



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA

**LA NO ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDIERON A CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL PERIODO
2015**

AUTOR

BURGOS CHANG MARIA GABRIELA

**Trabajo de Titulación
Previo a la Obtención del Título de:
MEDICO**

TUTOR:

VASQUEZ, DIEGO

**Guayaquil, Ecuador
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **MARIA GABRIELA BURGOS CHANG**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **MEDICO**.

TUTOR (A)

OPONENTE

DIEGO VASQUEZ

RODRIGO BRIONES

(Nombres, apellidos)

(Nombres, apellidos)

**DECANO(A)/
DIRECTOR(A) DE CARRERA**

**COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA**

(Nombres, apellidos)

(Nombres, apellidos)

Guayaquil, a los del mes de OCTUBRE del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MARIA GABRIELA BURGOS CHANG**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación LA NO ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDIERON A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL PERIODO 2015, previo a la obtención del Título **de** MEDICO, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, 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 Titulación referido.

Guayaquil, a los del mes de OCTUBRE del año 2015

EL AUTOR (A)

MARIA GABRIELA BURGOS CHANG



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **MARIA GABRIELA BURGOS CHANG**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: LA NO ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDIERON A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL PERIODO 2015, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los del mes de OCTUBRE del año 2015

LA AUTORA:

MARIA GABRIELA BURGOS CHANG

AGRADECIMIENTO

DIOS SIEMPRE SE LLEVA EL PRIMER LUGAR EN AGRADECIMIENTO, SINO FUERA POR QUE EL SUSTENTA MIS PASOS Y ME DA LA FORTALEZA NECESARIA PARA AVANZAR, NO PODRIA ESTAR CULMINANDO MI CARRERA, TAMBIEN QUIERO AGRADECER A MIS PADRES Y HERMANA QUE EN TODO MOMENTO FUERON UN APOYO FUNDAMENTAL EN EL PROCESO FORMATIVO DE MI ESPECIALIZACION.

MARIA GABRIELA BURGOS CHANG

DEDICATORIA

QUIERO DEDICAR ESTE TRABAJO A MI FAMILIA, ELLOS SON LA BASE DE MI FORTALEZA Y ESPERANZA PARA SEGUIR AVANZANDO, SON ELLOS LOS QUE ESTUVIERON AL PIE DE LA BATALLA PARA PODER CONTINUAR, Y CULMINAR CON ÉXITO ESTE PROYECTO.

QUIERO HACER UNA MENCION ESPECIAL DECICANDO ESTE PROYECTO A LOS JOVENES ECUATORIANOS, DEMOSTRANDO QUE CON PERSEVERANCIA, FE Y ENTREGA Y DE LA MANO DE DIOS PODEMOS CUMPLIR NUESTRAS METAS.

MARIA GABRIELA BURGOS CHANG

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
(Se colocan los espacios necesarios)

(NOMBRES Y APELLIDOS)
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

(NOMBRES Y APELLIDOS)
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

(NOMBRES Y APELLIDOS)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

(NOMBRES Y APELLIDOS)
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

(NOMBRES Y APELLIDOS)
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

(NOMBRES Y APELLIDOS)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

| | |
|-----------------------------|----|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I | |
| MARCO TEORICO | 2 |
| CLASIFICACION | 3 |
| TRATAMIENTO | 5 |
| CAPITULO II | |
| ADHERENCIA TERAPEUTICA | 6 |
| CAPITULO III | |
| HISTORIA DEL HOSPITAL NAVAL | 8 |
| CAPITULO IV | |
| METODOLOGIA | 9 |
| RESULTADOS | 12 |
| CONCLUSIONES | 16 |
| RECOMENDACIONES | 17 |
| BIBLIOGRAFIA | 18 |
| ANEXO 1 | 21 |

RESUMEN

La hipertensión arterial actualmente ocupa los diez primeros lugares de causas de defunción en Latinoamérica, el pobre cumplimiento del tratamiento farmacológico es hoy en día un problema global, por lo que se revisaron diferentes bibliografías que revelan la prevalencia de la hipertensión arterial y el no cumplimiento de su tratamiento. **Objetivo:** determinar el no cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del hospital naval de Guayaquil. **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo en el que se entrevistó a 113 pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Naval utilizando cuestionario de Martin_Bayerre-Grau para determinar el no cumplimiento terapéutico. **Resultados:** según nuestra base de datos recolectada tuvimos 41.59% toma la medicación en el horario adecuado. **Conclusiones:** el no cumplimiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial fue al significativo.

