediante el electrocardiograma Holter, a través de los componentes de alta y baja frecuencia conocidos como LF (Low frequency) representando la actividad simpática y HF (High frequency) la función parasimpática. El pronóstico no está de forma clara, ya que algunos estudios muestran que dicho resultado considerado un factor de riesgo independiente de hipertrofia izquierda y acelera la aterosclerosis, mientras que otros no han encontrado correlación con daño de órgano blanco. (39)

#### Hipertensión Refractaria o Resistente

Se define la hipertensión arterial (HTA) refractaria como la persistencia de niveles de presión arterial (PA) mayores o iguales a 140 mm Hg de PA sistólica (PAS) y o mayores o iguales a 90 mm Hg de PA diastólica (PAD) (o  $PA \geq 130/80$  mm Hg en diabéticos o pacientes con enfermedad renal crónica), en sujetos tratados con al menos 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas, uno de ellos diurético, con un buen cumplimiento de la medicación antihipertensiva.

Es conveniente aclarar que las cifras objetivo para el control de la PA surgen de la publicación del 2008 de la AHA. (39)

Con respecto a los tres fármacos:

1. Los tres fármacos deben ser de distinta clase y uno debe ser un diurético.
2. La dosis debe ser óptima, entendiéndose por tal las dosis máximas toleradas.
3. Debe haber adherencia al tratamiento farmacológico por parte del paciente.

#### Hipertensión Maligna

Es la forma más grave de HTA; que aparece de manera repentina y rápida se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. La población afectada tiene insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva grado II –IV. (40)

#### La crisis hipertensiva

La crisis hipertensiva es una elevación aguda de la presión arterial capaz de producir lesiones en órganos diana. Según la presencia o no de esta afectación, se clasifica en emergencia hipertensiva o urgencia hipertensiva respectivamente.

Siendo una situación clínica que puede amenazar la vida del paciente hipertenso e incluso puede aparecer en personas que no haya sido previamente diagnosticadas de hipertensión arterial. Las cifras para definir crisis hipertensiva son de una presión sistólica mayor o igual a 180mmHg y una presión diastólica de 110mmHg de acuerdo a la última recomendación de Joint National Committee (JNC).

Se subdividen en emergencias y urgencias hipertensivas. (39)

#### Emergencia hipertensiva

Se trata de una condición de mayor gravedad y peor pronóstico por la presencia de daño a un órgano blanco y la evidencia inminente de un rápido o progresivo deterioro a nivel neurológico, cardíaco o renal (38). La elevación de la presión arterial se asocia a lesión aguda de órganos diana que puede comprometer la vida del paciente de forma inminente. Se necesita un descenso rápido de las cifras de PA (minutos-horas) con tratamiento específico preferentemente por vía parenteral precisando ingreso hospitalario (en planta o en UCI). Las formas clínicas de presentación más usuales son: el dolor torácico (27%), disnea (22%) y déficit neurológico (21%). La mayoría de sujetos que presentan una emergencia hipertensiva son hipertensos conocidos con tratamiento antihipertensivo. (39)

#### Urgencia hipertensiva

La elevación de las cifras en la PA no se acompaña de una lesión aguda sobre un órgano diana. La población afecta puede estar asintomático o con síntomas inespecíficos (mareo, cefalea, ansiedad, entre otros) que jamás pueden comprometer su vida de forma inmediata. Requiere la baja de las cifras de presión arterial en los próximos 1 o 2 días. Su tratamiento será por vía oral y no suelen precisar asistencia hospitalaria. No es aconsejable reducir las cifras de PA demasiado rápido, pues ocurriría hipoperfusión en órganos diana. Las situaciones más comunes son las crisis asintomáticas idiopática, la HTA acelera-maligna no complicada, HTA pre y postoperatorio y el abandono terapéutico. (39)

#### Factores relacionados con el paciente

Constituyen los factores que menor influencia muestran en la no adherencia al tratamiento, entre ellos se encuentra en relación directa con las características socio-demográficas de cada persona. (32) Las exigencias propias de la enfermedad para con el paciente, influyen en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La hipertensión arterial se caracteriza por su sintomatología silenciosa que causa daño a órganos diana no siempre

se diagnostica en una etapa incipiente. La presencia de otros síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión y gravedad de la enfermedad, repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y en la importancia que le otorgan al seguimiento de la enfermedad que permitan mejorar su adaptación a los cambios que deben incorporar en su quehacer cotidiano. (34)

Según la OMS, (37) entre los factores relacionados con el enfermo se encuentra la angustia, el estrés psicosocial, la baja motivación y la no aceptación de la enfermedad. (34)

En educación para la salud, existirían dos categorías teóricas básicas que permitirían trabajar en el cambio de conductas. La teoría cognoscitiva que se preocupa de cosas "dentro de la cabeza" como son el conocimiento, las actitudes, valores, creencias, y variables similares que de alguna forma residen en el cerebro, estas variables son consideradas como determinantes de la conducta y por tanto, cuando se desea cambiar la conducta de la gente, se empieza a comunicar con ella directamente con instrucciones o persuasión diseñada para cambiar su actitud. (32)(33)

Un enfoque educativo debe tener una función relacionada con el problema de salud que cada paciente al cual se enfrenta cada día y, por lo tanto, la educación debe estar orientado a ayudarlos a entender mejor los problemas de salud que tienen, discutir sus orígenes y analizar la mejor manera de solucionarlos estimulando a participar activamente en las acciones que dicha solución requiere. (32)

Los programas educativos deben basarse en la motivación de las personas y la comunidad para participar, para ello se deben utilizar técnicas educativas de fácil entendimiento y asimilación, sin que se requieran niveles altos de escolaridad para practicar las tareas propuestas y poder beneficiarse con lo aprendido. (33)

### **11.6 Adherencia al tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas por parte del paciente las mismas que son prescritas por su médico. (40)

Aunque existe poco consenso en su definición, y por tanto en su evaluación e intervención, los planteamientos actuales en el tema firman que la adherencia al tratamiento es un



fenómeno complejo que involucra una serie de comportamientos diarios, los cuales deben coincidir y ser coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, reflejando una implicación activa del paciente en el control de su enfermedad . No obstante, esta forma de entender la adherencia al tratamiento no ha trascendido completamente a los servicios de salud que trabajan con la población hipertensa, en los que aún se sigue considerando la adherencia únicamente como la toma de medicamentos, la asistencia a citas médica y por tanto, sigue interviniéndose de esta manera. (40)

Los comportamientos de adherencia hacen referencia a la incorporación o mantenimiento de hábitos en el estilo de vida, la modificación de aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad, la búsqueda de conocimiento y el desarrollo de habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con los objetivos terapéuticos. (40)

La efectividad del tratamiento nos indica el cumplimiento que presenta cada persona frente a la patología que padece con apoyo de su familia, del entorno y de las accesibilidades a los medicamentos mejorando la calidad de vida.

Es importante identificar los factores de riesgo individuales que presentan influencia directa sobre el cumplimiento del tratamiento para evitarlos e impedir la presencia de complicaciones que afecten a la población hipertensa.

Otros determinantes son:

Los factores socio-demográficos individuales

Conocimientos sobre la enfermedad

Experiencia positiva del médico para dar tratamientos adecuados

Favorable relación entre el médico y el paciente

Provisión de los medicamentos

Dosis correcta

La población más pobre que presenta enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial, constituye el pilar de la adherencia al tratamiento ya que proveer a su familia de condiciones necesarias básicas para el diario vivir y no pueden adquirir el medicamento para llevar a cabo un buen control de su patología. (40)

#### **11.6.1 Evaluación de la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial**

Una preocupación de gran importancia con respecto a la adherencia al tratamiento consiste en su medición adecuada. Para la mayoría de clínicos, diferenciar la adherencia sub-óptima de la baja respuesta al tratamiento en los pacientes (cuando la medicación prescrita es adecuada) es difícil (41).

