



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

TEMA:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES CONSULTORIOS DEL
CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021

AUTOR:

LOOR BORBOR, SUANY LOURDES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTOR:

BATISTA PEREDA, YUBEL

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



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

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Suany Lourdes Loor Borbor*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Yubel Batista Pereda

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Suany Lourdes Loor Borbor

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con hipertensión arterial en seis consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a 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 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Suany Lourdes Loor Borbor



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

AUTORIZACIÓN:

Yo, Suany Lourdes Loor Borbor

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 en pacientes adultos con hipertensión arterial en seis consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Suany Lourdes Loor Borbor

Curiginal

Document Information

Analyzed document LOOR BORBOR SUANY SOURCES.pdf (D126485468)
Submitted 2022-05-29T04:28:00.0000000
Submitted by
Submitter email suanytor@gmail.com
Similarity 0%
Analysis address xavier.landivar.ucsp@analysis.uchind.com



Sources included in the report

W URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=13062010000400005
Fecha: 2021-11-09T10:21:38.970000



AGRADECIMIENTO

A mis tutores por impulsar mis proyectos y motivarme a un constante crecimiento personal y laboral, que promueve mi labor en las artes médicas y repercute en pro de la Sociedad.

DEDICATORIA

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



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

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



III COHORTE

ACTA DE CALIFICACIÓN

TEMA: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021
POSGRADISTA: SUANY LOURDES LOOR BORBOR
FECHA: 20/NOVIEMBRE/2021

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	5
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	5
2.2 FORMULACIÓN	7
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	8
3.1 GENERAL	8
3.2 ESPECÍFICOS.....	8
4. MARCO TEÓRICO.....	9
4.1 MARCO CONCEPTUAL.	9
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	27
5. MÉTODOS	32
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
5.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	32
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	32
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.	32
5.5.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	33
5.5.1.1 Criterios de inclusión.....	33
5.5.1.2 Criterios de exclusión.....	33
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	33

5.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	36
5.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	36
5.9	VARIABLES	37
	5.9.1 Operacionalización de variables.....	37
6.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
7.	CONCLUSIONES.....	57
8.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	59
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
	ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

<i>TABLA 1: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según edad y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	39
<i>TABLA 2: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según estado civil y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	40
<i>TABLA 3: Distribución de los pacientes hipertensos de 20 años y más según ingreso económico y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	41
<i>TABLA 4: Distribución de los pacientes hipertensos de 20 años y más según escolaridad y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021</i>	42
<i>TABLA 5: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según ocupación y sexo. Centro de salud Pascuales. Años 2021.</i>	44
<i>TABLA 6: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según cobertura de medicamentos y sexo. Centro de salud Pascuales. Años 2021.</i>	45
<i>TABLA 7: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según apoyo familiar y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	47
<i>TABLA 8: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según la comprensión de las indicaciones y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	48
<i>TABLA 9: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según la relación médico paciente y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	49
<i>TABLA 10: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según el consumo de sal y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	50
<i>TABLA 11: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según tipo de dieta y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	51
<i>TABLA 12: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según práctica de ejercicio físico y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	53
<i>TABLA 13: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según adherencia farmacológica y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.</i>	55

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1: Consentimiento informado</i> _____	66
<i>Anexo 2: Encuesta</i> _____	68
<i>Anexo 3: Test de Morisky Green</i> _____	72

RESUMEN

Antecedentes: La hipertensión arterial (HTA) es un problema de Salud Pública de primera magnitud, tanto por su elevada prevalencia como por el importante aumento de la morbimortalidad cardiovascular que conlleva. Cada año muere alrededor de 9 millones de personas en el mundo. La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo se correlaciona con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. La interrupción temprana del tratamiento y el uso de dosis diarias del régimen prescrito insuficientes son las características más frecuentes de la falta de adherencia. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, se incluyeron pacientes hipertensos de ambos sexos con edad de 20 años o más, asignados a seis consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021. Se utilizó el test de Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. **Resultados:** La población hipertensa corresponde a 120 participantes, el grupo de edad de 50 y 59 años predominó con 42.5%, el sexo femenino predominó en esta categoría 25.8%. Predomina la no adherencia, con 59,2% del sexo masculino, 63,2%. Y el 40,8% son adherentes, en su mayoría mujeres, el 44,4%. **Conclusiones:** La población presenta altos niveles de adherencia al tratamiento de la Hipertensión. **Conclusiones:** Se determinó a la población de estudio como no adherente al tratamiento no farmacológico. En el test de Morisky Green y Levine predominó la clasificación de los pacientes como no adherente

Palabras Clave: HIPERTENSION ARTERIAL, CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

ABSTRACT

Background: Arterial hypertension (HT) is a public health problem of the first magnitude, both due to its high prevalence and the significant increase in cardiovascular morbidity and mortality that it entails. Every year around 9 million people die in the world. Lack of adherence to antihypertensive treatment is correlated with an increased risk of cardiovascular complications. Early discontinuation of treatment and use of insufficient daily doses of the prescribed regimen are the most common characteristics of non-adherence

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out, including hypertensive patients of both sexes aged 20 years or more, assigned to six offices of the Pascuales health center in 2021. The Morisky, Green and Levine to assess adherence to drug treatment in patients with hypertension.

Results: The hypertensive population corresponds to 120 participants, the age group of 50 and 59 years prevailed with 42.5%, the female sex predominated in this category 25.8%. Non-adherence predominates, with 59.2% male sex, 63.2% followed by female sex, 55.6%. And 40.6% are adherent, predominantly female, 47.1%. **Conclusions:** The population has high levels of adherence to Hypertension treatment

Key Words: ARTERIAL HYPERTENSION, COMPLIANCE AND ADHERENCE TO TREATMENT.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adherencia al tratamiento el cumplimiento al tomar la medicación de acuerdo con la dosificación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado y la no adherencia cuando la paciente no puede adquirir el medicamento o ha tomado dosis incorrecta, ha olvidado de tomar varias dosis o suspendido el tratamiento demasiado pronto sin indicación médica. (1) La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos (2), y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de Salud Pública de primera magnitud, tanto por su elevada prevalencia como por el importante aumento de la morbimortalidad cardiovascular que conlleva. Se ha estimado que la HTA está relacionada con el 46,4% de las muertes por enfermedades cerebrovasculares, el 42% de las muertes por cardiopatía isquémica y el 25,5% de las muertes totales. Según la OMS, aproximadamente 7,1 millones de personas en todo el mundo mueren cada año a consecuencia de la HTA. La Sociedad Europea de Cardiología define la HTA como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, ya sea por aumento de la sistólica (PAS), diastólica (PAD) o de ambas. Considerando por tanto HTA cuando la PAS es ≥ 140 mmHg y la PAD ≥ 90 mmHg. (3)

Los estudios demuestran que la interrupción temprana del tratamiento y el uso de dosis diarias del régimen prescrito insuficientes son las características más frecuentes de la falta de adherencia. (3)

Como todas las afecciones crónicas, la HTA requiere de tratamiento para toda la vida, sin embargo, las evidencias científicas demuestran las dificultades que presentan los pacientes hipertensos con la adherencia a estos tratamientos.

La información sobre la relación que existe entre la Hipertensión Arterial y la adherencia al tratamiento abarca factores que van desde las perspectivas que se generan a nivel de Salud Pública, el utilizar diferentes métodos para su medición, estructurar los diferentes factores en dimensiones que implican, los sistemas de salud, el personal sanitario, el paciente, el tratamiento y la enfermedad, permitiendo que se pueda elaborar estrategias en cada una de estos factores.(3) Es por eso que en una búsqueda de los artículos de investigación más importantes publicados en la base de datos National Library of Medicine, sobre los principales métodos para medir la adherencia terapéutica de los pacientes y determinar los más idóneos para ser utilizados en la práctica clínica se refiere que inicialmente se consideraba al Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad) que representa un mayor cumplimiento para evaluar pacientes hipertensos,(4) pero hay variantes en el cuestionario para diferentes enfermedades crónicas y no solo para pacientes con hipertension arterial. Por otro lado, el test Hill-Bone Compliance Scale analiza las barreras para la adherencia y el comportamiento diseñado exclusivamente para pacientes hipertensos, pero aún no hay muchos estudios que demuestren la validación del mismo. (4) Existe otro cuestionario que por su alta especificidad y alto valor predictivo positivo que tiene sugiere la utilización como método más práctico, ágil e idóneo para valorar el cumplimiento terapéutico en atención primaria y para intentar obtener un conocimiento del cumplimiento lo más exacto y cercano a la realidad, el test de Morisky-Green. La primera versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica, pero en 2008 se publicó una nueva versión del test con ocho preguntas (8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS8) y que fue desarrollada a partir de las cuatro preguntas originales. Los cuatro ítems adicionales hacen referencia al comportamiento relativo a la toma de medicación. (4)

La hipertensión arterial está ubicada como un problema de salud a nivel mundial que se presenta en todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo. Partiendo de estos aspectos se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el mundo hay 1 130 millones de personas con hipertensión arterial y la mayoría de ellas, (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. En el año 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión arterial y apenas 1 de cada 5 personas hipertensas tiene controlada su enfermedad. Una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% para el año 2025. (5)

Además, a nivel mundial esta enfermedad se considera responsable de 7.5 millones de muertes anuales (12.8% del total de fallecidos), de 62% de los accidentes cerebrovasculares y de 49% de los casos de enfermedad coronaria isquémica, todo lo cual es motivo de gran preocupación de las autoridades sanitarias. (5)

Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en Sudamérica, apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control de la enfermedad. (6)

Conforme se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo de hipertensión arterial, principalmente a partir de los 50 años llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años de edad, cifras que se demuestran en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, donde reporta la prevalencia de hipertensión arterial en Ecuador del 9,3 % de la población de 18 a 59 años, en las mujeres es de 7,5% y en

hombres de 11,2% (7)

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el 2014 se registraron 1.254 defunciones por hipertensión esencial primaria, 1.014 en el 2015 y 3.473 en el 2016. (8)

De acuerdo al Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) se reportaron 217.059 atenciones por hipertensión arterial en el año 2017, las provincias que registran el mayor número de atenciones son: Guayas, Pichincha y Manabí. (27)

En el mundo se estima que más de la mitad de los hipertensos no se encuentran en tratamiento, y de los pacientes que lo reciben menos del 25% están controlados adecuadamente. (2)

Cuanto más sintomática es una enfermedad, mayor cumplimiento terapéutico se espera por parte del enfermo, pero la HTA es un padecimiento a menudo asintomático y crónico, por lo que la percepción de riesgo por el paciente con frecuencia es baja, lo cual contribuye a disminuir su adhesión regular al tratamiento.

A pesar de que el tratamiento regular de la HTA consigue una reducción de la aparición de complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad, alrededor de 30% de los hipertensos diagnosticados no está bien controlado. El incumplimiento del tratamiento se considera el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad. (9)

Es de gran importancia el profundizar en conocimiento, manejo y prevención de la enfermedad hipertensiva, desarrollando campañas y mejorando el tratamiento a través de una adecuada adherencia que garantice el éxito terapéutico.

La complejidad del régimen terapéutico, el número de medicamentos a tomar, la cantidad de dosis y de tabletas por dosis, también son factores que influyen en la adhesión. Los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos, o

las interferencias medicamentosas, pueden causar abandono del tratamiento. Por todo ello, la adherencia a la terapéutica del paciente portador de HTA es considerada hoy día un "reto terapéutico" (8).