Palabras Claves: Hipertensión, Cumplimiento, Tratamiento, Paciente, Factores, Enfermedad

ABSTRACT

The currently hypertension occupies the top ten places of causes of death in latin america, poor medication compliance is today World Problem UN As reviewed various bibliographies that reveal the prevalence of hypertension and not Do treatment compliance. Objective: To determine compliance with the Non-drug treatment in hypertensive patients in the Naval Hospital in Guayaquil. Methods and Materials: UN descriptive study that interviewed 113 patients treated at outpatient Naval Hospital Questionnaire Martin_Bayerre using para-Grau Determine the no adherence was performed. Results: According Nuestra Database had collected 41.59% taking medication at the right time. Conclusions: The non-pharmacological compliance in patients with hypertension was the significant

Keywords: Hypertension, Compliance, Treatment, Patient Factors, Disease

INTRODUCCIÓN

Según últimas cifras que revela el INEC, en su anuario de nacimiento y defunciones del 2013, la enfermedad hipertensiva es la segunda causa de muerte en nuestro país registrando alrededor de 4.189 muertes, ocupa la tercera causa de muertes en hombres, y la segunda causa de muerte en mujeres de nuestro país, de ahí la relevancia del diagnóstico y tratamiento de esta patología que genera estragos sociales, biológicos, psicológicos, económicos y médicos.²²

La hipertensión arterial a través de los años ha sido una de las enfermedades más estudiada y cada vez sigue siendo un gran reto para la medicina moderna, aunque actualmente tenemos a la mano medicamentos de última generación, la efectividad del tratamiento se ve influenciado por el cumplimiento o no del mismo, que según la OMS, considera que el no cumplimiento es un tema de suma relevancia que debe ser tratado con responsabilidad por los sistemas de salud pública por los efectos secundarios y nocivos tanto en la esfera sanitaria, laboral y del propio paciente.¹¹

A lo largo de últimos años se han realizado múltiples estudios y estrategias para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, se han empleado múltiples herramientas para educar, incentivar, ayudar, asistir, y promover la importancia de la consistencia en la terapéutica de la hipertensión arterial, a pesar de todos los métodos empleados en la actualidad el cumplimiento terapéutico sigue siendo un verdadero desafío.¹²

Esto es un problema que no solo afecta nuestro país, en Latinoamérica se ha publicado diversos estudios que muestran el poco cumplimiento terapéutico, en Argentina se realizó un estudio sobre adherencia al tratamiento hipertensivo, revela que el 51,9% no cumple con la terapéutica.⁸

Este es un tema de suma relevancia que debe ser considerado como prioridad en la salud pública, razón por la cual la siguiente investigación interpreta los factores asociados al cumplimiento o no en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es un gran problema de salud pública con una gran incidencia a nivel global, frecuente en la población adulta, es una patología que trae consigo muchas repercusiones en diversas esferas médico, biológico, sociales, económicas, se ha convertido a lo largo del tiempo en una pandemia silenciosa con trastornos micro y macro vasculares.¹⁸

Alrededor del 20% de la población mundial padece de hipertensión arterial y según estadísticas y estudios revelan que solo entre el 3 y 34 % llevan un adecuado control y manejo de su patología.⁷

Los estudios e investigaciones sobre el cumplimiento farmacológico son deficientes, poco alentadoras, se plantea que la prevalencia en el no cumplimiento esta alrededor del 40%.⁸

Según la ONU, la hipertensión arterial es una patología universal que afecta a cualquier estrato social, indica que por lo menos uno de cada cinco personas adultas va a tener la presión arterial elevada y que sus complicaciones causan al menos 9,4 millones de decesos anualmente en el planeta.²⁴

En el 2012 la ONU, redacto un informe en el cual señala que entre 1980 y 2008 globalmente se aumentó considerablemente el nivel de obesidad, siendo América quien se lleva el primer lugar en personas obesas, eso representa el 28% de sus adultos.²⁴

Según un artículo del centro de Investigación en Nutrición y Salud Publica de México publicado en el 2013, la hipertensión arterial tuvo una prevalencia del 37% de los adultos mexicanos.³