En condiciones crónicas es importante conocer las razones por las cuales no se ve mejoría en el paciente, pues las estrategias de control deben ser diferentes. Desde los primeros estudios empíricos sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes, en 1968, los investigadores han tratado de evaluar, comprender, predecir y cambiar las respuestas de los pacientes al tratamiento, argumentando que está relacionada con los resultados clínicos. (40) No obstante, los resultados son insuficientes y en ocasiones contradictorios, frente a esto los expertos han hecho un llamado para mejorar su evaluación (41).

Existe una variedad de test de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico, que aunque tienen sus limitaciones son más útiles en Atención Primaria de Salud. Uno de los más utilizados es el test Martín Bayarré, que valora el cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial (19).

Lo anterior implica que la adherencia al tratamiento es un asunto comporta mental que requiere compromiso y responsabilidad de la persona en el cumplimiento de las medidas dictadas por el personal médico, con el objetivo de mantener o recobrar su salud y bienestar (22).

Para lograr una adherencia terapéutica conveniente, es necesario tener presente los siguientes aspectos:

Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre las partes, para elaborar la estrategia que garantice el cumplimiento y aceptación de la terapéutica.

Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el personal de salud.

Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones. Bajo estos lineamientos, se busca una participación activa y voluntaria del paciente, en el cumplimiento de la terapéutica, el

mismo que ha sido elaborado y aceptado bajo las estrategias y condiciones establecidas por mutuo acuerdo entre el paciente y el médico. (22)

Se indica que las personas con Hipertensión Arterial al tener una enfermedad silenciosa abandonan el tratamiento cuando ya no presentan síntomas por los que acudieron al médico, y de las personas que permanecen con el tratamiento, solo el 50% toma al menos el 80% de las medicinas prescritas por su médico; por lo tanto, solo un 25% logra el control óptimo de la presión arterial (22).

Es así que el grado de adherencia al tratamiento varía entre 50 y 70%; dependiendo de la aceptación del tratamiento lo que influye en su cumplimiento (22).

### **11.6.2 Factores que interfieren con la adherencia terapéutica antihipertensiva**

Se determinó el grado de adherencia terapéutica por los factores que influyen como socio-demográficos, familiares, relacionados con el medicamento y relacionados con el sistema de salud, y factores relacionados con la terapia. La valoración de estos factores nos permite involucranos de una forma directa para mejorar la conducta y cumplimiento del tratamiento beneficiando de forma directa al paciente por medio de una estrategia adecuada para conseguir el objetivo final: mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos (22).

### **11.6.3 Factores socioeconómicos**

Padecer de bajos recursos económicos influye de forma directa en el abandono del tratamiento se hace evidente en los países en vías de desarrollo. Por otro lado en el estudio de Framingham. (22) Demostró que el nivel de educación es uno de los marcadores del estado socioeconómico y está relacionado en forma inversa con la prevalencia e incidencia de Hipertensión Arterial y con las complicaciones y evolución de ésta. Al valorar el grado de instrucción e HTA se comprobó una asociación estadísticamente significativa; este bajo nivel de instrucción podría explicar la falta de adherencia al tratamiento y el desconocimiento por parte de la población sobre las complicaciones que esta enfermedad puede causar (23).

La educación se asocia con la mejoría en el control de la presión arterial; un nivel de educación menor al bachillerato es un factor de riesgo independiente y un reto para la “alfabetización de la salud”. (23) Algunos han sido los factores socioeconómicos que se han relacionado con la adherencia terapéutica entre los que se incluyen: la desocupación,

el bajo nivel escolar la pobreza, el abandono familiar, entre otros; siendo los más representativos la pobreza y el costo elevado de los medicamentos, lo cual motiva a generar políticas gubernamentales que permitan precios accesibles a la medicación, protección del estado en el ámbito de salud y sistemas de distribución confiables de medicamentos, para lograr buenas tasa de adherencia a los tratamientos (23).

Los comités de salud deben evaluar las condiciones de cada paciente para apoyar al personal de salud teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas de su comunidad. En un estudio realizado en Cartagena, Colombia.<sup>24</sup>Sobre los factores que influyen en la adherencia a tratamientos de personas con riesgo de presentar complicaciones, se encontró que el 16.41% de los participantes se encontraba en riesgo moderado de no adherirse al tratamiento; sin embargo, un gran porcentaje de los encuestados opinó que el contar con el apoyo de la familia (tanto anímico como económico) ayuda a continuar con el tratamiento, lo cual favorecía de manera positiva la adherencia. (15)

#### **11.6.4 Factores relacionados con el sistema de salud**

Se ha demostrado que si hay una buena relación entre el médico y el paciente el porcentaje de cumplir las indicaciones prescritas será mayor y la cantidad de pacientes con buena adherencia al tratamiento será notable. El médico debe utilizar un lenguaje sencillo, adecuado para que el paciente capte lo indicado y cumpla en su totalidad las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas prescritas.

Si no hay una adecuada relación, no se tendrá un adecuado cumplimiento de las indicaciones, la motivación personal influye de forma positiva en el cumplimiento directo del tratamiento.

Los pacientes que no cumplen su tratamiento creen que el sistema de salud de alguna manera afecta la atención a sus usuarios. Por ejemplo que no consigue atención con el mismo profesional médico, lo que implica repetir su historia clínica cada vez que acuden a control, riesgo de no establecer una buena relación médico-paciente con el otro profesional o recibir orientaciones diferentes, lo que influye directamente en la falta de adherencia al tratamiento. (25)

Es importante una adecuada relación médico-paciente para consolidar el cumplimiento del tratamiento prescrito y mejorar las condiciones de vida de cada persona en conjunto con su familia.

La investigación realizada en Barranquilla, encontró que un 76,72% de los pacientes consideró fundamental el trato del médico y la enfermera para volver a los controles, un 82,40% expresó que comprende claramente las explicaciones del médico y la enfermera, lo cual permitió que el 83,91% no tenga dudas acerca de la forma de tomarse los medicamentos. (28) Al final, la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico. (26) Finalmente, las intervenciones en este aspecto deben adaptarse a las exigencias particulares del paciente, poniendo énfasis en los procesos comunicativos del paciente proveedor de salud, donde se prioricen las inquietudes y dudas sobre la entrega de la información. (27)

#### **11.6.5 Factores relacionados con la terapia**

La adecuada terapia farmacológica constituye la base del cumplimiento terapéutico, influyendo directamente sobre el paciente.

Hay una variedad de medicamentos y efectos adversos que cada uno producen en menor o mayor porcentaje de acuerdo a la conducta terapéutica prescrita, cada persona debe tener suficiente información sobre el tratamiento que le han indicado y los efectos adversos que pueden presentar para dar un adecuado régimen terapéutico que controle las cifras de presión arterial tratando con la dosis adecuada que tiene relación directa con la adherencia o abandono del tratamiento, evitando los efectos secundarios que influyen en el abandono. Las atribuciones causales o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad van a ser otro factor implicado en la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud. (27) De igual forma la variable apoyo social se ha demostrado que puede contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla. Igualmente los factores culturales determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en salud. (29)

Algunas de ellas están destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias. (25)(26)

Otras están orientadas a la modificación de la creencia del paciente en materia de salud, y terceras se proponen modificar el apoyo social fomentando en el entorno inmediato del enfermo su adherencia a las prescripciones, o integrándolo a grupos de autoayuda. (28)

La adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud, de una adecuada comunicación que forme principios de conducta en cada persona. (28)

En la actualidad son múltiples las investigaciones que se llevan a cabo en torno al complejo problema de la adherencia terapéutica. Se han realizado numerosos estudios sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y su relación con la satisfacción del paciente así como también con la organización y calidad de los servicios de salud. (28)

La deficiente adherencia a los tratamientos a largo plazo, compromete la efectividad del tratamiento. El paciente hipertenso que no cumple su terapia además de tener peores resultados sanitarios, también hace mal uso de los recursos económicos, por lo que la primera tarea para optimizar recursos es identificar aquellos pacientes no adherentes. (28)

El criterio utilizado para catalogar una terapia antihipertensiva como exitosa, es el control de cifras arteriales. Esto a su vez depende de una terapia adecuada y de la voluntad del paciente para cumplirla. Sin embargo el identificar aquellos pacientes no adherentes es el primer y fundamental paso para hacer efectivo un tratamiento. (28)