En la población de Pascuales parroquia rural de la ciudad de Guayaquil se realizó una de tesis de investigación por los posgradista de Medicina familiar (MFC) en el año 2018, y se determinó que la prevalencia de los pacientes hipertensos no adherentes al tratamiento fue el 50% población. (9)

Partiendo de estos aspectos se decide realizar esta investigación con el objetivo de evaluar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

2.2 Formulación

¿Cuál es el comportamiento de la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en tres consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos asignados a seis consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021

3.2 Específicos

1. Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
2. Determinar la presencia de factores de riesgo de la no adherencia al tratamiento en la población de estudio.
3. Clasificar la población de estudio según su adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.
4. Clasificar la población de estudio según su adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

4.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son definidas por la OMS como "enfermedades de larga duración y, en general, progresión lenta", que no se transmiten de persona a persona; representan el principal problema de salud mundial del siglo XXI y generan una gran carga para los sistemas sanitarios en todo el planeta. (10)

Según las estadísticas de la OMS, más de 40 millones de personas mueren anualmente por ECNT, y son las principales causas de fallecimiento, las enfermedades cardiovasculares (EV) (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de padecimientos son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT (7). Cada uno de los factores de riesgo cardiovascular es capaz de modificar de forma independiente la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular. Por otra parte, la interacción de todos ellos entre sí, de manera compleja y no totalmente conocida, confiere un aumento exponencial del riesgo en aquellos individuos con más de uno de dichos factores. (11)

Aunque todos los factores mencionados deben ser considerados a la hora de evaluar el riesgo individual y establecer planes de intervención, la hipertensión arterial (HTA) es uno de los más importantes, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo y es, en nuestros días, uno de los mayores focos de atención por parte de las estructuras sanitarias de todos los países desarrollados.

Las secuelas cardiovasculares derivadas de la arteriosclerosis que incluyen los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad coronaria, la arteriopatía

periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva, se presentan con una frecuencia entre 2 y 4 veces mayor en los pacientes hipertensos respecto a los normotensos de la misma edad y sexo. El riesgo relativo es mayor para el EV y la insuficiencia cardíaca, aunque, dada su mayor incidencia, la enfermedad coronaria es la principal secuela de la HTA (12).

La relación epidemiológica entre las elevadas cifras de presión arterial y la incidencia de enfermedad cardiovascular fue puesta de manifiesto a finales de los años cincuenta en un estudio realizado por las compañías americanas de seguros de vida. Posteriormente, la evidencia científica se ha visto reforzada a raíz de varios estudios epidemiológicos observacionales, entre los que cabe destacar el estudio Framingham.

4.1.2 Hipertension arterial

La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. (12) Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general. Sin embargo, los criterios para la clasificación y el tratamiento de la hipertensión arterial se revisan periódicamente por varias instancias internacionales, las más actuales fueron sugeridos en 2017 por el Colegio Americano de Cardiología / Asociación Americana del Corazón (ACC / AHA). En donde el punto de corte se ha modificado, y ya no debería considerarse 140-90 mmHg como la PA límite como lo sugería el 8° JNC para separar al hipertenso del no hipertenso (13) a continuación nos presenta la siguiente clasificación:

Nueva clasificación de la hipertensión arterial (HTA) en cuatro estadios basados en la presión arterial (PA) (ACC/AHA) 2017.

	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Presión arterial elevada	120 -129	<80
Hipertensión etapa 1	130 – 139	80 – 89
Hipertensión etapa 2	≥140	≥90

De acuerdo con el Reporte JNC 8, se consideran normales las personas con cifras inferiores a 120/80 mm Hg, y clasifica como hipertensos a quienes tienen valores de 140/90 mm Hg o mayores (130/80 mm Hg para pacientes diabéticos o con daño renal) e incluye la nueva categoría de pre-hipertensos para quienes manejan cifras entre 120-139 y 80-89 mm Hg de presión sistólica y diastólica, respectivamente. (14)

4.1.3 Clasificación de la HTA. (JNC8)

	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120 -139	80 – 89
Hipertensión estadio I	140 – 159	90 – 99
Hipertensión estadio II	>160	>100

Además, se describe la clasificación etiológica, que es importante considerar porque la mayoría de los pacientes (90-95 %) tienen hipertensión primaria o esencial, es decir de causa desconocida. (15)

4.1.4 Clasificación etiológica de la hipertensión arterial.

- Procesos renales: enfermedad renal crónica, hipertensión de origen vasculo-renal.
- Procesos endócrinos: hiperaldosteronismo, feocromocitoma, enfermedades tiroideas, enfermedad de Cushing.
- Otros: fármacos y drogas, antiinflamatorios no esteroideos, vasoconstrictores nasales, cocaína, anfetaminas, sibutramina. (15)

4.1.5 Tipos de Hipertensión Arterial.

Hipertensión sistólica aislada (HSA): Se define como una presión arterial $\geq 130 / < 80$ mmHg, es más frecuente en personas mayores de 65 años de edad.

Hipertensión diastólica aislada (HDA): Se define como una presión arterial $< 130 / \geq 80$ mmHg.

Hipertensión de la Bata Blanca: Se consideran en personas que tienen elevación de la PA durante la visita a la consulta del médico, mientras es normal su PA en el resto de las actividades.

Hipertensión Refractaria o Resistente: Es aquella que no se logra reducir a menos de 160/100 mmHg con un régimen adecuado terapéutico con tres drogas en dosis máximas, siendo una de ellas un diurético.

Hipertensión Maligna: Es la forma más grave de HTA; se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes tienen insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva grado II –IV. (15)

En general, las definiciones de hipertensión se basan en la relación entre la presión arterial y la incidencia de eventos cardiovasculares en grandes poblaciones, derivada de numerosos estudios observacionales y ensayos aleatorizados, en los que la presión arterial se midió en varios tipos de

entornos de oficina con equipos y técnicas variables.

4.1.6 Medición de la presión arterial

Una técnica apropiada y estandarizada para medir la presión arterial, como se describe a continuación, es de vital importancia tanto en el consultorio como en el hogar. En otros temas se pueden encontrar discusiones detalladas sobre la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), la monitorización de la presión arterial en el hogar y la medición de la presión arterial en el consultorio. (15)

Medición de la presión arterial en el consultorio: la técnica y la interpretación adecuadas de la presión arterial son esenciales para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión.

Es importante diferenciar la HTA esencial de la hipertensión de bata blanca, ésta última, se define como la presión sanguínea que se eleva constantemente por las lecturas en el consultorio, pero no cumple con los criterios diagnósticos de hipertensión basados en las lecturas realizadas fuera de la consulta médica. Por otro lado, también existe la hipertensión oculta, que se define como la presión arterial que aumenta constantemente con las mediciones fuera del consultorio, pero no cumple con los criterios para la hipertensión arterial, según las lecturas en la consulta médica.

Las mediciones en el consultorio deben realizarse con el paciente en la posición correcta y dejarlo descansar cómodamente durante al menos cinco minutos, y las mediciones deben repetirse al menos dos veces.

El manguito del esfigmomanómetro debe cubrir dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estará desnudo. Se insufla el manguito, 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 antecubital y se desinfla el manguito, descendiendo

la columna de mercurio o la aguja a una velocidad de 2 mmHg por segundos o lentamente. El primer sonido (Korotkoff) se considera la PAS y la PAD la desaparición del mismo.

Además de obtener múltiples mediciones de la presión arterial, la presión arterial debe medirse en ambos brazos al menos en la visita inicial. En personas mayores o con posibles síntomas ortostáticos, también se deben tomar medidas posturales.

Las lecturas de la presión arterial sistólica en los brazos izquierdo y derecho deben ser aproximadamente equivalentes. Una discrepancia de más de 15 mmHg puede indicar estenosis subclavia y, por tanto, enfermedad arterial periférica. (15)

4.1.7 Factores de riesgo de la hipertensión arterial.

Numerosos factores de riesgo relacionados con el comportamiento pueden contribuir a la hipertensión, entre ellos:

- Consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa y de cantidades insuficientes de frutas y hortalizas.
- El uso nocivo del alcohol.
- El sedentarismo y la falta de ejercicio.
- El mal control del estrés.

Además, existen algunos factores metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardio-vascular y de hipertensión como:

- Diabetes.
- Hipercolesterolemia.
- Sobrepeso, obesidad.
- Tabaquismo.

El consumo de tabaco y la hipertensión interactúan para aumentar aún más la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular (13).

Los factores de riesgo cardiovascular denominados mayores son: hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad (IMC \geq 30 Kg/m²), inactividad física, dislipidemia, diabetes mellitus, microalbuminuria o filtración glomerular estimada <60 ml/min, edad (>55 años para el hombre, > 65 años para la mujer), historia familiar de enfermedad coronaria prematura. (MSP Guías atención enfermedades crónicas). Los determinantes sociales de la salud como los ingresos, la educación, y la vivienda, repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión. Por ejemplo, el desempleo o el temor a perder el trabajo pueden repercutir en los niveles de estrés, lo que a su vez influyen en la tensión arterial alta. Los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol. (15)

Por otro lado, los casos de presión arterial elevada aumentan con la edad, y más rápidamente a partir de los 60 años, debido al endurecimiento de las arterias. (15)

4.1.8 Fisiopatología.

Existen dos teorías que explicarían la patogenia de la hipertensión. En la primera de ellas, el fenómeno iniciador de la hipertensión parece ser la existencia de factores genéticos que reducen la excreción renal de Na con presión arterial normal. La menor excreción de sodio provoca retención hídrica que lleva a aumento del gasto cardíaco. Esta creciente elevación del gasto genera, como mecanismo de autorregulación, vaso-constricción, para evitar riego tisular excesivo que iría seguido de aumento incontrolado del gasto cardíaco. Sin embargo, esta autorregulación produce aumento de resistencia periférica y con ello hipertensión. Gracias a esta hipertensión, los riñones pueden excretar más Na, el suficiente para igualar al Na ingerido por la dieta

y con ello impide la retención de líquido. De este modo, se logra un nivel constante, aunque anormal de la excreción de Na (reajuste de la natriuresis de presión) a expensas de la elevación de la presión arterial.

La otra hipótesis sostiene que la causa primaria es el aumento de la resistencia periférica, ya por factores que inducen vasoconstricción funcional, por factores que provocan alteraciones estructurales en la pared vascular (hipertrofia, remodelación, hiperplasia de células musculares lisas) que terminan en el aumento de grosor de la pared arterial y/o estrechamiento luminal. Los estímulos vasoconstrictores pueden ser: 1) psicógenos; estrés; 2) mayor liberación de sustancias vasoconstrictoras; 3) mayor sensibilidad de la musculatura a los ajustes vasoconstrictores. Se ha sugerido que esa mayor sensibilidad se debe a un defecto primario genético del transporte de Na y Ca a través de la membrana de las células musculares lisas, que provocaría aumento del Ca intracelular y contracción de las fibras musculares lisas. Si los estímulos vasoconstrictores actuaran en forma prolongada o repetida podrían engrosar los vasos y perpetuar la hipertensión. La angiotensina II (AGT II) actúa también como factor de crecimiento (hipertrofia, hiperplasia y depósitos de matriz en fibras musculares lisas). Existen pruebas de que, en la hipertensión, los cambios de la pared vascular preceden y no suceden a la vasoconstricción, por lo que se presume que los defectos genéticos-ambientales de la señalización intracelular de las fibras musculares lisas afectan a los genes del ciclo celular y a los flujos de iones que maduran el crecimiento de las fibras musculares lisas y al aumento del tono, produciendo mayor grosor de la pared y vasoconstricción. El riñón produce varias sustancias vasodepresoras o antihipertensivas, que supuestamente contrarrestan los efectos de la AGT; son las prostaglandinas, el factor activador de las plaquetas y el NO (óxido nítrico). Los factores natriuréticos independientes de la tasa del filtrado glomerular, entre ellos el factor

natriurético auricular (Atriopeptina), inhibe la reabsorción de Na en los túbulos distales y produce vasodilatación. (15)

4.1.9 Sintomatología.

Está muy difundida la idea incorrecta de que las personas con hipertensión siempre tienen síntomas, pero la realidad es que la mayoría no los tiene. A veces la hipertensión provoca síntomas como cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal. Ignorar estos síntomas puede ser peligroso, pero tampoco se los puede interpretar siempre como indicativos de hipertensión. La hipertensión es una grave señal de advertencia de la necesidad de modificar significativamente el modo de vida. Esta afección puede matar en silencio y es importante que todo el mundo se controle de la tensión arterial. (15)

4.1.10 Diagnóstico.

La hipertensión se diagnostica si la presión arterial media domiciliaria, cuando se mide con la técnica adecuada y con un dispositivo validado en la consulta, es $\geq 130 / \geq 80$ mmHg.