En Sudamérica la hipertensión arterial tiene una prevalencia entre adultos oscila alrededor de 14% y 42%.⁵ La Organización Panamericana de Salud indica que Colombia tiene una prevalencia de 12,6% de hipertensos mayores de 15 años.⁵

En Ecuador según cifras del INEC, en su anuario de nacimiento y defunciones del 2013, la enfermedad hipertensiva es la segunda causa de muerte en nuestro país registrando alrededor de 4.189 muertes, ocupa la tercera causa de muertes en hombres, y la segunda causa de muerte en mujeres de nuestro país.²²

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como cardiopatía isquémica, eventos cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, que actualmente representan las primeras causas de muerte tanto en países de primer mundo con algunos de los países en desarrollo, la coexistencia de hipertensión arterial con patologías como diabetes mellitus, obesidad, añadido a hábitos como tabaquismo, sedentarismo, duplican el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y si sumamos a esto, el pobre control en el cumplimiento del tratamiento potenciamos la incidencia de padecer complicaciones cardiovasculares y renales.⁴

El correcto control de la presión arterial disminuye la aparición de eventos cerebrovasculares 40%, infarto de miocardio 25%, e insuficiencia cardiaca 50%.¹

CLASIFICACION

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica¹⁸, de atención primaria, con múltiples efectos sistémicos, según la última revisión de the Eighth Joint National Committee (JNC 8) 2014, podemos considerar a un paciente hipertensos según la siguiente clasificación (TABLA 1).²³

Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre las cifras meta de presión arterial

| Grupo poblacional | Inicio de terapia farmacológica antihipertensiva | Cifra meta de presión arterial | Grado de recomendación |
|---|--|--------------------------------|---|
| Población general, ≥ 60 años | PA $\geq 150/90$ mm Hg | < 150/90 mm Hg | Fuerte, grado A |
| Población general, < 60 años | PAD ≥ 90 mm Hg | PAD < 90 mm Hg | Fuerte, grado A para edades entre 30 y 59 años Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años |
| Población general, < 60 años | PAS ≥ 140 mm Hg | PAS < 140 mm Hg | Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años |
| Población general, ≥ 18 años, con enfermedad renal crónica | PA $\geq 140/90$ mm Hg | < 140/90 mm Hg | Opinión de expertos, grado E |
| Población general, ≥ 18 años, con diabetes | PA $\geq 140/90$ mm Hg | < 140/90 mm Hg | Opinión de expertos, grado E |

TABLA 1. FUENTE: GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN LOS ADULTOS 2014 (JNC 8), PAG 7

Esta guía nos indica que se puede iniciar la farmacoterapia cuando la PA sea mayor o igual a 150/ 90mmHg, en población mayor de 60 años, es un grado fuerte de recomendación. Como generalidad la recomendación fuerte para edades comprendidas entre 30 y 59 años la PAD debe ser menor o igual a 90mmHg. Para iniciar tratamiento, en población que sea mayor o igual a 18 años con patología asociada la guía indica que se va a iniciar farmacoterapia con una presión arterial mayor o igual a 140/90mmHg.

Actualmente existen múltiples sociedades cardiológicas alrededor del mundo que manejan sus propias clasificaciones pero si en algo se asimilan es que la presión arterial por encima de 140/90mmHg, debe ser tratada farmacológicamente.

En el 2013 la Sociedad Europea de Hipertension junto a la Sociedad Europea de Cardiología, establecieron la guía practica para el manejo de la hipertension arterial concluyendo la siguiente clasificacion que no hace distincion entre edades (TABLA 2):²

Definiciones y clasificación de las cifras de presión arterial en consulta (mmHg)*

| Categoría | Sistólica | | Diastólica |
|-----------------------|------------------|-----|-------------------|
| Óptima | < 120 | y | < 80 |
| Normal | 120-129 | y/o | 80-84 |
| Normal alta | 130-139 | y/o | 85-89 |
| HTA de grado 1 | 140-159 | y/o | 90-99 |
| HTA de grado 2 | 160-179 | y/o | 100-109 |
| HTA de grado 3 | ≥ 180 | y/o | ≥ 110 |
| HTA sistólica aislada | ≥ 140 | y | < 90 |

HTA: hipertensión arterial.

*La categoría se define por el valor más alto de presión arterial, ya sea sistólica o diastólica. La HTA sistólica aislada debe clasificarse en grados 1, 2 o 3 según los valores de presión arterial sistólica en los intervalos indicados.