Para hacer referencia al fenómeno de adherencia terapéutica médica se reconocen un conjunto de términos como son: cumplimiento, adhesión, adherencia terapéutica, para realizar un abordaje al mismo aspecto; lo que nos puede confundir a profesionales de la salud y pacientes. Está claro que el completo beneficio de una terapia medicamentosa, solo va a ser obtenida por aquellos pacientes que sigan los tratamientos prescritos de forma correcta, y un pilar fundamental para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial es la educación. (28)

Colunga Rodríguez, plantea que en este tipo de pacientes es primordial impulsar el desarrollo de habilidades sociales, como son las capacidades de comunicación, de saber recibir y solicitar ayuda, la expresión de emociones y la afectividad, de aspectos que contribuye a disminuir las preocupaciones y el estrés que genera la enfermedad. (29)

Los diferentes estudios realizados por Contreras, coinciden en que una actitud de compromiso por parte del paciente, con el cuidado de su salud; junto con un tratamiento

efectivo y con resultados, ayudan de manera positiva hacia el cumplimiento de la terapéutica farmacológica y no farmacológica; tal como lo demuestran los resultados, donde el 98% de los participantes expresaron que el tratamiento es beneficioso y por tanto lo siguen tomando, un 94% sigue las recomendaciones acerca del control de peso, dieta y ejercicio, y un 93% consideró que los medicamentos aliviaban sus síntomas. (30)

Finalmente, la OMS plantea que la adherencia a los regímenes terapéuticos a largo plazo (como el caso de la Hipertensión Arterial), requiere un cambio comportamental, por lo que sugieren estrategias como proporcionar recordatorios (instrucciones escritas) y conformar grupos de autoayuda que permitan el intercambio de experiencias y sirvan de estímulos para las personas que se encuentran en igual situación. (32)

### **11.7 Fundamentación Filosófica**

La investigación tiene un enfoque con paradigma biosocial donde el ser humano es visto de forma holística en todas sus dimensiones: biológicas, sociales y psicológicas, partiendo desde lo individual, familiar y comunitario, con una visión epidemiológica y social, dirigida a mejorar la calidad de vida.

Este estudio tiene como finalidad comprender e identificar los diferentes factores personales, familiares, y relacionados con la utilización de los medicamentos y los servicios de salud que recibe el paciente que influyen en la adherencia terapéutica e impiden mejorar y controlar la HTA.

Por medio de esta investigación se pretende mejorar la interacción entre los pacientes y el personal de salud, proporcionando la difusión de los conocimientos necesarios y considerando que en la actualidad la medicina basada en evidencia es la mejor certeza científica para la toma de decisiones en relación al cuidado de la salud de las personas (43).

Se considera crear una participación proactiva para el personal de salud y los pacientes, los mismos que pueden tomar decisiones sobre aspectos de su propia salud. Por tanto, no hay mejor evidencia que una investigación que exponga información válida y relevante en respuesta a dudas en cuanto a una problemática en salud, que es lo que se muestra en esta investigación.(43)

### **11.8 Fundamentación Legal**

Para esta investigación se tomó en cuenta artículos que se incluyen en la Nueva Constitución del Ecuador del año 2008 con respecto a la salud, enunciándose seguidamente.

### **11.9 Derecho a la salud**

El artículo 32: de la Constitución señala que “La salud es un derecho de todos, que el estado debe garantizarlo, cuya realización se realiza a 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 sustenten el buen vivir”. (44) El Estado garantizará este derecho mediante políticas que beneficien a cada persona en diferentes ámbitos como económicos, sociales, culturales, entre otros y permitan el acceso permanente, oportuno 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. (44)

En el 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 tendrá como fundamento de solidaridad, será un derecho obligatorio, que de equidad, transparencia individual y colectiva. (21)

En el 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. (44)

En el art. 50.- El fundamento jurídico que sirve como base para que se haya dispuesto en la Constitución la protección del Estado a las personas que sufren de patologías catastróficas: son el derecho a la Vida, al Buen Vivir, que implica, el derecho a la Salud y la Seguridad Social, los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, el derecho a la igualdad y el principio de equidad. (44)



### **11.9.1 Derecho a la vida**

El derecho a la vida, es el primero de los derechos de la persona humana; pero a una vida digna; y una vida con dolor hace indigna la existencia del ser humano, pues no le permite gozar de la óptima calidad de vida que merece y, por consiguiente, le impide desarrollarse plenamente como individuo en la sociedad. Además el derecho a la vida es un valor constitucional de carácter superior y su respeto y garantía aparece consagrada como un principio del ordenamiento jurídico político ecuatoriano. Asegurar la vida, no es solo el derecho subjetivo que se tiene sobre la vida, sino la obligación de los otros a respetar el derecho a seguir viviendo o a que no se anticipe la muerte. (44)

El derecho a la Vida y la Salud se vinculan de tal forma que una y otra protección no puede prescindirse. Sin Derecho a la Salud no hay Derecho a la Vida posible, pues más de una patología llevan al hombre a la muerte, el derecho fundamental subsume al derecho de prestación, porque lo que importa es entonces es la defensa inmediata de la vida que es un derecho supremo que conlleva a la protección de la salud. (44)

## **12 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El sexo femenino, el bajo nivel escolar, la mayor edad, la evolución de más de 10 años de la enfermedad, el grado de hipertensión arterial, el número de dosis, la disponibilidad del medicamento y el no control de la hipertensión arterial son factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

## **13 MÉTODOS**

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

El estudio fue observacional porque no existió la intervención del investigador, prospectivo porque los datos se analizan trascurrido un determinado tiempo, relacional porque existen dos variables de estudio para determinar si existe asociación entre ellas, transversal porque todas las variables se midieron en una sola ocasión y analítico porque es bivariado.

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

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

El universo del estudio fueron 129 pacientes hipertensos de 20 a 90 años y más de los cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena del sector 2 del cantón del propio nombre en el año 2018,

Criterios de inclusión:

Las personas que aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado (Anexo 1).

Criterios de exclusión:

Pacientes hipertensos con afectación mental que impidan contestar el cuestionario que se aplicara para la recolección correcta de la información.

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

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética 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. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los pacientes para participar en la investigación. (Anexo 1)

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista estructurada cuyo instrumento es una encuesta Martín Bayarré Graú ya validada en el país para investigaciones anteriores. (Anexo 2)

El cuestionario consta de varios valores de acuerdo al criterio escogido, considerando como adheridos totales los que obtengan de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a

37 puntos y no adheridos los que obtengan entre 0 y 17 puntos, para alcanzar la puntuación se asignarán los valores de cero a cuatro puntos en las categorías: nunca (cero), casi nunca (1), a veces (2), casi siempre (3), siempre (4).

Para las variables clínicas: grado de HTA y control de la enfermedad se tomaron las cifras tensionales con un esfigmomanómetro calibrado, tomando en ambos miembros superiores y registrándose la cifra más alta, durante las consultas médicas y visitas domiciliarias, se utilizaron los valores de referencia enunciados en el 7mo informe de Hipertensión Arterial. Para la información sobre servicios de salud y disponibilidad del medicamento se agregó algunas interrogantes y a su vez se revisaron las historias clínicas individuales y se profundizó mediante una entrevista no estructurada.

### 13.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Años de diagnosticada la enfermedad	Encuesta

Tratamiento higiénico dietético	Encuesta
Tratamiento con medicamentos	Encuesta
Grado de adherencia terapéutica	Encuesta
Apoyo familiar	Encuesta
Tipo de Terapia	Encuesta
Efectos adversos	Encuesta
Clasificación de hipertensión arterial	Observación (toma de presión arterial)
	Encuesta
Disponibilidad del medicamento	Encuesta
Servicios de salud	Encuesta

#### 13.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Los resultados obtenidos se introdujeron en una hoja de cálculo de Excel y a través del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 20.0 en el cual se realizó el procesamiento y análisis estadístico. Los datos obtenidos se llevaron a cuadros, diseñados para expresar el valor cuantitativo de cada una de las variables estudiadas, calculándose porcentaje para variables cualitativas y cuantitativas discretas para dar salida a los objetivos antes planteados, el primer objetivo aplica para las variables socio demográficas, el segundo objetivo de la variable aplicada con el cuestionario Martín

Bayarré Graú, el tercer objetivo se da salida por medio del cuestionario de factores influyentes, y finalmente el último objetivo se analiza a través de la asociación de las variables estudiadas. Para lograr realizar un análisis de las causas que provocan el abandono del tratamiento.