En todos los demás pacientes que tienen una presión arterial elevada en el consultorio, el diagnóstico de hipertensión debe confirmarse mediante la medición de la presión arterial fuera del consultorio siempre que sea posible. La MAPA es una alternativa a la monitorización domiciliaria de la presión arterial en entornos donde la MAPA está fácilmente disponible, especialmente si no se puede obtener la presión arterial domiciliaria adecuada, si existen dudas sobre la validez de las lecturas domiciliares o si existe una gran discrepancia entre las lecturas de la oficina y las del hogar. Cuando se utiliza MAPA, se diagnostica hipertensión si la presión arterial media durante el día es $\geq 130 / \geq 80$ mmHg. (16)

Ocasionalmente, la confirmación de hipertensión fuera del consultorio no es posible debido a problemas con la disponibilidad de equipo, seguro y costo. En estas situaciones, un diagnóstico de hipertensión se puede confirmar mediante mediciones seriadas (al menos tres) de la presión arterial en el consultorio espaciadas durante un período de semanas a meses con una media de $\geq 130 / \geq 80$ mmHg. Si bien el uso de la técnica adecuada es importante en todos los pacientes, es particularmente esencial en aquellos en quienes el diagnóstico de hipertensión se basa únicamente en las lecturas del consultorio. En entornos donde la medición de la presión arterial fuera del consultorio no está disponible fácilmente, sugerimos utilizar el monitoreo automatizado de la presión arterial en el consultorio.

Las recomendaciones de ESC / ESH de 2018, refiere hacer un diagnóstico, sin lecturas de confirmación adicionales, en los siguientes escenarios poco comunes:

- Un paciente que se presenta con urgencia o emergencia hipertensiva (es decir, pacientes con presión arterial $\geq 180 / \geq 120$).
- Un paciente que se presenta con una presión arterial de detección inicial $\geq 160 / \geq 100$ mmHg y que también tiene daño conocido del órgano diana (p. Ej., Hipertrofia ventricular izquierda [HVI], retinopatía hipertensiva, enfermedad cardiovascular isquémica) (16).

Los pacientes con lecturas en el consultorio de 120 a 129/75 a 79 mmHg y enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal conocida o riesgo cardiovascular elevado también deben someterse a una medición de la presión arterial fuera del consultorio. Los pacientes con presión arterial en el consultorio $< 130 / < 80$ mmHg pero una presión arterial fuera del consultorio (ya sea en el día o en el hogar) $\geq 130 / \geq 80$ mmHg, tienen hipertensión enmascarada. Aunque no hay ensayos aleatorizados, se cree que los pacientes con hipertensión enmascarada deben recibir el mismo tratamiento

que otros pacientes con diagnóstico de hipertensión. (16)

Al evaluar a un paciente individual, hacer el diagnóstico de hipertensión es complejo y requiere la integración de mediciones repetidas de la presión arterial, utilizando la técnica adecuada, tanto dentro como fuera del consultorio.

4.1.11 Tratamiento

Se debe prescribir modificación del estilo de vida a todos los pacientes con presión arterial elevada o hipertensión; sin embargo, no todos los pacientes diagnosticados con hipertensión requieren tratamiento farmacológico.

Hay datos sólidos que respaldan las decisiones de tratamiento en algunas poblaciones de pacientes, como aquellos con presión arterial muy elevada, aquellos con alto riesgo cardiovascular y adultos mayores. Sin embargo, los datos son débiles y en gran medida indirectos para muchas otras poblaciones de pacientes. Como tal, el buen juicio clínico y la toma de decisiones compartida entre el paciente y el proveedor son primordiales.

4.1.12 Terapia no farmacológica.

El tratamiento de la hipertensión debe incluir una terapia no farmacológica (también denominada modificación del estilo de vida) sola o junto con la terapia con fármacos antihipertensivos. (17)

- Restricción de sal en la dieta: en ensayos aleatorizados bien controlados, el impacto general de la reducción moderada de sodio es una caída de la presión arterial en individuos hipertensos y normotensos de 4,8 / 2,5 y 1,9 / 1,1 mmHg, respectivamente.
- Suplementación de potasio, preferiblemente mediante modificación dietética, a menos que esté contraindicado por la presencia de enfermedad renal crónica o el uso de fármacos que reduzcan la excreción de potasio.

- Pérdida de peso: la pérdida de peso en personas con sobrepeso u obesidad puede provocar una caída significativa de la presión arterial independientemente del ejercicio. La disminución de la presión arterial inducida por la pérdida de peso también puede ocurrir en ausencia de restricción de sodio en la dieta, pero incluso una restricción modesta de sodio puede producir un efecto antihipertensivo aditivo. La disminución de la presión arterial inducida por la pérdida de peso varía generalmente de 0,5 a 2 mmHg por cada kg de peso perdido, o aproximadamente 1 mmHg por cada libra perdida.
- Dieta DASH: el patrón dietético de Enfoques dietéticos para detener la hipertensión (DASH) es rico en verduras, frutas, productos lácteos bajos en grasa, cereales integrales, aves, pescado y nueces y bajo en dulces, bebidas azucaradas y carnes rojas. En consecuencia, el patrón dietético DASH es rico en potasio, magnesio, calcio, proteínas y fibra, pero bajo en grasas saturadas, grasas totales y colesterol. Un ensayo en el que se suministró toda la comida a adultos normotensos o levemente hipertensos encontró que el patrón dietético DASH redujo la presión arterial en 6/4 mmHg en comparación con una dieta típica de estilo estadounidense que contenía la misma cantidad de sodio y la misma cantidad de calorías. La combinación del patrón dietético DASH con una modesta restricción de sodio produjo un efecto antihipertensivo aditivo.
- Ejercicio: el ejercicio aeróbico y posiblemente el entrenamiento de resistencia pueden disminuir la presión sistólica y diastólica, en promedio, 4 a 6 mmHg y 3 mmHg, respectivamente, independientemente de la pérdida de peso. La mayoría de los estudios que demuestran una reducción de la presión arterial han empleado de tres a cuatro sesiones por semana de ejercicio aeróbico de intensidad

moderada que dura aproximadamente 40 minutos durante un período de 12 semanas.

- Ingesta limitada de alcohol: las mujeres que consumen dos o más bebidas alcohólicas al día y los hombres que toman tres o más bebidas al día tienen una incidencia significativamente mayor de hipertensión en comparación con los no bebedores. Los hombres y mujeres adultos con hipertensión deben consumir, respectivamente, no más de dos y una bebida alcohólica al día. (17)

Los beneficios de la modificación integral del estilo de vida, incluida la dieta DASH y un mayor ejercicio, se probaron en el ensayo PREMIER. A los 18 meses, hubo una menor prevalencia de hipertensión (22 frente a 32 por ciento) y menos uso de medicamentos antihipertensivos (10 a 14 frente a 19 por ciento), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. (17)

4.1.13 Terapia farmacológica

Las nuevas guías 2017 vuelven a destacar que solo 4 de los múltiples fármacos antihipertensivos deben considerarse como drogas primarias, o sea aquellas con las que hay que iniciar el tratamiento de la HTA: diuréticos tiazídicos (enfatiza que la clortalidona es una de las mejores opciones), IECAS, ARB (sartanes) y bloqueantes cálcicos dihidropiridínicos (amlodipina, nifedipina). Los betabloqueantes (atenolol, metoprolol, carvedilol, bisoprolol), por sus efectos adversos, pasan a ser drogas de segunda línea, indicados en situaciones especiales como en el postinfarto de miocardio, en el simpaticotónico o en pacientes con daño cerebral secuelar luego de un ictus cerebral. Además recomienda que en el estadio 2 de HTA se debería iniciar el tratamiento con 2 drogas siendo una de ellas un diurético preferentemente. Las combinaciones fijas son buenas pues ayudan a mantener la adherencia y el control de la PA. (18)

En ensayos aleatorizados a gran escala, la terapia antihipertensiva farmacológica, en comparación con el placebo, produce una reducción del riesgo relativo de casi el 50 por ciento en la incidencia de insuficiencia cardíaca, una reducción del riesgo relativo del 30 al 40 por ciento de accidente cerebrovascular y una reducción del 20 al 25%.

La decisión de iniciar la terapia con medicamentos debe ser individualizada e involucrar la toma de decisiones compartida entre el paciente y el proveedor. En general, sugerimos que se inicie la terapia con medicamentos antihipertensivos en los siguientes pacientes hipertensos (nuestras sugerencias concuerdan en general con las recomendaciones hechas por las guías de 2017 del American College of Cardiology / American Heart Association (13).

- Pacientes con presión arterial diurna fuera del consultorio ≥ 135 mmHg sistólica o ≥ 85 mmHg diastólica (o una presión arterial promedio en el consultorio $\geq 140 / 90$ mmHg si no se dispone de lecturas fuera del consultorio).

- Pacientes con una presión arterial fuera del consultorio (media domiciliaria o ambulatoria diurna) ≥ 130 mmHg sistólica o ≥ 80 mmHg diastólica (o, si las lecturas fuera del consultorio no están disponibles, el promedio de las lecturas en el consultorio medidas apropiadamente ≥ 130 mmHg sistólico o ≥ 80 mmHg diastólico) que tienen una o más de las siguientes características:

- Enfermedad cardiovascular clínica establecida (p. Ej., Síndrome coronario crónico [cardiopatía isquémica estable], insuficiencia cardíaca, enfermedad carotídea, accidente cerebrovascular previo o enfermedad arterial periférica).
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Enfermedad renal crónica
- 65 años o más

Las pautas y recomendaciones, incluidas las pautas de 2017 ACC / AHA,

recomiendan que la terapia inicial se elija entre las siguientes cuatro clases de medicamentos.

Diuréticos de tipo tiazida o tiazida

- Bloqueadores de los canales de calcio de acción prolongada (con mayor frecuencia una dihidropiridina como amlodipino)
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)
- Bloqueadores del receptor de angiotensina II (BRA)

4.1.14 Objetivos de presión arterial

El objetivo final de la terapia antihipertensiva es la reducción de los eventos cardiovasculares. Cuanto mayor sea el riesgo cardiovascular absoluto, más probable es que un paciente se beneficie de un objetivo de presión arterial más agresivo. Sin embargo, aunque los eventos cardiovasculares generalmente disminuyen con una disminución más intensa de la presión arterial, el riesgo de efectos adversos, el costo y las molestias para el paciente aumentan a medida que se agrega más medicamento.

La valoración del control de la meta de presión arterial, deberá valorarse en tres meses posterior a la instauración de la terapia. Las metas u objetivos de control a fin de establecer si el tratamiento farmacológico es efectivo, son (14).

1. En el consultorio T.A. < a 140/90 mm Hg.
2. En el MAPA T.A. < 130/80 mm Hg.

Los estándares de calidad en el Reino Unido establecen como objetivo de control de tratamiento en hipertensión arterial, valores de TA menores a 140/90 si la edad del paciente es menor a 80 años y valores inferiores a 150/90 si la edad es mayor de 80 años.

Una vez que se determina el objetivo de presión arterial en un paciente individual, debe registrarse en el registro médico del paciente, explicarse explícitamente al paciente y comunicarse a otros miembros del equipo de atención médica. En cada visita, se debe determinar si la presión arterial está

o no en la meta.

Una vez iniciada la terapia antihipertensiva, los pacientes deben ser reevaluados y la terapia debe incrementarse mensualmente hasta que se logre un control adecuado de la presión arterial. Una vez que se logra el control de la presión arterial, los pacientes deben ser reevaluados cada tres a seis meses para asegurar el mantenimiento del control (18).

4.1.15 Adherencia al tratamiento antihipertensivo.

En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud califica la falta de adherencia como un problema mundial de gran magnitud, con un porcentaje promedio de 50% de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas en países desarrollados y es mucho menor en los países en vías de desarrollo. (18)

La falta de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial representa un verdadero problema de salud pública, pese a los avances para su detección, tratamiento y control, muchos pacientes hipertensos tienen dificultad para adherirse al tratamiento; considerando que una de las principales causas radica en la influencia de factores personales.