TABLA 2 FUENTE: Guía practica para el manejo de la hipertensión arterial Sociedad Europea de Hipertension junto a la Sociedad Europea de Cardiología, 2013, PAG 5.

TRATAMIENTO

Miembros the Eighth Joint National Committe (JNC8) concluyo en la recomendación 6, en el 2014 que un tratamiento inicial debe estar compuesto por diurético tipo tiazida, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueador de canales de calcio (BBC) o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARA), las recomendación por el panel indica que las drogas antes mencionadas tienen iguales efectos con relación a las complicaciones cardiovasculares y renales, se demostró que el tratamiento con tiazida es más efectivo que con un IECA, a su vez el IECA mejoro los resultados del fallo cardiaco, no quedo recomendado como tratamiento inicial el uso de beta-bloqueadores al igual que los alfa-adrenérgicos, porque en los primeros resultado en un aumento de tasa de muertes cardiovasculares, infarto del miocardio o eventos cerebrovasculares frente al uso de ARA y los segundos resultado en peores resultados cerebrovasculares, y cardiovasculares, en la tabla 3 veremos un resumen de la recomendación JNC 8 sobre la elección del fármaco antihipertensivo(TABLA 3).²³

Recomendación JNC 8 sobre la elección del fármaco antihipertensivo

| Grupo poblacional | Terapia farmacológica antihipertensiva inicial | Grado de recomendación |
|---|--|---|
| Población general, no negros, incluidos los diabéticos | Diurético tipo tiazida, BCC, IECA o ARA | Moderada, grado B |
| Población general de negros, incluidos los diabéticos | Debe incluir una tiazida o un BCC | Moderada, grado B, para la población negra en general. Débil, grado C para los negros con diabetes |
| Población ≥ 18 años con enfermedad renal crónica e hipertensión | Debe incluir un IECA o un ARA para mejorar los eventos renales | Moderada, grado B |

TABLA 3 FUENTE: GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN LOS ADULTOS 2014 (JNC 8), PAG 7

La efectividad del tratamiento no depende solamente de la correcta elección farmacológica sino también depende de la colaboración del paciente.⁵

CAPITULO II

ADHERENCIA TERAPEUTICA

El no cumplimiento de la terapéutica representa un asunto global ya que esta afectara directamente a los resultados terapéuticos en enfermedades crónicas e indirectamente tendrá impacto en el sistema de salud público.⁴

Es así que podemos enumerar varios factores que contribuyen al pobre cumplimiento del tratamiento terapéutico de la hipertensión arterial, no solo en nuestro país o en Latinoamérica sino en todo el mundo, siendo los principales agentes, el paciente, el médico y el sistema de salud público.⁶

La palabra “cumplimiento” define el nivel en que el paciente sigue las sugerencias del profesional de salud.¹¹

En términos generales el cumplimiento terapéutico abarca varias esferas que no implican solamente si tomo o no su medicación, sino también la manera de administrarse, con respecto al horario, frecuencia, duración, dosis.⁴ El correcto cumplimiento está basado en que el paciente además de la toma adecuada de la medicación innove en su estilo de vida, adopte cambios saludables en su alimentación y siga correctamente las indicaciones del médico es el conjunto de estas, que ayudara a tener una elevada efectividad del tratamiento.⁵

Dentro de los factores que pueden influenciar a un correcto cumplimiento del tratamiento, se dice uno de los ellos están en relación a la enfermedad, porque si se presenta de manera asintomática o con síntomas intermitentes, hay la probabilidad que el paciente decida solo tomarla en presencia de síntomas, o que al ser diagnosticado y no tener síntomas, optar por remedios caseros, con el temor no hacerse dependiente de algún medicamento, es aquí donde influye otro factor como son sus creencias, aspectos culturales, edad la relacionamos con el dos extremos, dependiendo del tipo de actividad que desempeña, algunos pacientes alegan que no tienen tiempo para tomar la medicación, otros les cuesta recordar la hora de la medicación, no está a su alcance una dieta balanceada por su trabajo y menos realizar una actividad física ya sea por falta de tiempo o porque no les gusta, el género, nivel de instrucción el cual es significativo ya que al no tener un entendimiento absoluto de la patología desconoce las consecuencias agudas y crónicas de la misma y no toma conciencia de como esto puede afectar su calidad de vida, su entorno social, laboral, económico e incluso familiar, el estado civil, la importancia de su esfera familiar, y autoestima, estos en conjunto estudios revelan que si el paciente

tiene apoyo familiar ahí mejores resultados en la adherencia terapéutica, en comparación a un paciente que carece de apoyo familiar.⁶