El análisis de los resultados estadísticos se aplicó de acuerdo a los objetivos planteados y la interpretación de estos se realizó apoyándose en el marco teórico. A cada pregunta de la encuesta se le realizó un análisis e interpretación de los resultados. Se utilizó para el análisis de los niveles de adherencia las siguientes categorías: Adherencia total, adherencia parcial y no adherido.

Para el análisis del factor relacionado con el horario de la medicación, se agrupó en adheridos y no adheridos, se analizó de esta forma por la escasa relevancia que aporta el uso de los tres niveles de adherencia, a diferencia de los demás factores influyentes donde sí se tuvo en cuenta los resultados de apoyo familiar, tipo de terapia, efectos adversos, disponibilidad del medicamento y servicios de salud.

Se aplicaron técnicas de estadística, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ , está se utilizó con el propósito de identificar la relación de las variables del estudio. Para probar la hipótesis se utilizó la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ).

### 13.3 Variables

#### 13.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	20 – 29 años 30 – 39 años 40 – 49 años 50 – 59 años 60 a 69 años 70 – 79 años 80 a 89 años 90 y más	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino  Femenino	Categórica nominal dicotómica

Escolaridad	Último año escolar terminado	Sin escolaridad Primaria Secundaria Bachiller Superior	Categórica ordinal politómica
Ocupación	Actividad laboral que desempeña	Empleado público Empleado privado Cuenta propia Trabajador no remunerado Ama de casa	Categórica ordinal politómica
Años de diagnosticada la enfermedad	Tiempo diagnóstico de	Menos de 10 años 10 años y más	Categórica nominal dicotómica
Tratamiento higiénico dietético	Prácticas saludables	Dieta sin sal o baja en sal Consumir grasa no animal Realizar ejercicio físico	Categórica nominal politómica
Tratamiento con medicamentos	Toma de medicamento	Si No	Categórica nominal dicotómica
Nivel de adherencia a la terapéutica	38 a 48 puntos 18 a 37 puntos 0 a 17 puntos	Nivel de adheridos totales Nivel de adheridos parciales Nivel de no adheridos	Categórica nominal politómica
Apoyo familiar	Control de su enfermedad	Si No	Categórica nominal dicotómica
Disponibilidad del medicamento	Un medicamento Más de un medicamento	Monoterapia Terapia combinada	Categórica nominal dicotómica

Efectos adversos	Consumo del medicamento	Trastornos gastrointestinales menores Tos Irritativa Cefalea Taquicardia Ninguno	Categórica nominal politómica
Clasificación de Hipertensión Arterial	Estadio 1  Estadio 2	140-159/90-99 mm/Hg  ≥160/≥100 mm/Hg	Categórica nominal dicotómica
Disponibilidad del Medicamento	Adquisición de medicamentos	Entrega gratuita en el centro de salud del MSP  Comprado en farmacia particular  Pacientes afiliados al IEES  Combinado de entrega del MSP con la compra en farmacia	Categórica nominal politómica
Servicios de salud	Satisfacción en la Atención en salud	Satisfecho  No satisfecho	Categórica ordinal dicotómica



## 14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el séptimo informe del comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial se plantea que la adherencia al tratamiento es uno de los hechos más relevantes en el control de esta patología existiendo múltiples barreras consideradas factores influyentes que pueden incidir en el control de la hipertensión arterial. Este trabajo tiene como propósito asociar el nivel de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y los factores influyentes.

Para dar salida a los objetivos específicos propuestos se caracteriza a los pacientes hipertensos según las variables sociodemográficas lo cual queda plasmado en las tablas de la 1, 2, 3 y 4.

**Tabla 1: Distribución de pacientes hipertensos según el grupo de edad, de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Grupos de edad	N°	%
30 – 39	3	2,3
40 – 49	5	3,9
50 – 59	27	20,9
60 – 69	<b>50</b>	<b>38,8</b>
70 – 79	28	21,7
80 – 89	13	10,1
90 y más	3	2,3
Total	129	100

Fuente: Encuesta

Participan 129 pacientes con diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial, de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena del propio cantón. De acuerdo con los resultados el grupo de edad que predomina es de 60 y 69 años de edad con un 38,8% del total de pacientes; seguido del grupo de 70 a 79 años de edad con 21,7%; y los del grupo de 50 a 59 años de edad con el 20,9%.

Este estudio se contrapone a uno realizado en el año 2017 en Esmeraldas-Ecuador que reveló que el grupo etario de mayor incidencia fue el de 41 a 60 años de edad, además de los otros hallazgos como el sexo femenino fue el más afectado por la hipertensión, los factores de riesgo cardiovasculares más frecuentes encontrados fueron el sedentarismo, el estrés, seguido por las dietas ricas en sodio. (55)

**Tabla 2: Distribución de pacientes hipertensos según el sexo de los pacientes de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	55	42,6
Femenino	74	<b>57,4</b>
Total	129	100

Fuente: Encuesta

Del número total de pacientes que participan en el estudio tenemos como resultado que el 57,4% correspondió al sexo femenino.

Sin embargo este resultado difiere con los alcanzados en España (Barcelona, 2007) por Puras (56), en donde no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en relación con la adherencia, así como el de Colombia (2011) realizada por Maldonado donde los hombres alcanzaron mayores puntajes respecto a las mujeres, atribuyendo este hecho a los roles de género que se adoptan en el cuidado de la salud en la pareja, las mujeres asumen mejor el rol de cuidadoras de sus familiares y esposos lo que garantiza apoyo al seguimiento de indicaciones médicas.

En cambio coincide con el resultado obtenido por Piñaloza Galarza en un estudio similar realizado en Ambato-Ecuador, (2014) donde predominó el sexo femenino con un 62%. (56)

Según el comportamiento epidemiológico las mujeres tienen tasas de mortalidad coronaria más baja a cualquier nivel de presión arterial, sin embargo el estudio de Framingham demostró importantes consecuencias de la HTA para las mujeres. (58)

**Tabla 3: Distribución de pacientes hipertensos según su grado de escolaridad de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

<b>Escolaridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin escolaridad	7	5,4
Primaria	<b>60</b>	<b>46,5</b>
Secundaria	51	39,5
Bachiller	1	0,8
Superior	10	7,8
Total	129	100

Fuente: Encuesta

Al analizar se evidencia que en relación a la escolaridad predomina el grupo de pacientes en primaria con 60 pacientes para un 46,5%, seguido de la secundaria con un 39,5% del total de los pacientes. Es significativo señalar que hay pacientes sin escolaridad representando el 5,4% de los que participaron en el estudio.

Este resultado coincide con un estudio realizado en Madrid (2015) donde reveló que el nivel de escolaridad permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla, y esto se ve muchas veces reflejado en el grado de escolaridad que presenta el paciente porque de ello depende en gran medida la comprensión del manejo de su enfermedad. (54)

**Tabla 4: Distribución de pacientes hipertensos según su ocupación de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Ocupación	N°	%
Empleado público	17	13,2
Empleado privado	12	9,3
Cuenta propia	25	19,4
Trabajador no Remunerado	2	1,6
Ama de casa	<b>73</b>	<b>56,6</b>
Total	129	100

Fuente: Encuesta

En cuanto a su ocupación vemos que predomina como grupo ocupacional las amas de casa con 56,6%; seguido de los cuenta propia con 19,4%.