La OMS identifica cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas de adherirse a su tratamiento. (19)

Estas dimensiones o factores son: socioeconómicos y demográficos, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento, relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria y los relacionados con el paciente. Todos estos factores se constituyen en un fenómeno multidimensional que explicaría la conducta de adherencia.

Las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento son:

- Estrategias técnicas (simplificación del régimen, dosis menos

frecuentes, fórmulas de liberación controlada, combinación de fármacos).

- Estrategias educativas:
- Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).
- Sistemas de recuerdo horario de la toma
- Sistemas de recuerdo de la pauta y de instrucciones básicas
- Apps para móviles o tablets *
- Estrategias de apoyo social (ayuda domiciliar, terapia familiar, grupos de apoyo).
- Estrategias dirigidas a profesionales (información a los profesionales sanitarios, cursos a los profesionales sanitarios, recordatorios a los profesionales sanitarios, el propio control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios favorece el cumplimiento) *Apps para móviles o tablets.

Una App es una aplicación de software que se instala en dispositivos móviles o tablets para ayudar al usuario en una labor concreta, ya sea de carácter profesional o de ocio y entretenimiento, en este caso para facilitar el cumplimiento. Un “Pastillero virtual para Smartphone” es una aplicación para dispositivos móviles que ayuda a personas mayores con múltiples patologías a autogestionarse mejor la medicación. Mediante este asistente virtual personalizado se espera disminuir la frecuencia de errores con la medicación y aumentar el bienestar y la autonomía de los pacientes. Se instala en la tableta o el smartphone del paciente y ofrece más prestaciones que el pastillero habitual, como emitir alertas mostrando la fotografía del envase y del propio fármaco o informar sobre la conservación y el uso adecuado de los medicamentos. Incluso permite introducir sugerencias sobre ejercicio físico y la dieta. (19)

En el mundo se estima que más de la mitad de los hipertensos no se

encuentran en tratamiento, y de los pacientes que lo reciben, menos del 25% están controlados adecuadamente. De ahí la importancia de profundizar en conocimiento, manejo y prevención de la patología hipertensiva, desarrollando campañas y esquemas de salud encaminados a la detección temprana y mejoramiento del tratamiento a través de una adecuada adherencia que garantice el éxito terapéutico. (20)

Sin embargo, no solo se trata de tener el control de la enfermedad si no cómo se comporta la adherencia al tratamiento es por eso que han sido propuestos diversos métodos directos e indirectos para medir la adherencia al tratamiento.

Los métodos directos utilizan mediciones bioquímicas mediante la detección de marcadores biológicos no tóxicos adicionados a los fármacos. Pero estos estudios de marcadores y la incorporación en sí de ellos en los medicamentos son costosa. Además, está influenciada por una variedad de factores como la dieta, la absorción, la tasa de excreción.

Los métodos indirectos son más sencillos y económicos, por lo que resultan extremadamente útiles en atención primaria. Otra de las ventajas de los métodos indirectos es que sirven para investigar y valorar el cumplimiento en condiciones reales de la práctica clínica, por lo que contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica.

El test más utilizado para valorar adherencia es el de Morisky – Green; la mayoría de estos cuestionarios están validados en varios estudios para enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial, SIDA, Tuberculosis, diabetes y dislipidemias. (18)

Pero, en 2008 se publicó una nueva versión del test con ocho preguntas (8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS8) y que fue desarrollada a partir de las cuatro preguntas originales. Los cuatro ítems adicionales hacen referencia al comportamiento relativo a la toma de medicación, especialmente,

a la infrautilización. (4)

El test de Morisky original y sus posteriores versiones presentan ventajas respecto a otros cuestionarios ya que tienen un uso muy generalizado tanto en diferentes patologías, poblaciones como países, por lo que son muy utilizados en investigación. (4)

4.2 Antecedentes investigativos.

En Cuba, uno de los países donde más estudios se han realizado para determinar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial y para el año 2016 se publicó un estudio descriptivo que admite la comparación de variables, se realizó un muestreo aleatorio simple quedando conformada la muestra por 27 pacientes, predominó el grupo etario de más de 60 años, los sujetos del sexo femenino y los de mayor nivel de escolaridad, así como los profesionales. El tiempo de evolución de la enfermedad que prevaleció fue el de más de 10 años. Además, sobresalieron los sujetos que presentan una adherencia parcial al tratamiento y como conclusión se observó dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas ya que un bajo porcentaje de los pacientes se adhiere de forma total al tratamiento.

Por otro lado, las investigaciones realizadas en años posteriores en el mismo país de Cuba sobre adherencia terapéutica e hipertensión arterial ofrecen resultados pocos alentadores. Algunos estudios confirman que la cifra de pacientes no cumplidores alcanza cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % para el tratamiento médico no farmacológico, que abarca las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos entre otros. (20)

En México se ha documentado que la no adherencia ocurre en más de 60% de los pacientes cardiovasculares lo que conduce a malos resultados clínicos,

reingresos hospitalarios, infarto agudo de miocardio y aumento en la mortalidad de los pacientes. Se determinó en el estudio que alrededor de 50% de la población con hipertensión analizada, no tiene un buen apego al tratamiento terapéutico, este es un dato preocupante, sobre el cual se deben de implementar estrategias de intervención y anticipación, puesto que cinco de cada 10 pacientes corren el riesgo de discapacidad o muerte prematura ocasionada por las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial. (21)

En el año 2017 se realizó un estudio para determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar y comunitaria en una ciudad de México en donde utilizaron el instrumento de Morisky-Green-Levine, de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio se logró determinar que el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos fue alrededor del 50% de la población que no tenía un apego adecuado al tratamiento, esto es un dato alarmante ya que existe un riesgo de discapacidad o muerte prematura ocasionada por complicaciones y comorbilidades relacionadas con esta enfermedad según dicho estudio.(21)

Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia en la adherencia destacan: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios del tratamiento. Mientras más complejo sea un tratamiento más dificultades presentará en la adherencia del paciente. Un punto importante a resaltar es que existen asociaciones entre la adherencia y el estado civil de los pacientes, así como con la edad, sexo, escolaridad, actividad física, el vivir acompañado o no, gravedad de la hipertensión, asistencia regular a consultas y el costo de la medicación.

En Costa Rica se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hogar de Ancianos Santa Catalina, en el período febrero 2019 a febrero 2020, con el objetivo de determinar la prevalencia de adherencia terapéutica

en ancianos hipertensos. Al igual que en los otros estudios mencionados se aplicó el test de Morisky-Green para verificar la adherencia o no al tratamiento. En dicho estudio hubo predominio del grupo de 80-89 años, con el 39.4 % y el sexo masculino (57.8%), el 81.8 % expresó adherencia terapéutica y el 66.7 % de los ancianos en régimen de internamiento parcial no mostraron buen control de su enfermedad y el medio familiar disfuncional influyó en la no adherencia terapéutica. (22)

En Perú se realizó un estudio de adherencia terapéutica donde se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 23,7% con predominio de varones y el 45% de los pacientes controlaban su presión arterial determinando la razón principal de los pobres resultados sería la falta de adherencia al tratamiento. La tasa de adherencia al tratamiento farmacológico encontrada en este estudio fue similar a otros estudios realizados en Latinoamérica, que muestran que la adherencia en hipertensión arterial oscila entre 37 y 52% se usó el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y, además, se determinó la presión arterial. (23)

En Guayaquil una de las ciudades importantes de Ecuador se realizó un estudio de sustentación de tesis en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el año 2018 por parte de posgradista de medicina familiar sobre la evaluación de la adherencia terapéutica y factores que influyen en los pacientes hipertensos de determinada comunidad llegando a la conclusión que existe bajo nivel de adherencia al tratamiento de hipertensión, el factor más asociado a esto es la falta de conocimiento. (24)

Además, se realizó un estudio con el fin de estimar la adherencia terapéutica y el conocimiento sobre la medicación antihipertensiva, para luego relacionarlos entre sí. Se encuestaron a 202 personas que acudieron al servicio de Cardiología de la Consulta Exterior del Hospital Luis Vernaza en la ciudad de Guayaquil. Donde se les aplicó un cuestionario de 19 preguntas,

previo a su validación, y se analizó la información mediante tablas de frecuencia y el test estadístico chi cuadrado. Los resultados obtenidos fueron que 102 (50,5%) de los hipertensos no son adherentes; 33 (16,3%) tienen bajo conocimiento; 159 (78,7%) tienen conocimiento moderado; y 10 (5%) tienen buen conocimiento. Se concluyó que no se pudo demostrar una asociación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica; probablemente existen otros factores que intervienen en la adherencia que no se identificaron en dicho estudio. (25)

En contraste con otros estudios en Ambato en el año 2015, con un estudio de corte transversal; y el objetivo de determinar los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, utilizando una población de 110 pacientes hipertensos en el que también se encontró mayor afectación en el sexo femenino, las edades predominantes encontradas en el estudio fueron entre 50 a 59 años. Empleando el cuestionario de Martín Bayarre Grau se encontró que solo el 13,6% de la población estudiada se consideraron como adheridos totales, No adherentes 48,2%, y Poco adherentes el 38,2%. Concluyendo en que la falta de adherencia estuvo asociada a la baja educación, bajos conocimientos de la patología, el olvido por parte del paciente, la frecuencia en la toma de medicamentos y el número de medicamentos utilizados para el tratamiento. Obteniendo como factores protectores el nivel de satisfacción con la atención médica. Cañar en la ciudad de Ambato en el año 2016 realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal con 69 pacientes hipertensos mayores de 13 hasta 85 años de edad. Con el objetivo de evaluar la adherencia y los factores que influyen en pacientes hipertensos del sector San Marcos, al caracterizar a los pacientes según su variable sociodemográfica se encontró que: la predilección por el sexo femenino fue mayor con un 66,7%; la enfermedad hipertensiva afectó al 25% - 35% de la población adulta, llegando a alcanzar por encima de los 65 años al 50% de la población y en

mayores de 80 años a un 75%, es decir que las personas que padecen hipertensión arterial se encuentran preferencialmente en la categoría de adultos y en menor número los adultos mayores, y en su mayoría no presentaban antecedentes familiares pese a que en la literatura la historia familiar es clave.(26) Esto se atribuyó a la práctica de estilos de vida no saludables.

Para evaluar la adherencia terapéutica se han utilizado diversos procedimientos como conteo de píldoras, medidas de laboratorios, entrevistas y cuestionarios a pacientes, personal de salud, familiares, entre otros.

En un artículo que muestra el proceso de construcción del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes, la validación de contenido se realizó a través de la metodología propuesta por Moriyama. La muestra utilizada para la evaluación de la confiabilidad interna y validez de construcción lógica del MBG estuvo compuesta por pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento médico, mayores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Van-Troi del Municipio Centro Habana. La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y la validez de construcción del MBG fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales. (4)

Los resultados de la validación de contenido permitieron considerar que la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario; se aportó que las categorías propuestas para ser incluidas en la construcción del instrumento son adecuadas. Los resultados obtenidos por estas alternativas de validez fueron favorables. Se concluye que esta disponible un instrumento con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica.

5. MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

Se realizó un estudio de nivel descriptivo de acuerdo al propósito de la investigación.

5.2 Tipo de investigación.

El tipo de investigación es observacional no existe intervención del investigador, solo se limita a describir las variables de estudio, sin manipulación del objeto de estudio, prospectivo por recoger datos de fuente de información primaria, transversal por ser medida la variable de estudio en una sola ocasión y según el número de variables analíticas es de tipo descriptivo, por ser un análisis univariado, donde no se hacen asociaciones de variables.

5.3 Diseño de investigación.

Estudio de prevalencia o de corte transversal.

5.4 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de acuerdo a los objetivos planteados para identificar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

Con el nivel, tipo y diseño de la investigación, se le da respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio.