Otro factor clave es la relación médico- paciente la cual debe ser favorable ya que si existe una buena comunicación y alianza va a resultar un punto clave para la adherencia al tratamiento.⁵

Para la valoración de cumplimiento terapéutico podemos utilizar varios cuestionarios como: test de Batalla que consta de 3 ítems, este analiza el grado de conocimiento basándose en que mayor conocimiento mayor adherencia al tratamiento, tenemos en cuestionario de Morisky-Green, este consta de 4 ítems aborda la paciente asimilando que según su comportamiento es su cumplimiento, existe también otro cuestionario el de Martin-Bayarre-Grau que evalúa por medio de 12 ítems el cumplimiento del paciente, la implicación personal y la relación médico-paciente, y es el cuestionario que hemos elegido para la realización de esta investigación.⁸

CAPITULO III

RESEÑA HISTORICA HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL

El hospital Naval de Guayaquil tiene una amplia historia desde sus inicios, desde el año 1931 cuando el General Juan José Flores emitió un decreto para la creación del cuerpo médico militar, la creación esta entidad nace desde la historia de las fuerzas armadas en su necesidad de brindar a su personal atención especializada, preventiva, curativa, paliativa. A partir de ese momento el hospital naval ha pasado por una serie de procesos que han tenido como protagonista al estado, en el año 1948 se deroga el decreto de ley que le permitía estar en funcionamiento y dar servicio de consulta externa y brindar medicamentos, en ese entonces estaban ubicados Malecón Simón Bolívar, después de ese obstáculo un año más tarde restablecen sus derechos añadiéndose servicios de hospitalización y servicios a domicilio, En 1966 realizan en la base de Salinas, el primer curso de militarización para médicos y odontólogos.

Desde aquellos días hasta la actualidad el hospital ha tenido una evolución extraordinaria, desde 1968 cuando se puso la primera piedra para el policlínico en la base naval sur hasta la construcción de un edificio de 7 pisos que consta con alrededor de 131 camas, los 7 niveles se reparten en: 4 de ellos correspondiendo a hospitalización, 3 pisos para áreas administrativas y docencia, planta baja para servicios de consulta externa y áreas administrativas además podemos contar con 3 bloques que brindan consulta de especialización médica, actualmente este hospital pertenece a la red de salud del Ministerio de Salud Pública y brinda atención para pacientes del ministerio o con el convenio del IESS, según estadísticas del HOSNAG atiende aproximadamente 102.497 pacientes en el 2013 y 97.949 en el año 2014, en el área de consulta externa se atiende alrededor de 2417 paciente en el año, por lo que es conveniente una recolección de muestra en esta casa de salud

CAPITULO IV

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo, transversal, usando el cuestionario MBG (Martin_Bayerre-Grau) para la evaluación de la adherencia terapéutica.

Además recolectamos datos sobre edad y sexo para tener una más amplia visión de la muestra, los datos obtenidos permitieron realizar una base de datos.

El estudio es descriptivo, ya que, se caracteriza el comportamiento en la toma de la medicación y establecerá una relación con las variables de esta.

De tipo transversal porque es una observación sin seguimiento, en un momento del tiempo determinándose los efectos.

SELECCIÓN DE TERRITORIO

Se realizó entrevista a 113 pacientes que acudieron a consulta externa del Hospital Naval de Guayaquil, se les explico de manera breve el tema en estudio, sus objetivos principales y la importancia de su cooperación, así los entrevistados reunían las características necesarias para un correcto análisis.

Por razones geográficas, económicas y técnicas se optó por realizar un muestreo de forma aleatoria de la población ya mencionada.