Este resultado coincide con la investigación realizada (2009) en el municipio de Marianao-Cuba, se observa que las personas trabajadoras cumplen menos con el tratamiento antihipertensivo, que aquellas que no tienen vínculo laboral. (50)

Para mejorar el control de la hipertensión arterial se requiere de un trabajo conjunto entre el médico, el paciente y la familia encaminada a contribuir y reforzar las instrucciones que mejoren los estilos de vida y el control de su enfermedad. En este estudio se determinó el nivel de adherencia de los pacientes hipertensos al tratamiento.

Las tablas 5, 6 y 7 representan los niveles de adherencia de los pacientes hipertensos dando salida al objetivo 2.

**Tabla 5: Distribución de pacientes hipertensos según los años de diagnóstico de la hipertensión arterial, de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Años de diagnóstico	N°	%
Menos de 10 años	<b>70</b>	<b>54,3</b>
10 años y más	59	45,7
Total	129	100

Fuente: Encuesta

Se evidencia que 70 pacientes hipertensos tienen menos de 10 años de diagnóstico de su enfermedad que corresponde al 54,3%, mientras que el 45,7% de pacientes tienen 10 años y más de diagnóstico de hipertensión arterial.

Es importante tener conocimiento acerca de los años de diagnóstico de la hipertensión arterial, relacionado esto con la presencia de complicaciones, con el nivel de adherencia al tratamiento y los factores influyentes como se evidencia en el estudio. Resulta significativo conocer que la evolución de la enfermedad depende del tiempo de exposición, aumentando a medida que este transcurre. (58)

**Tabla 6: Distribución de pacientes hipertensos según el tratamiento higiénico-dietético, de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Tratamiento higiénico-dietético (N = 129)	N°	%
Dieta sin sal o baja en sal	<b>95</b>	<b>73,64</b>
Consumir grasa no animal	42	32,55
Realizar ejercicio físico	18	13,95

Fuente: Encuesta

De acuerdo con los resultados tenemos que 95 personas que corresponde al 73,64% figuran dentro del grupo de ingesta de alimentos sin sal o bajos en sal, seguido de 42 que

consumen grasa no animal representando el 32,55 % y 18 que corresponde el 13,95 % restante realizan ejercicio físico.

En el año 2016 en México se observó un trabajo que coincide en parte nuestro investigación en donde se resalta que el 83% de ellos dicen haber recibido indicaciones acerca de la ventaja de una dieta baja en sal, el 82% mencionó ser estimulado para consumir grasa no animal, y finalmente el 98% es estimulado por su médico para realizar algún tipo de ejercicio físico. (62)

La adopción de tratamientos higiénicos dietéticos adecuados genera modificaciones en los estilos de vida saludables que se recomiendan para prevenir la elevación de la presión arterial y es parte indispensable del manejo de las personas con hipertensión. (9)

**Tabla 7: Distribución de pacientes hipertensos según los niveles de adherencia al tratamiento de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

<b>Nivel de adherencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adherido parcial	<b>85</b>	<b>65,9</b>
Adherido total	44	34,1
Total	129	100

Fuente: Encuesta

La adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos en un gran porcentaje posee adherencia parcial 65,9% y 34,1% restante están totalmente adheridos al tratamiento. Este resultado se contrapone con un estudio del 2009 conducido por Martín Alfonso en pacientes hipertensos esenciales en tres áreas de la atención primaria de salud en Cuba, mostró que en solo una de estas, los niveles de adherencia total se comportan ligeramente por encima del 50 %, las restantes no llegan a superar esta cifra. (49) En contraste con nuestro resultado tenemos a 336 pacientes con hipertensión arterial primaria que acudieron por consulta externa a los servicios de cardiología y/o medicina interna del Hospital III José Cayetano Heredia; Piura-2017 por medio de la utilización del test de Martin-Bayarré-Graú, se encontró que: 16 (4,8%) son adherentes totales, 88 (26,2%) son adherentes parciales y 232 (69%) son no adherentes. (61)

Este estudio se contrapone al obtenido sobre adherencia terapéutica según el test de Morisky-Green Levine en el años 2013, resultado que, 128 (38,1%) eran adherentes a su tratamiento terapéutico y 208 (61,9%) no fueron adherentes. (63)

Esta investigación no coincide al trabajo realizado en el 2016 Trujillo-Perú en el cual la adherencia terapéutica fue de 38,95 %, <sup>64</sup>resultando que en varios hospitales del Perú el resultado fue de una baja adherencia asociándose principalmente a que el paciente se olvida de tomar su medicación.

Dando seguimiento a la salida de los objetivos 3 y 4 pasaremos a identificar los factores individuales, familiares, relacionados con los medicamentos y los servicios de salud así como la posible asociación entre la adherencia al tratamiento y estos factores influyentes en la población de estudio. Lo que está representado en las tablas 8, 9, 10, 11 ,12 y 13.

**Tabla 8: Distribución de los niveles de adherencia al tratamiento según el apoyo familiar en pacientes hipertensos de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Niveles de adherencia						
Apoyo familiar	Adheridos parciales		Adheridos totales		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	53	60,9	34	81	<b>87</b>	<b>67,4</b>
No	34	39,1	8	19	42	32,6
Total	87	100	42	100	129	100

Fuente: Encuesta

En este estudio se aprecia que existe una asociación significativa de **p= 0,02** entre el grado de adherencia y el apoyo familiar como factor influyente para hipertensión arterial con 67,4%.

Obtuvimos 87 pacientes adheridos parcialmente al tratamiento predominando 53 que representan el 60,9% con apoyo familiar. Esta misma relación se manifiesta en los pacientes adheridos totales, donde predominó el apoyo familiar con 34 pacientes correspondientes al 81%.

Esta investigación concuerda con la realizada en Sincelejo-Colombia en el año 2004, reportó que el 95% de los encuestados contaba con apoyo familiar para cumplir el tratamiento, el 89% guardaba contacto con grupos de apoyo que les servían de ejemplo y un 68% contaba con disponibilidad económica para costearse los medicamentos; lo cual daba por resultado que un 95% de los participantes se encuentre en la categoría sin riesgo de no adherencia. (24)

**Tabla 9: Distribución de los niveles de adherencia al tratamiento según el número de dosis del medicamento en pacientes hipertensos de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Niveles de adherencia						
Número de dosis	Adheridos parciales		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Monoterapia	82	94,3	36	85,7	<b>118</b>	<b>91,5</b>
Terapia combinada	5	5,7	6	14,3	11	8,5
Total	87	100	42	100	129	100

Fuente: Encuesta

No existe una asociación significativa de  $p= 0,10$  entre el grado de adherencia y el número de dosis del medicamento obteniendo como resultado que el 91,5% corresponden a 118 con monoterapia, predominando con 94,3% en adheridos parciales y en el 85,7% de los adheridos totales

Los resultados de esta investigación concuerdan con lo expuesto en el estudio realizado en Chile (2006), sobre adherencia al tratamiento farmacológico, evidenciándose que la población no adherente tenía un esquema de politerapia y la población adherente tenía un esquema terapéutico de monoterapia. (31) Difiere el resultado alcanzado en la investigación realizada en Cuba (Habana 2009), obteniéndose una relación inversa sobre



la adherencia al tratamiento en hipertensos, en la cual se obtuvo que el 41% de pacientes que utilizaban solamente un medicamento antihipertensivo, el 65,9% fue considerado como de menor adherencia. (34)

La relación de uso de monoterapia y terapia combinada demuestra que los pacientes se adhieren mejor cuando usan un solo medicamento. Hay que considerar que la monoterapia no suele controlar a más del 50% de los pacientes, por lo cual la mayoría necesitarán una asociación de fármacos. (58) Un estudio realizado en el 2016 Ambato-Ecuador demuestra mayor porcentaje de casos en el grupo de pacientes adheridos parcialmente al tratamiento coincidiendo con nuestro estudio. Pero a diferencia del nuestro predominan los adheridos parciales con terapia combinada. (59)

**Tabla 10: Distribución de los niveles de adherencia al tratamiento según los efectos adversos en pacientes hipertensos de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Niveles de adherencia						
Efectos Adversos	Adheridos parciales		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Trastornos gastrointestinales menores	5	5,8	0	0	5	3,9
Tos irritativa	36	41,3	7	16,7	43	33,3
Cefalea (dolor de cabeza)	4	4,6	3	7,1	7	5,4
Taquicardia (latidos cardiacos rápidos)	4	4,6	0	0	4	3,1
Ninguno	38	43,7	32	76,2	<b>70</b>	<b>54,3</b>
Total	87	100	42	100	129	100

Fuente: Encuesta

Se evidencia en esta investigación que existe una asociación significativa de  $p= 0,00$  entre el grado de adherencia y los efectos adversos a pesar de ello en esta investigación el mayor porcentaje corresponde a ningún efecto adverso con un total de 70 pacientes que representa el 54,3%.