5.5 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes hipertensos de ambos sexos con edad de 20 años y más, asignados a los consultorios 19 (B),

20 (A) y 20(B) del centro de salud Pascuales en el año 2021. El total de la población fue de 120 pacientes.

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

Para la obtención del listado de población hipertensa en los tres consultorios utilizamos las fichas familiares de los mismos.

5.5.1.1 Criterios de inclusión.

1. Pacientes hipertensos que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
2. Pacientes hipertensos con residencia permanente en Pascuales por un período mayor de un año.

5.5.1.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes hipertensos con discapacidad mental que les impida completar los instrumentos de investigación.
2. Pacientes hipertensos que después de dos citas al centro de salud y dos visitas al domicilio, no se puedan contactar.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, se cumplió el Código de Ética del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y los principios de la Declaración de Helsinki sobre investigaciones con seres humanos. En todo momento se

respetaron los principios éticos de participación en este estudio, se solicitó la firma del consentimiento informado, el mismo que se le dio lectura exponiendo la finalidad y el propósito del estudio, garantizando en todo momento la privacidad y confidencialidad del entrevistado. Se contó con la aprobación de la dirección del Centro de Salud Pascuales para el desarrollo de la investigación.

La recopilación de información para el estudio se realizó por medio de una encuesta elaborada por la autora y validada por tres expertos, dos especialistas en Medicina Familiar y una especialista en Bioestadísticas. Para la validación del instrumento se siguieron los criterios de Moriyama.

El test de Morisky Green Levine se encuentra validado tanto internacional como nacionalmente.

La encuesta fue auto-aplicada en tres consultorios del centro de salud Pascuales. Estuvo conformada en base a preguntas claras y bien estructuradas, con respuestas cerradas. Se propició un ambiente tranquilo y privado para que el encuestado se sintiera cómodo en todo momento. El tiempo para la aplicación de la encuesta fue de aproximadamente 30 minutos. En el caso de pacientes adultos mayores, con dificultades para leer los instrumentos o personas con baja escolaridad, se les ayudó en el llenado de la encuesta por parte de la investigadora.

La primera sesión de la encuesta abarcó la caracterización sociodemográfica de la población que consta de 7 variables, como edad, sexo, estado civil, ingreso económico, escolaridad, etnia y ocupación (preguntas de la 1 a la 8).

Para identificar los factores de riesgo de la no adherencia al tratamiento, presentes en la población de estudio, se investigó la cobertura medicamentosa, el apoyo familiar, la comprensión de las indicaciones y la

relación médico-paciente (preguntas de la 9 a la 12).

Para clasificar la población según su adherencia al tratamiento no farmacológico, se identificó el consumo de sal, considerándolo excesivo cuando sobrepasa una cucharada pequeña (5 ml) al día o cuando se agrega sal a los alimentos una vez elaborados, las características de la dieta, considerándose adecuada cuando se consume frutas y vegetales 3 veces por semana o más, y la práctica de ejercicio físico, la que se considera adecuada cuando se realiza 3 veces por semana o más y con una duración de 30 minutos o más en cada sesión (preguntas de la 13 a la 17). Resultados negativos en uno de estos indicadores o más, hacen considerar al paciente como no adherente al tratamiento no farmacológico.

Para caracterizar la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó el test de Morisky, Green y Levine, el que consta de 8 preguntas. Se dice que un paciente es adherente cuando responde de manera negativa las preguntas 1, 2, 3, 4, 6 y 7 y de manera afirmativa la pregunta 5. Además, en la pregunta 8 debe seleccionar la opción nunca/raramente. La adherencia se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ingreso económico per cápita	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Etnia	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Cobertura de medicamentos	Encuesta
Apoyo familiar	Encuesta
Comprensión de las indicaciones	Encuesta
Relación médico paciente	Encuesta
Consumo de sal	Encuesta
Tipo de dieta	Encuesta
Práctica de ejercicio físico	Encuesta
Adherencia farmacológica	Encuesta (test de Morisky-Green-Levine modificado)

5.8 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).

Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas. La información se presentó en forma de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad (grupos específicos)	20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90 y más.	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
Estado civil	Estado civil	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Unión libre (a)	Cualitativa nominal
Ingreso económico per cápita	Ingreso mensual total de la familia Número de integrantes de la familia	Adecuado (84,49 USD) Pobreza (84,48 a 47,62 USD). Pobreza extrema (menos de 47,62 USD)	Cualitativa ordinal
Escolaridad	Escolaridad	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Bachillerato terminado Universidad terminada Posgrado terminado	Cualitativa ordinal
Etnia	Etnia (según autoidentificación étnica)	Indígena Afroecuatoriano (a) Negro (a) Mulato (a) Montubio (a) Mestizo (a) Blanco (a) Otro	Cualitativa nominal
Ocupación	Ocupación	Empleados públicos Empleados privados Cuenta propia Ama de casa Trabajadora no	Cualitativa nominal

		remunerada Estudiantes Jubilados Desempleados Otra	
Cobertura de medicamentos	Cobertura de medicamentos (existencia en farmacia del centro de salud)	Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca	Cualitativa ordinal
Apoyo familiar	Existencia de apoyo familiar	Si No	Cualitativa nominal
Comprensión de las indicaciones	Comprensión de las indicaciones	Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca	Cualitativa ordinal
Relación médico paciente	Satisfacción de la atención	Buena Regular Mala	Cualitativa ordinal
Consumo de sal	Consumo total de sal Uso de sal de mesa	Ninguna Normal Excesiva	Cualitativa ordinal
Tipo de dieta	Tipo de alimentos Frecuencia de alimentos	Saludable No saludable	Cualitativa nominal
Práctica de ejercicio físico	Frecuencia de ejercicio Duración del ejercicio	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal
Adherencia farmacológica	Adherencia terapéutica	Adherente No adherente	Cualitativa nominal

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según edad y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Edad	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%		
30 - 39	2	1,7	4	3,3	6	5,0
40 - 49	7	5,8	12	10	19	15,8
50 - 59	31	25,8	20	16,7	51	42,5
60 - 69	23	19,2	21	17,5	44	36,47
Total	63	52,5	57	47,5	120	100

Fuente: encuesta.

Como se observa en la tabla #1 la población hipertensa corresponde a 120 participantes, prevaleció el grupo etario de 50 y 59 años con el 42,5%, predominó en esta categoría el sexo femenino 25,8%. Seguido de otro grupo etario 60 y 69 años con un 36,7% en este grupo también predominó el sexo femenino 13,3%.

Del total de la población el sexo femenino fue de 63 personas que corresponde al 52,5% y sexo masculino 57 personas que corresponde al 47,5% respectivamente. La particularidad es que no se reportó población hipertensa en edades menores de 20 y mayores de 69 años.

Ver tabla #1.

En el estudio, la mayoría de los pacientes presentaron edad entre 40 y 59 años seguido por los hipertensos de 60 años o más. Se hallaron resultados que coinciden con los publicados por Rivera, (48) quien obtuvo que a medida que aumentaba la edad también lo hacía el número de pacientes hipertensos, de ahí que la mayoría de los afectados eran de los grupos de 40-59 y de 60-79 años, para ambos sexos.

En Europa varios estudios muestran una prevalencia mayor de HTA en los grupos etáreos mayores de 40 años. Es el caso de Williams (2018) él apporto en las guias europeas ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, que la hipertension arterial estuvo sobre el 60% en los mayores de 60 años y aproximadamente el 75% por sobre los 75 años de edad. (3)

En el continente americano, específicamente en Argentina Alejandro M. Delucchi publicó un artículo sobre la edad promedio de la hipertension arterial y esta fue de 40 a 50 años; 44,6% hombres y 55,4% mujeres respectivamente, datos que se asemejan más a los resultados de nuestro estudio comparados en comparación con el continente europeo. (28)

A nivel nacional encontramos valores diferentes al estudio por Encalada en Cuenca – Ecuador 2018 donde plantea que la edad promedio de pacientes hipertensos fue de 65 a 74 años siendo en su mayoría sexo femenino. (29)

TABLA 2: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según estado civil y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Estado civil	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%		
Casado(a)	34	54,0	31	54,4	65	54,2
Unión libre	21	33,3	23	40,4	44	36,7
Soltero (a)	4	6,3	1	1,8	5	4,2
Viudo(a)	3	4,8	1	1,8	4	3,3
Divorciado(a)	1	1,6	1	1,8	2	1,7
Total	63	100	57	100	32	100

Fuente: encuesta.

Se observa en la tabla #2 que dos categorías predominan en relación a las otras. Tal es el caso, la categoría casada (a) donde predominó en los pacientes hipertensos con 54,2% del total de la población, seguido de la unión

libre con el 36,7%, siendo mayor el sexo masculino en 40,4% las personas con un estado civil soltero (a) corresponde al 4,2%; Viudo (a) corresponde 3,3%; divorciado (a) 1,7 respectivamente.

Estos datos se asemejan a los estudios publicados en España por Zubeldia Lauzurica (30), donde publicó en su artículo que la población hipertensa predominó el estado civil casado con 57%; datos similares publicó Vazques en su estudio en Colombia, afirmó que el 60% de la población hipertensa tenían un estado civil de casado (a). (31)

La importancia del estado civil de un paciente hipertenso en relación con la adherencia terapéutica, pudiera ser el apoyo emocional y físico que tienen con su pareja, como, por ejemplo, recordatorios a la hora de la toma de sus medicamentos. Es por eso que el 2021 Becerra publicó su estudio de funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial y determinó que una mejor adherencia se relacionó con el estado civil, 70,5% estaban casados y en menor porcentaje de frecuencia posterior eran viudos, solteros, divorciados y en unión libre. (32)

TABLA 3: Distribución de los pacientes hipertensos de 20 años y más según ingreso económico y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Ingreso económico	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Adecuado	51	81,0	42	73,7	93	77,5
Pobreza	12	19,0	15	26,3	27	22,5
Total	63	100	57	100	120	100

Fuente: encuestas

Como se observa en la tabla #3 el 77,5% de la población tiene un ingreso socioeconómico adecuado no hay mucha diferencia entre el sexo masculino 73,7% y femenino 81%; seguido de pobreza en un 22,5% aún no se

reportaron casos de pobreza extrema.

Silvia Quiroz en el 2020 estudió la asociación entre la posición social y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Colombia, determinó que las personas con menor ingreso económico tienen menor posibilidad de adherirse al tratamiento farmacológico; mientras que quienes tienen mejor posición socioeconómica tienen menor posibilidad de adherirse a las citas y a las conductas saludables. (33)

Los estudios de Arrivillaga y Benavides muestran resultados similares con relación al ingreso económico, debido a que ofrece acceso a ciertas condiciones de vida que promueven el cuidado de la salud. (34)

Elzubier AGy coinvestigadores, hallaron en un estudio similar, que el 36.8% de pacientes hipertensos tuvieron ingresos económicos bajos y no eran buenos observadores de su tratamiento, por que no podían adquirir sus medicamentos, por causas económicas. (35)

TABLA 4: Distribución de los pacientes hipertensos de 20 años y más según escolaridad y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Escolaridad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Ninguna (analfabetismo)	2	3,2	0	0	2	1,7
Primaria sin terminar	3	4,8	1	6,7	5	4,2
Primaria terminada	3	4,8	1	6,7	16	13,3
Secundaria terminada	16	25,4	6	18,8	26	21,7
Bachillerato terminado	34	54,0	5	33,3	63	52,5
Universitaria terminada	5	7,9	2	13,3	8	6,7
Total	63	100	15	100	120	100

Fuente: encuesta

Se observó que la escolaridad que predominó en los pacientes hipertensos es el bachillerato 52,5% (63) participantes, seguido de la instrucción secundaria con el 21,7% (26) participantes, luego la instrucción primaria terminada con un 13,3% (16) participantes, instrucción uninversitaria 6,7% (8) participates, (5) participantes tienen una escolaridad primaria sin terminar que corresponde al 4,2% y analfabetismo (2) participantes que corresponde 1,7% Ver tabla #4

Semejantes resultados a los encontrados en este trabajo se hallaron en otro estudio realizado por Rodriguez San Pedro en La Habana y Cienfuegos en los cuales la mayoría de los hipertensos tenían nivel medio superior o nivel superior. (36) En investigaciones internacionales no se encontró correspondencia. En este caso consideramos que en Cuba este elemento debe estar relacionado con el alto nivel de escolarización que posee la población cubana, como consecuencia de la total accesibilidad que tiene esta a los centros educacionales.

En otro estudio Pomares Avalos (2017) menciona que su población hipertensa tuvo un nivel de escolaridad secundario, sin embargo, menciona como dato relevante no aporta el nivel de escolaridad en la adherencia terapéutica, ya que no se encontraron reportes científicos que tuvieran en cuenta esta variable en los pacientes hipertensos. (37)

En el continente Asiático, Samar Mahmood, (2018) estudio la prevalencia y predictores en individuos hipertensos en Karachi, Pakistán aquí predominó el nivel educativo secundario y bachillerato. (38)

El 100% de la población de hipertensos estudiada se considera de etnia mestiza.

En un estudio de Bones Garces (2018) sobre los diferentes estilos de vida en personas afro-ecuatorianas y personas mestizas con diagnóstico de Hipertensión Arterial en la Isla Luis Vargas Torres de la Ciudad de Esmeraldas. (39) Se determinó un 83% de etnia afro ecuatoriana y 17% de etnia mestiza además que los estilos de vida de estas dos etnias tienen condiciones distintas y de allí parte la prevalencia de la Hipertensión Arterial en cada una de ellas.

Predominio de hipertensos con color de la piel negra, contrario a lo encontrado en los estudios de Paramio Rodríguez A y Cala Solozábal JC 9 y Valdés Ramos E y colaboradores¹⁰, en los que predominaron el color de la piel blanca con un 55% y 70.1% respectivamente.

TABLA 5: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según ocupación y sexo. Centro de salud Pascuales. Años 2021.

Ocupación	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Cuenta propia	19	30,2	48	84,2	67	55,8
Ama de casa	37	58,7	3	5,3	40	30,8
Empleados privados	2	3,2	4	7,0	6	5,0
Trabajadora no remunerada	2	3,2	0	0	2	1,7
Desempleado	2	3,2	2	3,5	4	3,3
Jubilado	1	1,6	0	0	1	1,7
Total	63	100	57	100	120	100

Fuente: encuesta.

Como se observa en la tabla #5 predomina la ocupación de ama de casa 30,8% en sexo femenino en un 58,7% seguido de la ocupación por cuenta propia en un 55,8% del total, siendo mayor en sexo masculino 84,2%.

Empleados privados 5% trabajadora o remunerada 1,7% desempleados 3,3% Ver tabla 5

El rol de ama de casa es mayor en este estudio y los resultados se asemejan a otros estudios por ejemplo Riveras publico su articulo sobre la “Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en indígenas Emberá-Chamí” y determino que el 50% de su población era ama de casa además investigo que la relación existente entre la ocupación y la adherencia al tratamiento, se encontró mayor dificultad en aquellos pacientes con vínculo laboral, específicamente los profesionales. Datos que están en correspondencia con otros estudios que reflejan que, entre los factores relacionados con la adherencia, la variable ocupación, es una de las que resulta más significativa. (40)

Por otro lado, en Cuba, Pomares Alavos difiere con los resultados de nuestro estudio debido a que en su estudio de “Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arteria” se encontró mayores profesionales en su población hipertensa. (37)

En Ecuador, MD. Guevara realizo una tesis sobre la “Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad el recuerdo, año 2018” sus resultados sobre la ocupación de cuenta propia predomino en la población hipertensa a diferencia de nuestro estudio que predomina ama de casa. (41)

TABLA 6: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según cobertura de medicamentos y sexo. Centro de salud Pascuales. Años 2021.

Cobertura de medicamentos	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Casi siempre	9	14,3	10	17,5	19	15,8

Casi nunca	48	76,2	45	78,9	93	77,5
Nunca	6	9,5	2	3,5	8	6,7
Total	63	100	15	100	120	100

Fuente: encuesta.

Como se observa en la tabla #6 el 77,5% afirmaron casi nunca tener cobertura de medicamentos, en comparación de un 15,8% que afirmaron casi siempre tener cobertura, diferencia notable. Seguido de un 6,7% que dijeron nunca tener cobertura de medicinas. Se encontró la particularidad que ningún paciente afirmó la categoría de siempre tener cobertura de medicamentos.

En otras partes del mundo como en Mexico, Rios blancas (2017) estudió el comportamiento de la cobertura del tratamiento de la hipertension arterial en algunos estados mexicanos, y determinó que la cobertura efectiva del tratamiento contra la hipertensionn arterial fue alta 73.5% en los estados Sonora, ciudad de Mexico, Chihuahua. (42)

México es pionero a nivel mundial en la estimación de cobertura efectiva a nivel nacional y estatal, si embargo esta cobertura podría ser baja si se asume que en México la población está cubierta por un sistema de seguros médicos y que, en teoría, todos los mexicanos cuentan con acceso al tratamiento de esta enfermedad.

Por otro lado Espinoza Marchan menciona en su artículo publicado en junio 2021, sobre el acceso de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial en Perú es baja y, que la disponibilidad promedio de los medicamentos en las farmacias de los establecimientos de salud públicos encontrada fue de (36%) datos que se relacionan con lo mencionado en la OMS, un valor similar de disponibilidad promedio de medicamentos genéricos para enfermedades crónicas en el sector público en 40 países, los cuales son considerados como

subóptimos.(43)

En Ecuador el Md. Jorge gunsha – Centro de salud Santiago del Guayas, realizó un estudio donde estadisticamennte no se relaciono la disponibilidad del medicamento como factor relacionado con la adherencia terapéutica de la hipertencion arterial en adultos mayores, a pesar que tuvo un 94,1% de cobertura de medicamentos en su estudio. (44)

TABLA 7: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según apoyo familiar y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Apoyo familiar	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No	46	73,0	35	61,4	81	67,5
Si	17	27,0	22	38,6	39	32,5
Total	17	100	15	100	120	100

Fuente: encuesta.

Se observa en la tabla #7 que el 67,5% de la población total de hipertensos no tiene el apoyo familiar, predominó el sexo femenino con un 73% seguido del 61,4% por parte del sexo masculino. Y solo el 32,5% si recibe apoyo familiar. Ver tabla 7

Ante la relación estrecha observada en muchos estudios entre la adherencia terapéutica con la familia, es fundamental presentar un proyecto enfocado a dirigir esfuerzos en materia de prevención, así lo dice Becerra en su estudio publicado 2020 en Mexico, sobre la relación de la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en hipertensos, en el estudio se apreció una tendencia en el aumento de la presión arterial sistémica relacionado a la

disfunción familiar, siendo una tensión arterial promedio 130/78mmHg El estudio mostró que la buena funcionalidad familiar que tuvieron sus pacientes 60% fomenta y preserva la salud del individuo, lo cual está ligado a la adherencia y buen apego a cambios del estilo de vida, teniendo un impacto significativo para el bienestar grupal e individual por parte del paciente.(45)

Por otro lado, Martínez Navarro uso en su estudio el cuestionario MOS de apoyo social (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) y obtuvo una media de 73.5% medio, resultado muy similar al trabajo realizado por Joanico Morales (2014) donde se estudiaron las redes de apoyo social, utilizando el instrumento MOS, obtuvieron una media de 73%. (46)

Sagástegui menciona que la falta de apoyo familiar OR =2.6; intervalo de confianza 95% es considerado como factor explicativo de la no adherencia antihipertensiva. Este estudio también resalta la importancia de la familia como principal fuente de apoyo. (47)

TABLA 8: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según la comprensión de las indicaciones y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Comprensión de las indicaciones	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Siempre	40	63,5	21	36,8	61	50,8
Casi siempre	23	36,5	35	61,4	58	48,3
Casi nunca	0	0	1	1,8	1	0,8
Total	63	100	57	100	120	100

Fuente: encuesta

Se observa en la tabla # 8 que del total de pacientes hipertensos casi siempre comprende las indicaciones del médico que corresponde al 62,5% y seguido

del 34,4% que siempre comprende las indicaciones, el 3,1 casi nunca comprende las indicaciones. Ver tabla 8.

En los pacientes encuestados predominó un nivel de información insuficiente en el 68,75 %. En Cuba. Hernández, estudia la caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años y que a pesar de toda la información transmitida por los médicos de los centros de salud, el escaso nivel de información porque o comprende las indicaciones médicas, repercute negativamente en el control de cualquier enfermedad. Aproximadamente el 85% de su población total. (49)

La investigación realizada por Sellén Crombet y colaboradores si coincide con lo encontrado en este estudio, donde el 44.5% de los hipertensos llevan tratamiento con dos fármacos comprendiendo totalmente las indicaciones. (50) Martínez Cabrera, en una investigación descriptiva y transversal. El 60% asistieron a consulta de medicina interna por motivo de control salud. (51)

TABLA 9: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según la relación médico paciente y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Relación médico paciente	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Buena	52	82,5	51	89,5	103	85,5
Regular	11	17,5	6	10,5	17	14,2
Total	63	100	57	100	120	100

Fuente: encuesta

Como se observa en la tabla #9 la relación médico paciente según la categoría buena es del 75% del total de la población estudiada, seguida de regular con el 25% correspondiente. Ver tabla 9.

En Ecuador la Dra.Guevara Aristega evaluó los factores que influyen en la

adherencia terapéutica (2018) los resultados determinaron que la relación médico paciente no influyó en el bajo nivel de adherencia terapéutica, el valor de prueba estadística fue $P: 0,56$ (24)

La relación médico paciente a diferencia de estudios realizados en países como Perú no reflejaron interferir negativamente en la adherencia pues se encontró más pacientes con una relación médico paciente considerada como buena. Este resultado se observó además en los realizados por los médicos de medicina familiar Cañar, Chiliza, Martín en donde utilizando el mismo instrumento para medir la relación médico paciente (Cuestionario CREMP) se demostró que esta actúa como un factor protector ante la buena adherencia terapéutica. (52)

Es conocido que una mala relación médico paciente actúa como un factor negativo que favorece la no adherencia al tratamiento.

Elzubier, en cuanto al grado de conocimiento de la enfermedad, tenemos que el 70% de la población en estudio mantiene un conocimiento insuficiente de la enfermedad, sus complicaciones y signos de alarma. El 30% restante se categorizó con un conocimiento adecuado. Así también el 52,4% de los pacientes no adheridos tiene un conocimiento insuficiente (35)

TABLA 10: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según el consumo de sal y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Consumo de sal	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Normal	38	60,3	47	82,5	85	70,8
Excesiva	25	39,7	10	17,5	35	29,2
Total	63	100	57	100	120	100

Fuente: encuesta

Se observa en la tabla #10 que el consumo de sal de la población hipertensa es normal que corresponde al 70,8% y excesiva que corresponde al 29,2%. Ver tabla 10.

El tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial incluye el consumo de sal como uno de los factores principales para control de la enfermedad y prevención. En un estudio de Failoc-Rojas sobre la asociación entre percepción de consumo de sal e hipertensión arterial en pobladores peruanos, se detectó que los pacientes que percibían consumir poca o nada de sal se asociaron a mayor frecuencia de diagnóstico de HTA (53)

En Perú Sergio Quirózje realizó un estudio donde incluyó 131 participantes y determinó que el 20,6 % tiene un consumo alto de sal, siendo el sexo femenino el que más sal consume representando. (54)

En Cuba, Cobas Planchez también asegura en su estudio que su población hipertensa tiene como factor de riesgo el consumo de sal excesivo.(55)

Existen múltiples factores predisponentes de HTA que coexisten, se separan en dos grupos, los no modificables (historia familiar de HTA, sexo, edad y raza) y los modificables (ingesta de sal, alimentación, hábitos como consumo exagerado de alcohol; hábito de fumar, el sedentarismo; la obesidad y el estrés). Si embargo el factor de riesgo más

significativo fue el antecedente patológico familiar de hipertensión arterial, seguido del

sedentarismo, datos que coinciden con el presente estudio.