A nivel internacional este hallazgo es poco significativo en un grupo de estudios realizados en 2015. (60) En las literaturas revisadas se plantea que cuando el medicamento provoca efectos secundarios el paciente lo abandona, por eso en la medida de lo posible se debe de evaluar el régimen terapéutico y aplicar el que le sea factible al paciente para lograr su cumplimiento.

**Tabla 11: Distribución de los niveles de adherencia al tratamiento según la clasificación de hipertensión arterial en los pacientes hipertensos de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Niveles de adherencia						
Clasificación de hipertensión arterial	Adheridos parciales		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Estadio 1	80	92	35	83,3	<b>115</b>	<b>89,1</b>
Estadio 2	7	8	7	16,7	14	10,9
Total	87	100	42	100	129	100

Fuente: Encuesta

No existe una asociación significativa de  $p= 0,14$  entre el nivel de adherencia de 115 pacientes con 89,1% y los estadios de hipertensión arterial del paciente.

En el año 2016 un estudio realizado en Ambato-Ecuador con 69 pacientes, la mayor frecuencia en relación a la adherencia total corresponde a 58 % que representan a 40 pacientes del estadio 2, seguido de 34,8% que concierne a 24 pacientes en estadio 1 y finalmente a 20 pacientes en un 29% pertenecientes al estadio 3. (59) Estos resultados obtenidos se contraponen a los valores logrados en nuestro estudio.

**Tabla 12: Distribución de los niveles de adherencia al tratamiento según los servicios de salud en pacientes hipertensos de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Niveles de adherencia						
Servicios de salud	Adheridos parciales		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Satisfecho	59	67,8	13	31	<b>72</b>	<b>55,8</b>
No satisfecho	28	32,2	29	69	57	44,2
Total	87	100	42	100	129	100

Fuente: Encuesta

En este estudio existe una asociación significativa de  $p= 0,00$  entre el nivel de adherencia de 72 pacientes con 55,8% y los servicios de salud. Predominando el grupo de 59 pacientes adheridos parciales que son el 67,8% en la categoría satisfecho.

Los autores dedicados al estudio del tema en 2015 plantean la existencia de un amplio grupo de factores influyentes en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando componentes de naturaleza psicosocial, médica (características de la enfermedad y el tratamiento propiamente dicho) y de la relación médico-paciente que coinciden con nuestra investigación dirigida en los servicios de salud que recibe el paciente hipertenso. (54)

Los servicios de salud deben garantizar que los pacientes con hipertensión arterial tengan accesibilidad y disponibilidad a estos, facilitando el control adecuado de su enfermedad de forma integral y continúa. Se ha demostrado que estos servicios pueden mejorar los resultados de control y garantizar la adherencia al tratamiento.(9) Lo cual coincide con lo encontrado en nuestro trabajo.

**Tabla 13: Distribución de los niveles de adherencia al tratamiento según la disponibilidad del medicamento en pacientes hipertensos de cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018.**

Niveles de adherencia						
Disponibilidad del medicamento	Adheridos parciales		Adheridos totales		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Entrega gratuita en el centro de salud del MSP	56	64,3	21	50	77	59,7
Comprado en farmacia particular	12	13,8	2	4,7	14	10,9
Gratuitamente para pacientes afiliados de IEES	9	10,3	5	12	14	10,9
Combinado de la entrega del MSP con la compra en farmacia particular	10	11,6	14	33,3	24	18,6
Total	87	100	42	100	129	100

Fuente: Encuesta

Existe una asociación significativa de  $p= 0,01$  entre el grado de adherencia de 77 pacientes que son el 59,7% y la disponibilidad del medicamento, sobresaliendo el grupo de 77 pacientes con 64,3% en la categoría de adheridos parciales con la entrega gratuita en el centro de salud del MSP. Este resultado obtenido coincide con un estudio de la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento que puede resultar relevante, ya que los costos pueden ser diversos: económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales, mientras los beneficios están dirigidos hacia la convicción de que la enfermedad se ha curado. (53) En literatura consultada se plantea que la mayoría de las personas no tienen accesibilidad al tratamiento, lo que ocasiona abandono del mismo. (59) Esto se contrapone a nuestra investigación donde en la gran mayoría de la población estudiada el medicamento fue entregado de forma gratuita lo que justifica el mayor nivel de adherencia.

## 16 CONCLUSIONES

Los pacientes hipertensos de esta investigación se caracterizaron por ser en su mayoría sexo femenino, donde predomina el grupo de edad entre 60 a 69 años, gran parte de la población en estudio son amas de casa.

La adherencia al tratamiento identificada en los pacientes en estudio y de mayor incidencia es los adheridos parciales que se obtuvo como resultado en la aplicación del cuestionario de Martín Bayarré Graú.

Los factores influyentes identificados en los pacientes de estudio y de mayor incidencia es el apoyo familiar, el número de dosis, los grados de hipertensión arterial, los servicios de salud y la disponibilidad del medicamento.

La mayoría de los hipertensos del estudio no presenta efectos adversos en relación a la medicación, superando la adherencia parcial a los demás niveles.

Se demuestra que existe una asociación significativa entre el grado de adherencia y los siguientes factores influyentes: el apoyo familiar, los servicios de salud, y la disponibilidad del medicamento.

## **17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial presenta un importante valor científico, debido a que aporta resultados positivos para fortalecer el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos del centro de salud Santa Elena acerca de cómo controlar mejor su enfermedad.

Se hace necesario mejorar la consejería a los pacientes, para así mantener el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Se sugiere que esta información obtenida sea también socializada a todo el personal de salud que labora en esta institución para ampliar su conocimiento científico y mejorar la calidad de la atención.

## 18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles. Canadá. 2010. Resumen de orientación 2010 OMS [citado 21 oct. 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
2. Lira María Teresa. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. Rev. Médica Clínica Las condes; Volumen 26: 156-163.
3. Sánchez Rodrigo, Ayala María, Baglivo Héctor, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev. Chi ICardiol. 2010 [10 de noviembre del 2017]; 29(1): 117-144. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071885602010000100012&Ing=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071885602010000100012&Ing=en)
4. López Patricio, Sánchez Rodolfo, Díaz Margarita, et al. Consenso latinoamericano de hipertensión. Rev.Fac.Med. 2013 June [citado 10 Nov 2017]; 21(1): 113135. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012152562013000100012&Ing=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012152562013000100012&Ing=en)
5. Liga Mundial de Hipertensión. Medir su presión arterial. Disponible en: <http://www.mco.edu/org/whl/bloodpre.html>. Accedido el 1 de abril, 2003.
6. Hernández, R. La hipertensión en Latinoamérica. Rev. Latinoamericana de Hipertensión. 2006 (15 julio 2016); Vol. (1): 10-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1702/170217078002.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. (2013). Enfermedades Cardiovasculares. Ginebra. Rodríguez J. (2009). GREENBOOK. España: Marbán.
8. Maldonado AN, Melo JO, Meza GA. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasaludese, Manizales (Colombia) 2011. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2012 [consultada 10 de noviembre del 2017] Vol. 60 No. 3: 179-197. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/38401>
9. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial OPS (JNC 7 Express). Diciembre 2003.
10. Plan Nacional del Buen Vivir Ecuador. 2013. Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vidade-la-poblacion>
11. Muñoz P. Nivel de adherencia farmacológico antihipertensiva.2013. Repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2539/1/109177.pdf
12. Paul J; Suzanne O; Barry L; William C; Handler J; Daniel et al. Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos. JAMA, 2014, pp. 311 (5):507-520. Doi: 10.1001/jama.2013.284427.
13. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional para la prevención y control de las enfermedades Crónicas no trasmisibles.Argentina;2014 Página 48. [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1342:Argentina-avanza-en-la-prevencion-de-enfermedades-notransmisibles](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1342:Argentina-avanza-en-la-prevencion-de-enfermedades-notransmisibles)