TABLA 11: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según tipo de dieta y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Tipo de dieta	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Saludable	29	46,0	33	55,9	62	51,7
No saludable	34	54,0	24	42,1	58	48,3

Total	63	100	57	100	120	100
--------------	-----------	-----	-----------	-----	-----	-----

Fuente: encuesta

Se observa en la tabla #11 que el 75% tiene una dieta saludable sexo femenino 82,4% seguido de sexo masculino 66,7%. El 25% de población tiene una dieta no saludable. Ver tabla 11.

Los pacientes sin enfermedad arterial deben consumir menos sal para prevenir estas enfermedades, pero como vemos en esta investigación, en la práctica no la realizan como se debería. Estudios muestran que algunas personas con problemas de peso saben que deberían consumir alimentos saludables, pero aun así no lo hacen o realizan actividades en contra de estas medidas, como lo reportado en un estudio realizado en pacientes con Hipertension arterial.

Ortiz Benavidez observan que la obesidad es el factor de riesgo más importante con Odds Ratio (OR) 2.36 %, determinada por Índice de Masa Corporal (IMC) y el alto consumo calórico.

Existe un alto porcentaje de pacientes con hipertensión más sobrepeso u obesidad en la población estudiada, en el estudio realizado por Gee y colaboradores los niveles de sobrepeso y obesidad llegan al 68%, mientras que la población con sobrepeso y obesidad del presente estudio es 80% (Gee, et al. 2012). El conocimiento al respecto del papel de la reducción de peso de la población hipertensa para el control de la hipertensión es bajo siendo del 19% lo que tiene una relación significativa importante en su adherencia. La reducción o control del peso estuvo presente en el 42%, cifras de estudios en Canadá como los de Gee y colaboradores (2012) reportaron que tan solo el 7% no redujo el peso. Neuter y colaboradores (2008) en otra población canadiense reportó que el porcentaje de pacientes con sobrepeso aumenta tras el diagnóstico en relación a pacientes control sin hipertensión con un OR absoluto de 3,0 y

esto es mayor en pacientes que consumen bloqueantes beta.

TABLA 12: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según práctica de ejercicio físico y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Practica de ejercicio	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Inadecuado	47	74,6	35	61,4	82	68,3
Adecuado	16	25,4	22	38,6	38	31,7
Total	63	100	57	100	120	100

Fuente: encuesta

Se observa en la tabla #12 que la población tiene una práctica de ejercicio inadecuadamente 68,3% predominante el sexo masculino 74,6% y solo 31,7% de población total tiene una práctica de ejercicio adecuadamente, entre ambos sexos se destaca el sexo masculino 38,6% Ver tabla 12

La práctica regular de ejercicio físico ayuda a corregir algunos factores predisponentes y/o agravantes de la HTA, por lo que su prescripción resulta beneficiosa en la prevención y/o tratamiento de la HTA, disminuyendo el riesgo cardiovascular y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Varios revisores expertos realizaron un estudio sobre comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial (2019) determinaron que el ejercicio físico continuado (entrenamiento físico) produce, por sí mismo, grandes beneficios cardiovasculares para la prevención cardiovascular primaria y secundaria.

Angel Vargas (2019) publicó un artículo sobre el Impacto de un programa de actividad física aeróbica en adultos mayores con hipertensión arterial determinó una condición física funcional dentro de la normalidad, con

predominio del género femenino (70%). Resultados que no se relacionan con nuestro estudio por que la actividad física fue inadecuada.

En Ecuador Morales Valdez (2018) realizo un estudio experimental aleatorio aplicado a pacientes con hipertension arterial y efectos con ejercicios aerobicos un grupo control realizo ejercicio aerobico supervisado y otro grupo experimental no supervisado. El análisis estadístico demostró una diferencia significativa en la disminución de la presión arterial $p=0,001$ mejorando la calidad de vida en las personas con hipertensión arterial en ambos grupos. La relación que tiene este articulo con nuestro estudio, son los mismos ejercicios aerobicos usados 3 veces por semana, 30 minutos al dia. Que determinan una mejor adherencia terapéutica no farmacológica en pacientes hipertensos.

En España Romero también confirma en su articulo publicado en (junio 2021) buen pronóstico en el tratamiento de la HTA mediante la práctica de ejercicio físico, siendo el ejercicio aeróbico la modalidad más prevalente en estas recomendaciones y en menor medida los ejercicios isométricos, de fuerza y resistencia.

Sin embargo respecto a los datos estadísticos de nuestro estudio sobre la actividad física inadecuada en relación a la no adherencia en el tratamiento no farmacológico, Quingeo, Ortiz (2018) publicó un artículo sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión que también se reportó una inadecuada actividad física, en este estudio se usaron 2 grupos una población con hipertensión arterial y otra sin hipertensión arterial y en ambos grupos se demostró que la actividad física de los habitantes de esa población fue inadecuada. (OR=0,20; IC95%:0; $p=0,040$).

TABLA 13: Distribución de pacientes hipertensos de 20 años y más según adherencia farmacológica y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Adherencia farmacológica	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
No adherente	35	55,6	36	63,2	71	59,2
Adherente	28	44,4	21	36,8	49	40,8
Total	63	100	57	100	120	100

Fuente: encuesta (test de Morisky, Green y Levine)

Como se observa en la tabla, predomina la población hipertensa no adherente con el 59,2% sexo masculino 63,2% seguido del sexo femenino 55,6%. Y el 40,6% es adherente predominando el sexo femenino 47,1%. Ver tabla 13 la escala permite detectar de forma simple, y a bajo costo, a personas que no son adherentes a su régimen de tratamiento medicamentoso.

En base a estos resultados con el trabajo de investigación de Gunsha Aguilar (2018) un 63% de la población hipertensa encuestada se encuentra parcialmente adherida al tratamiento, predominando el sexo masculino con un 64,4%; a pesar que se uso el test de martin-bayarre-grau se asemeja a nuestro estudio que también predomino el sexo masculino.

En Mexico, Luna Breceda realizo un estudio de “nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar” se tomó una población de 348 pacientes con hipertensión, de los cuales 32.47% (n=113) correspondía al sexo masculino y 67.53% (n=235) al sexo femenino. Con base en la escala de Morisky Green y levine, se encontró que 52.01% (n=181) contaba con adecuada adherencia terapéutica y 47.99% (n=167) no tenía adherencia terapéutica. Alrededor de

50% de la población con hipertensión no tenía un apego adecuado al tratamiento,

A diferencia del estudio realizado por Venntocilla en Perú 2020 sobre la “Adherencia farmacoterapéutica en pacientes hipertensos en el Centro Integral del Adulto Mayor de Santa Anita – Lima” donde revela que se obtuvo un 30 % de adherencia al tratamiento antihipertensivo con el test de Morisky-Green-Levine.

7. CONCLUSIONES

En la presente investigación el comportamiento de la variable edad predominó en los pacientes hipertensos de grupo de edades de 50 – 59 y 60 - 69 años; la edad es un factor de riesgo no modificable que podría ocasionar cambios en el organismo aumentando el riesgo de sufrir enfermedades.

Al analizar el sexo en la presente investigación predominó el sexo femenino, que por los cambios hormonales podría explicar la mayor prevalencia a hipertensión arterial.

El ingreso socioeconómico es adecuado a pesar de que las ocupaciones hubo un predominio en el sexo femenino de ama de casa, y el sexo masculino tienen cuenta propia; determinadas actividades laborales pueden aparecer a la aparición de incrementos de los valores de la presión arterial.

Se identificó los factores de riesgo presentes en la población de estudio de la no adherencia al tratamiento, se llegó a la conclusión que predominó la falta del apoyo familiar, casi nunca tuvieron cobertura a los medicamentos, pese a que si comprenden las indicaciones del médico y se tiene buena relación médico-paciente.

La población de estudio según su adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial determinó que la dieta es saludable, el consumo de sal es normal, pero predominó la inadecuada actividad física lo que predominó la población de estudio como no adherente al tratamiento no farmacológico.

Para caracterizar la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó el test de Morizky, Green y Levine que donde predominó los pacientes como no adherente al tratamiento farmacológico.

Razón por la cual la necesidad de educar a las personas que sufren de hipertensión arterial y a los familiares es indispensable, e incluso adoptar comportamientos saludables que propicien el mantenimiento de la salud potenciando de esta manera la adherencia terapéutica.

8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información sobre el incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas. [Internet].2015; [Citado 21 de enero 2020].8p Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
2. Martín Alfonso Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 dic [citado 2020 Ene 21]; 30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es
3. Bryan Williams, Giuseppe MG. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología 2019; Vol.72 160.el-160.e78
4. Neus Pagès-Puigdemont, M Isabel Valverde-Merino. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Revista Ars Pharmaceutica. 2018; 59(3): 163-172
5. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet].2015; [Citado 21 de enero 2020].8p Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
6. Rivera-Andrade, A., & Luna, M. A. (2014). Trends and heterogeneity of cardiovascular disease and risk factors across Latin American and Caribbean countries. *Progress in cardiovascular diseases*, diciembre de 2014; 57 (3): 276-85
7. Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
8. INEC. Datos esenciales de la salud. Una mirada a la década 2014 https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2014/COMPENDIO_ESTADISTICO_2014.pdf
9. Guevara Aristera K. Evaluación de la adherencia terapéuticas y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad el recuerdo. Universidad de Santiago de Guayaquil. 2018.
10. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas no transmisibles. Nota Descriptiva. Junio 2017 [Internet]. Washington DC: OMS; 2017 [citado 23 Ene 2018]. Disponible

en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/Accesso6jul2017>

11. Alfonso Príncipe JC, Salabert Tortoló I, Alfonso Salabert I, Morales Díaz M, García Cruz D, Acosta Bouso A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 Jul-Ago [citado: 10 Ago 2020];39(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2091/3570>
12. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019.(Internet). Disponible en: <http://salud.gob.ec>. Citado 15 junio del 2020
13. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G y col. 2013 ACC / AHA guideline on the Assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulación 2014; 129: S49.
14. Paolo Verdecchia, Fabio Angeli Séptimo informe del Joint National Committee para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: el armamento está a punto. Revista Española de Cardiología. 2019; Vol. 59 843-847. e9
15. Sociedad Española de Hipertensión Arterial. Guía española de Hipertensión Arterial [Internet]; 2005 [citado 12 mar 2013]. Disponible en: <http://www.sehlelha.org/guiahta05.htm>
16. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial [Internet]; 2018 [citado 12 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.revespcardiolog.es/guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791>
17. Guarín Loaiza GF, Pinilla Roa AF Adherencia al tratamiento no antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 4: 651-7
18. Pomares Avalos Ahmed, Vázquez Núñez Marian, Ruíz Domínguez Erika. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Ago 11]; 7(2): 81-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200003&lng=es.
19. Organización Mundial de la Salud 2003. Cinco dimensiones que interactúan sobre la adherencia terapéutica. Junio (internet) (citado 18 junio del 2020). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003>.

20. Martín Alfonso L, Bayarre Vea H, et. Col. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41 (1): 33-45
21. Ulices Luna, G Breceda. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Artículo de Rev Académica. Elsevier (internet)* 2017 (citado 22 junio del 2020) Vol 24 N3 pag 116 - 120 <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-nivel-adherencia-terapeutica-pacientes-con-S1405887117300408>
22. Jiménez Herrera Luis. Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. *Rev. costarric. salud pública [Internet]*. 2014 June [cited 2020 Aug 11] ; 23(1): 68-74. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292014000100012&lng=en.
23. Carhuallanqui Rolando, Diestra-Cabrera Gabriela, Tang-Herrera Jessica, Málaga Germán. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered [Internet]*. 2010 Oct [citado 2020 Ago 11]; 21(4): 197-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005&lng=es.
24. Katerina Guevara Aristega. Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad el recuerdo, año 2018. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. (citado 8 septiembre 2020)
25. C Peñaherrera Patiño. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la medicación antihipertensiva y la adherencia terapéutica en hipertensos ambulatorios en el hospital Luis Vernaza durante el 2016. Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Tesis de grado. 2016 <http://repositorio.uees.edu.ec/123456789/2738>
26. Salvador Vidal RJ, Chuiluiza Ramirez MA. Factores que Influyen sobre la Adherencia Terapéutica en la Hipertensión Arterial, Parroquia San Andrés. Universidad Técnica de Ambato. 2016 (citado 11 Ago 2020). <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24245>
27. PREVENCIÓN Y CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL LLEGA A BARRIOS RURALES DE ESMERALDAS. Ecuador [Internet]. [citado 8/09/2020] disponible en: <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/index.php/sala-de-prensa/846-prevencion-y-control-de-hipertension-arterial-llega-a-barrios-rurales-de-esmeraldas>

28. Dr. Alejandro M. Delucchi. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemio-lógicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) y Federación Argentina de Cardiología (FAC). el21 de junio de 2017 https://www.researchgate.net/publication/322732570_National_registry_of_hypertension_Epidemiological_characteristics_of_hypertension_in_argentina_the_renata-2_study
29. Encalada Torres. Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. Revista Latinoamericana de Hipertension. 2018. <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263335004/html/>
30. Zubeldía Lauzurica Lourdes, Quiles Izquierdo Joan, Mañes Vinuesa Jordi, Redón Más Josep. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2021 Ago 27]; 90: e40006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100406&lng=es. Epub 07-Jun-2021.
31. Vazquez F. Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y factores de riesgo cardiovasculares en trabajadores de una plaza de mercado de un municipio de Antioquia, Colombia, 2017-2018. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 20, 2021. [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/20%20\(2021\)/54566349010/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/20%20(2021)/54566349010/)
32. Becerra PEN, Villegas GC. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. Rev CONAMED. 2021;26(2):57-67. doi:10.35366/100348
33. S Quiroz. Asociación entre marcadores de posición social y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Colombia. Rev Chil Salud Pública 2020, Vol 24(1): 11-22 <https://iamr.uchile.cl/index.php/RCSP/issue/view/5432/Vol.%2024%20No.%201%20%282020%29>
34. Arrivillaga. Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. WHO (internet).2019 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9737?locale-attribute=es>
35. Elzubier, A. G., Husain, A. A., Suleiman, I. A., & Hamid, Z. A. (2020). Drug compliance among hypertensive patients in Kassala, eastern Sudan. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 6(1), 100–105.
36. Rodríguez-San-Pedro L, Alfonso-Hernández C, Valladares-González A, Pomares-Alfonso J, López-Angulo L. Estrés y emociones negativas

- en adultos medios con hipertensión arterial esencial. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2018 [citado 2021 Ago 27]; 8(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/484>
37. Pomares-Avalos A, Vázquez-Núñez M, Ruíz-Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Jul 25]; 7(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
 38. Mahmood, S., Hassan, S. Z., Tabraze, M., Khan, M. O., Javed, I., Ahmed, A., Siddiqui, O. M., Narmeen, M., Ahmed, M. J., Tariq, A., Patel, M. S., & Fatima, K. (2017). Prevalence and Predictors of Depression Amongst Hypertensive Individuals in Karachi, e1397. <https://doi.org/10.7759/cureus.1397>
 39. Bone Garcés. estilos de vida en afro-ecuatorianos, mestizos diagnosticados con hipertensión arterial en isla luis vargas torres. tesis de grado. Esmeraldas, 2017. <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1317/1/BONE%20GARC%c3%89S%20%20LETICIA%20BETSY.pdf>
 40. Rivera Ledesma E, Junco Arévalo JV, Flores Martínez M, Fornaris Hernández A, Ledesma Santiago RM, Afonso Pereda Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. *Rev cuba med gen integr* [Internet]. 2019 [citado 27 Ago 2021];, 35(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/807>
 41. Guevara A. Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad el recuerdo, año 2018. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12163?mode=full>
 42. Ríos-Blancas María Jesús, Cahuana-Hurtado Lucero, Lamadrid-Figueroa Héctor, Lozano Rafael. Cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos en México por entidad federativa. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Ago 27] ; 59(2): 154-164. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000200154&lng=es. <https://doi.org/10.21149/8195>.
 43. Espinoza-Marchan H, Alvarez-Risco A, Solís-Tarazona Z, Villegas-Chiguala J, Zavaleta-Calderón A, Astuvilca-Cupe J et al . Acceso a medicamentos en pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en Perú. *Rev. OFIL-ILAPHAR* [Internet]. 2021 [citado 2021 Ago 27] ; 31(1): 71-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-

- 714X2021000100015&lng=es. Epub 07-Jun-2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x20210001000015>.
44. Gunsha A. Factores relacionados en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos adultos mayores en dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. centro de salud santiago de guayaquil. año 2018. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12151/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-48.pdf>
 - 45.: Becerra PEN, Villegas GC. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. Rev CONAMED. 2021; 26(2): 57-67. <https://dx.doi.org/10.35366/100348>
 46. Martínez N. Asociación de apoyo social y actitud religiosa con adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar no. 47 de San Luis Potosí. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7341>
 47. Sagástegui S. Factores explicativos de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Estudio multivariado. Tesis 2019. https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15331/Sag%c3%a1steguiS%c3%a1nchez_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 48. Rivera Ledesma E, Junco Arévalo JV, Flores Martínez M, Fornaris Hernández A, Ledesma Santiago RM, Afonso Pereda Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. Rev cuba med gen integr [Internet]. 2019 [citado 27 Ago 2021];, 35(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/807>
 49. Hernández Vázquez. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Ana Betancourt" <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n1/mgi06114.pdf>
 50. Zunieska García Leal. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en el Consultorio Médico 24. 2019. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n4/rpr10413.pdf>
 51. Martínez Cabrera. Factores de riesgo en pacientes hipertensos en el Hospital Patacamaya, La Paz. 2019. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n5/rpr16515.pdf>
 52. Lorenzo Díaz José Carlos, Vitón Castillo Adrián Alejandro. Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Ago 27]; 42(3): 1960-1963. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000301960&lng=es. Epub 30-Jun-2020.

53. Failoc-Rojas. Asociación entre percepción de consumo de sal e hipertensión arterial en pobladores peruanos. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2019; 39(2):104-110. <https://revista.nutricion.org/PDF/FAILLOC.pdf>
54. Cobas Planchez. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 60 años. *Revista Electrónica Medimay* 2020 Oct-Dic; 27(4). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2020/cmh204d.pdf>
55. Ríos-Blancas María Jesús, Cahuana-Hurtado Lucero, Lamadrid-Figueroa Héctor, Lozano Rafael. Cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos en México por entidad federativa. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Ago 27] ; 59(2): 154-164. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000200154&lng=es. <https://doi.org/10.21149/8195>.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en conocer cómo se cumple el tratamiento médico en los pacientes hipertensos.

He recibido la información por el médico: Suany Lourdes Loor Borbor posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0930506753 y número de teléfono: 0989589490

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas sobre mis hábitos alimentarios, la práctica de ejercicios físicos y el cumplimiento del tratamiento para la hipertensión arterial.
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es 30 minutos.
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
7. Después de finalizada la investigación se me informará de los

resultados de la misma en general, si así lo deseo.

8. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
9. Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha.....

Anexo 2: Encuesta

Estimado(a). Estamos realizando una investigación sobre adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Le rogamos responder las siguientes interrogantes de la manera más veraz posible. Esta encuesta es anónima (no tiene que poner su nombre)

1. ¿Cuál es su edad?

_____ años

2. ¿Cuál es su sexo? Marque con un X

_____ Masculino

_____ Femenino

3. ¿Cuál es su estado civil? Marque con un X

_____ Soltero(a)

_____ Casado(a)

_____ Viudo(a)

_____ Divorciado(a)

_____ Unión libre.

4. ¿Cuál es el ingreso económico mensual de su familia en dólares?

5. ¿Cuántas personas viven de ese ingreso?

6. ¿Cuál fue su último grado escolar terminado?

7. ¿Cuál es su etnia? Marque con un X

- Indígena
- Afro ecuatoriano(a)
- Negro(a)
- Mulato(a)
- Montubio(a)
- Mestizo(a)
- Blanco(a)
- Otro

8. ¿Cuál es su ocupación? Marque con un X

- Empleado(a) público
- Empleado(a) privado
- Cuenta propia
- Ama de casa
- Trabajador(a) no remunerado(a)
- Estudiante
- Jubilado(a)
- Desempleado(a)
- Otra

9. ¿Cuándo le indican medicamentos para la hipertensión arterial, encuentra estos medicamentos en la farmacia del centro de salud?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

10. ¿Cuenta usted con apoyo de su familia para cumplir el tratamiento para la hipertensión arterial?

- Sí.
- No.

11. ¿Comprende usted las indicaciones que le da su médico para el tratamiento de la hipertensión arterial?

- Siempre.
- Casi siempre.
- Casi nunca.
- Nunca.

12. ¿Cómo diría usted que es su relación con su médico familiar?

- Buena
- Regular
- Mala

13. ¿Qué cantidad de sal se usa para cocinar sus alimentos al día?

- Ninguna
- Una cuchara pequeña al día.
- Más de una cuchara pequeña al día.

14. ¿Agrega usted sal a los alimentos una vez servidos a la mesa?

___ Sí.

___ No.

15. De los siguientes alimentos, diga ¿con qué frecuencia los consume?

Frutas:

___ Diariamente.

___ 3 veces por semana o más

___ Menos de 3 veces por semana.

___ Nunca

Legumbres y vegetales

___ Diariamente.

___ 3 veces por semana o más

___ Menos de 3 veces por semana.

___ Nunca

16. ¿Practica usted ejercicio físico?

___ No.

___ Menos de tres veces por semana.

___ Tres veces por semana o más.

17. ¿Qué tiempo de práctica de ejercicio físico?

___ No.

___ Menos de 30 minutos cada vez.

___ 30 minutos o más cada vez.

Anexo 3: Test de Morisky Green

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces? Marque con un X
 Sí.
 No.

2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?
 Sí.
 No.

3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?
 Sí.
 No.

4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?
 Sí.
 No.

5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?
 Sí.
 No.

6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?
 Sí.

____ No.

7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?

____ Sí.

____ No.

8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?

____ Nunca/raramente

____ De vez en cuando

____ A veces

____ Normalmente

____ Siempre

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Suany Lourdes Loor Borbor**, con C.C: # 0930506753 autor/a del trabajo de titulación: **Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con Hipertensión arterial en tres consultorios del Centro de salud de Pascuales. Año 2021.** 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, **20 de 11 de 2021**

f. _____

Nombre: **Suany Lourdes Loor Borbor**

C.C: **0930506753**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con Hipertensión arterial en tres consultorios del Centro de salud de Pascuales. Año 2021.	
AUTOR(ES)	Suany Lourdes, Loor Borbor.	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Yubel, Batista Pereda.	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud	
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria	
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS: 73
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión arterial, Adherencia farmacológica, Adherencia no farmacológica, Adultos.	
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: La hipertensión arterial (HTA) es un problema de Salud Pública de primera magnitud. Cada año muere alrededor de 9 millones de personas en el mundo. La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo se correlaciona con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, se incluyeron pacientes hipertensos de ambos sexos con edad de 20 años o más, asignados a seis consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021. Se utilizó el test de Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Resultados: La población hipertensa corresponde a 120 participantes, el grupo de edad de 50 y 59 años predominó con 42.5%, el sexo femenino predominó en esta categoría 25.8%. Predomina la no adherencia, con 59,2% del sexo masculino, 63,2%. Y el 40,8% son adherentes, en su mayoría mujeres, el 44,4%. Conclusiones: Se determinó a la población de estudio como no adherente al tratamiento no farmacológico. En el test de Morisky Green y Levine predominó la clasificación de los pacientes como no adherente.</p>	
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +5930930506753	E-mail: suanyloor@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Francisco Landivar Varas	
	Teléfono: +593-43804600 ext: 1830- 1811	
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		