14. Maldonado Francisco, Vásquez Víctor, Martínez J. et al. Prevalencia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario de Martin Bayarré-Grau. Universidad Nacional Autónoma de México. 2011; (23):49-52. [http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/view/54784/48668](http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/54784/48668)
15. Cothe P, Márquez E. Una aproximación Multidisciplinaria al Problema de Adherencia Terapéutica en las Enfermedades Crónicas. Estado de la situación y perspectiva de futuro. Sociedad Española de Hipertensión, 2012.
16. Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 2001; 2, 324-473.
17. Constitución política de la República del Ecuador 2008, pg. 35 - 171, Artículos. 32, 34, 358
18. Aram V. Chombaniam G. Et al. Séptimo Informe del Comité Nacional conjunto en prevención, Detección, Evaluación, y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Rev. Hipertensión*. 2003 [acceso 20 de mar 2016]; 42:1206-1252. Disponible en: [www.samfyc.es/pdf/GdTCARDIOHTA/20094.pdf](http://www.samfyc.es/pdf/GdTCARDIOHTA/20094.pdf)
19. Acosta Gonzalez M, Debs Perez G, Noval Garcia R, Dueñas Herrera A. Knowledge, beliefs and practices in hypertensive patients related to their therapeutic adherence. *Rev. Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2017 Nov 11]; 21(3):1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192005000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192005000300008&lng=es).
20. Martín Alfonso LA, Graú Abalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev. Cub. Salud pública*. 2014 Junio [citado 2016 Junio 05]; 40(2): 222-238. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662014000200007&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000200007&lng=en).
21. Sicras Mainar A., Galera J, Muñoz, G, Navarro L. Influencia del cumplimiento asociado a la incidencia de eventos cardiovasculares y los costes en combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. 2011 [citado 02 ene 2015]. 136 (5): 183 – 191. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310009395>
22. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. *Salud Uninorte*. 2010 [citado el 10 noviembre 2017]. 26(2): 201 – 211. Sincelejo, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf>
23. Loucks E, Abrahamowicz M, Xiao Y. Associations of education with 30 year life course blood pressure trajectories: Framingham Offspring Study. *BMC Public Health*. 2011. [citado el 14 noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/139>
24. Herrera A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *RevAvEnferm* 2008 [citado el 14 nov. 2017]; 26(1):36 – 42. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)
25. Moreira T, Leite de Araujo T. Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud. Universidad Federal do Ceará –



- UFC. Brasil. [Citado el 15 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/rev57/artic04.htm>
26. Soria R, Vega CZ, Nava C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*. 2009; 14(20): pág. 89-103. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405339X2009000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405339X2009000100008)
27. Ortiz R, Ortega F, Capacidad predictiva de la Adherencia al Tratamiento en Creencias en Salud, *Salud. México-Xalapa [revista en internet]*. 2011 [acceso 10 de Abril 2011]; 21(1): pág. 79-90.
28. Ginarte Y. La adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Med. Gen Integra*. 2001 Oct [citado 2016 Abr 14]; 17(5): pág. 502-505. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000500016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000500016)
29. Colunga C. Hipertensión Arterial en la Clínica. Universidad de Guadalajara. Departamento de Clínicas Médicas. [Documento en línea] México. Año 2006. [Citado el 14 Septiembre 2013]. Disponible en: [http://www.cucs.udg.mx/iiso/files/File/Enfermedades%20cronicas/102\\_1%20Hipertensi%20F3n%20arterial%20en%20la%20cl%20EDnica.pdf](http://www.cucs.udg.mx/iiso/files/File/Enfermedades%20cronicas/102_1%20Hipertensi%20F3n%20arterial%20en%20la%20cl%20EDnica.pdf)
30. Price Y, Muñoz LA. Comprendiendo la Búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. *RevInvestEducEnferm* 2003 [citado el 10 septiembre 2013];21. (1):38-46. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396706&indexSearch=ID>
31. OMS: Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington DC. 2004. [citado el 28 septiembre 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid)
32. OMS: Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Ginebra. 2003. Ginebra. 2003. [citado el 12 noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
33. Crespo N, Rubio VJ, Casado MI, et al. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio. *Hipertensión. Fac. Med. Univ Complutense de Madrid*. 2001 [citado el 10 de noviembre del 2017; 17 (1)]. Disponible en: [http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta\\_adherencia.pdf](http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta_adherencia.pdf)
34. Jiménez L. Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. *Rev. Costarric. Salud Pública*. 2014 [citado 2016 Abr 10];23(1): pág.68-74. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v23n1/art12v23n1.pdf>
35. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev. Med. Chile*. 2007 [citado 2017 Nov. 14]; 135: pág.647-652. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872007000500014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872007000500014)
36. Quezada A. Sistemas Complejos y Comportamiento Humano. *Polis (Santiago)*. 2010 [citado 2016 ene. 10]; 9(25), pág. 337-344. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071865682010000100020](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071865682010000100020)

37. Martin-Alonso L, Bayarré H. et al. Cumplimiento e Incumplimiento Antihipertensivo desde la perspectiva Del individuo. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana 2006. [bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_3\\_07/spu13307.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm)
38. Herrera AL. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. RevAvEnferm. 2008 [citado el 04 ene 2016]; 26(1): pág. 36 – 42. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_4.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf)
39. Kreig, Kevin 1, Ribotta, María Pía 1, Barbone, Federico 2. La toma de la presión arterial y su impacto en la función barorrefleja. Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional del Litoral - Servicio de Clínica Médica- Hospital J.B. Iturraspe - Santa Fe, Argentina; 3 y 4 de octubre de 2017.
40. Arguedas, J. A., Pérez, M. I., Wright, J. M., & Santos, F. A. (2009). Es suficiente con reducir la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg. Actualidad en farmacología y terapéutica, 7(4); 274-276. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3143748>
41. Zanchetti A, Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial, Journal of Hipertensión [revista en internet] 2007 [acceso 22 de noviembre de 2017] 6 (2): pág. 1-47. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/html>
42. Martin L, Bayarré HD, Graú JA. Validación del cuestionario Martin Bayarré Graú para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. Cubana Salud Pública. 2008 [consultada 14 de enero del 2018](1):8. Disponible en: [http://www.bsv.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_1\\_08/spu12108.htm](http://www.bsv.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm)
43. Paul J, Suzanne O, Barry L, William C, Handler J, Daniel et al. Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos. JAMA 2014; 311 (5):507-520. Doi: 10.1001/jama.2013.284427.
44. Constitución política de la República del Ecuador. 2008, pág. 35 - 171, Artículos. 32, 34, 50, 358.
45. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública. 2004;30(4).
46. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS; 2004.
47. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004 [Consultado: 3 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
48. Tapia JA. Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten [Tesis]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2006.
49. Martín LA. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario [Tesis doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP); 2009.
50. Martín Alfonso L, SairoAgramonte M, Bayarré Veá HD. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev. Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. Abril 2003 [Consultado: 12 de enero de 2009];19(2):[aprox.5p.]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/frecuencia\\_de\\_cumplimiento\\_tratamiento\\_medico\\_en\\_pac\\_hta.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/frecuencia_de_cumplimiento_tratamiento_medico_en_pac_hta.pdf)
51. Agámez Paternina AP, Hernández Riera R, Cevera Estrada L, Rodríguez García Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Revista

- Archivo Médico de Camagüey sep.-oct. 2008;12(5) [Consultado: 28 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc09508.htm>
52. Acosta M, Debs G, Noval R, Dueñas A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev. Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2005;21(3):[aprox. 7 p.].Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21\\_3\\_05/enf08305.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enf08305.pdf)
53. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Revista de Psicología de la Salud.2015;7(1):35-61
54. Rodríguez Marín J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marín J, editor. Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis; 2005.p.151-60.
55. Lic. José M. De la Rosa Ferrera; Lic. Marisleydis Acosta Silva. Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador; Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Sede Esmeraldas, Ecuador; may – jun 2017.
56. Puras A. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y grado de control en la hipertensión: estudio epidemiológico ¿quién cumple menos, el paciente o el médico? Med Clin. Barcelona 2007; 116 (2): 101-4.
57. Galarza P, Gabriela S. (2014). “factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato”. [Citado 2016 Sep. 17] Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8378>
58. Hipertensión Arterial, G. (2006). Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina de Familia.
59. Cañar Jiménez M.J Evaluación de la adherencia y factores influyentes en pacientes hipertensos, sector ER05, San Marcos, 2016.
60. Grupo cumplimiento SEH-SEHLELA. Cumplimiento terapéutico en la HTA. En actualizaciones. 2015; 2(2).
61. Vélchez Calle J. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD-Piura, Enero a Diciembre 2017.
62. Francisco Javier Maldonado-Reyes .et al. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarré-Graú. 2016. 23(2) 48-52
63. Gaby Andrea Apaza Argollo. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de essalud - red Tacna febrero. 2013
64. Jimena Valeria Alza Rodríguez. Factores asociados a la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial del hospital i Luis Albrecht es salud Trujillo-Perú 2016.

## ANEXOS

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, con cédula de identidad.  
\_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en

la investigación conducida por:

Md. María Teresa Vivar Álvarez, responsable del presente estudio, con el tema:  
Adherencia al tratamiento y factores influyentes en pacientes hipertensos, sector 2 centro  
de salud Santa Elena. Año 2018.

El investigador (a) me informó que:

- Mi participación consiste en responder a un cuestionario en un tiempo aproximado de 20 minutos.
- Los datos proporcionados serán totalmente confidenciales.
- Puedo dejar de participar o continuar en el estudio de investigación, si así lo decido en el momento que lo desee, sin que se origine problema alguno.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene como propósito indagar sobre La adherencia al tratamiento y factores influyentes en pacientes hipertensos, sector 2 Centro de Salud Santa Elena. Año 2018.

De ante mano me ha aclarado la investigadora de este estudio que no me causará ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud.

Firma del encuestado(a) \_\_\_\_\_

Firma del investigador. Ecuador, año 2018 \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

Cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG (Martín Bayarré Graú); (42). 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: \_\_\_\_\_

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 en 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 estarán 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 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, decide de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8.Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia y 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, como cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

Validación de Cuestionario Martín Bayarré Graú.

El cuestionario consta de varios valores de acuerdo al criterio escogido, considerando como:

Adheridos totales los que obtengan de 38 a 48 puntos

Adheridos parciales de 18 a 37 puntos

No adheridos los que obtengan entre 0 y 17 puntos.

Para alcanzar la puntuación se asignarán los valores de cero a cuatro puntos en las categorías:

Nunca (cero),

Casi nunca (1),

A veces (2),

Casi siempre (3),

Siempre (4).

**ANEXO 3**

Factores influyentes en pacientes hipertensos, sector 2 centro de salud Santa Elena. Año 2018.

De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cual considera Usted que son las que cumple al momento en el control de su hipertensión arterial:

#### Apoyo familiar

Asegura Usted que cuenta con apoyo de parte de sus familiares para cumplir con los mayores beneficios de este:

1.- Si \_\_\_

2.- No \_\_\_

#### Conocimiento de la enfermedad

##### Tipo de Terapia:

Dentro de la terapia antihipertensiva que utiliza en su tratamiento corresponde a:

1.- un medicamento (monoterapia) \_\_\_

2.- más de un medicamento (terapia combinada) \_\_\_

#### Efectos adversos

Usted en el tratamiento farmacológico que consume para tratar su hipertensión arterial ha sufrido en algún momento alguno de estos síntomas:

1.- Trastornos gastrointestinales menores (nauseas, vómitos) \_\_\_

2.- Tos Irritativa \_\_\_

3.- Cefalea (dolor de cabeza) \_\_\_

4.- Taquicardia (latidos cardiacos rápidos) \_\_\_

5.- Ninguno \_\_\_

De acuerdo con la clasificación acerca de hipertensión arterial tomada de la revista. JNC 7: Normal: < 120 PAS y < 80 mmHgPAD; 140-159/ 90-99 mmHg Estadio 1;  $\geq 160/\geq 100$  mmHg Estadio 2 con estas cifras tenemos:

140-159/90-99 mm/Hg \_\_\_

$\geq 160/\geq 100$  mm/Hg \_\_\_

#### Relacionados con los servicios de salud

Considera Usted que la atención brindada por el centro de salud de Santa Elena para la atención médica se da de forma periódica y es el más adecuado:

1.- Satisfecho \_\_\_

2.- No satisfecho \_\_\_

#### Disponibilidad del medicamento

Los medicamentos antihipertensivos que consume a diario son adquiridos de manera:

1.- Gratuitamente en el centro de salud del ministerio de Salud Pública \_\_\_

2.- Adquirido en farmacia particular \_\_\_

3.- Gratuitamente para pacientes afiliados de IEES \_\_\_

4.- Combinado de la entrega del MSP con la compra en farmacia particular \_\_\_





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, **Vivar Álvarez, María Teresa**, con C.C: # **0924873490** autora del trabajo de titulación: **Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y factores influyentes en cuatro consultorios del Centro de Salud Santa Elena. 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: **Vivar Álvarez, María Teresa**

C.I: **0924873490**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



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

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

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

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y factores influyentes en cuatro consultorios del centro de salud Santa Elena. Año 2018		
<b>AUTOR(ES)</b>	María Teresa, Vivar Álvarez		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Mercedes, Calderón Rodríguez		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduado en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de diciembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	59
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y Cardiología		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Hipertensión, hipertensión arterial, resistencia vascular, adherencia al tratamiento, factores influyentes, manejo de la enfermedad.		

**RESUMEN/ABSTRACT:** **Antecedentes:** La hipertensión arterial (HTA) presenta mayor prevalencia en la población ecuatoriana. Su tratamiento tiene alternativas no farmacológicas y farmacológicas. A pesar de la detección, tratamiento y control para muchos pacientes es difícil adherirse debido a factores familiares, personales, relacionados con la atención en salud y con los medicamentos. La hipertensión constituye la segunda causa de morbilidad en Ecuador, se necesita una evaluación constante por el sistema de salud. **Materiales y Métodos:** observacional, prospectivo, transversal, analítico. La población comprende pacientes hipertensos mayores de 30 años de edad, correspondiendo a 129 pacientes hipertensos. Previamente se solicitó el consentimiento informado a los que participaron. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes hipertensos. Se aplica en consulta y/o domicilio una encuesta a ambos grupos con datos sociodemográficos y clínicos. **Resultados:** Predomina el grupo de edad entre 60 y 69 años con 38,8% del total; mujeres con 57,4% y varones con 42,6%. El grado de escolaridad con primaria con 46,5%, y ocupación ama de casa con 56,6%; el 54,3% con menos de 10 años de diagnóstico. La adherencia parcial (65,9%); apoyo familiar prevalece en 67,4%, y la monoterapia en 91,5%. El 89,1% son pacientes de estadio 1. La aceptación a los servicios de salud (relación médico-paciente), representa el casi siempre con 55,8%. Y 59,7% de los pacientes reciben sus medicamentos a través de la entrega gratuita. **Conclusiones:** Existe una asociación significativa entre el grado de adherencia y los factores influyentes: el apoyo familiar, la atención en salud, y la disponibilidad del medicamento.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	Teléfono: 593987227401	E-mail: <a href="mailto:maria_tere2586@hotmail.com">maria_tere2586@hotmail.com</a>
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	Nombre: Landívar Varas Xavier Francisco	
	Teléfono: +593-4-2206953 ext.: 1830 – 1811	
	E-mail: <a href="mailto:xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec">xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec</a>	

#### SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>º. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	