Criterios de Inclusión

- Tener diagnosticado de hipertensión arterial
- Los pacientes debían tener un tratamiento antihipertensivo establecido por un profesional de la salud
- Tener entre 25 y 75 años
- Estar en el área donde se recolectan las muestras
- Disposición al ser entrevistado

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnósticos psiquiátricos
- Pacientes que no acudieron al Hospital Naval de Guayaquil
- Negarse a la participación de la entrevista
- Mujeres embarazadas

Para la realización de la base de datos se utilizaron las siguientes variables:

| VARIABLES | TIPO DE VARIABLE | UNIDAD DE MEDICION |
|--|------------------------|----------------------------------|
| Sexo | CUALITATIVA NOMINAL | H (1) M (2) |
| Edad | CUANTITATIVA | AÑOS |
| Cuestionario de Martin_Bayerre-Grau | CUALITATIVA | TOTAL, PARCIAL O NO ADHERENTE |

CUADRO DE VARIABLES DEL ESTUDIO

Como parte de la entrevista tenemos el cuestionario de Martin-Bayerre-Grau, consta de 12 preguntas que conforman la definición operacional de adherencia terapéutica, cada pregunta tiene 5 opciones que de mayor a menor, tienen la característica de definir si la respuesta a los ítems es, siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca, el entrevistado puede seleccionar la respuesta que mejor define su condición.⁸

Componentes de la adherencia

El cuestionario MBG (Martin_Bayerre-Grau) empleado en este estudio nos ayuda a identificar la adherencia al tratamiento, se divide en los siguientes niveles:⁸

- a. Implicación personal; búsqueda por parte del paciente para cumplir con el tratamiento: ítems 5, 6, 8, 9, 10.
- b. Relacional; se trata de la relación médico-paciente, cuyo objetivo es garantizar el cumplimiento terapéutico por medio de estrategias ítems 7, 11, 12.

- c. Cumplimiento del tratamiento; que la persona siga las indicaciones que da el medico: ítems 1, 2, 3, 4.

Se consideraron ítems de bajos resultados aquellos que obtuvieron valores medios inferiores a 2, con resultados intermedios los que alcanzaron valores medios entre 2 y 3 y de mejores resultados los que lograron valores medios superiores a 3.⁸

Niveles de la adherencia

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones de la totalidad de puntos obtenidos por cada paciente, considerando como ADHERIDOS TOTALES de 38 a 48 puntos, ADHERIDOS PARCIALES 18 a 37 puntos y NO ADHERIDOS de 0 a 17 puntos.

| | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | A VECES | CASI NUNCA | NUNCA |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
| 1.- TOMA MEDICAMENTOS EN EL HORARIO ESTABLECIDO | | | | | |
| 2.-TOMA LAS DOSIS INDICADAS | | | | | |
| 3.-CUMPLE INDICACIONES DE LA DIETA | | | | | |
| 4.-ASISTE A LAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO | | | | | |
| 5.-REALIZA LOS EJERCICIOS FISICOS INDICADOS | | | | | |
| 6.-ACOMODA SUS HORARIOS DE MEDICACION | | | | | |
| 7.-USTED Y SU MEDICO, DECIDEN DE MANERA CONJUNTA EL TRATAMIENTO A SEGUIR | | | | | |
| 8.-CUMPLE SIN SUPERVISION DE SU FAMILIA O AMIGOS | | | | | |
| 9.-LEVA EL TRATAMIENTO SIN GRANDES ESFUERZOS | | | | | |
| 10.-UTILIZA RECORDATORIOS QUE FACILITEN LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO | | | | | |
| 11.-USTED Y SU MEDICO, ANALIZAN COMO CUMPLIR EL TRATAMIENTO | | | | | |
| 12.-TIENE LA POSIBILIDAD DE MANIFESTAR ACEPTACION DEL TRATAMIENTO | | | | | |

Cuestionario de Martin_Bayerre-Grau

La ficha completa para la recolección de datos la observamos en anexo 1. Una vez recolectada la muestra esta fue incorporada al programa Microsoft Excel 2010, para realizar una base de datos, para las tablas y análisis estadísticos de codifico la base de datos en el programa SPSS 20. Las variables cualitativas se midieron mediante frecuencias absolutas y relativas, en tanto que para las variables cuantitativas se realizaron estimaciones puntuales y por intervalos de confianza de 95%

Resultados

En nuestro estudio según la edad el mayor porcentaje de entrevistados con hipertensión se encuentra entre los 46 y 60 años de edad, así mismo podemos mencionar que el sexo masculino tiene mayor número de hipertensos 76.11% mientras que las mujeres hipertensas tuvimos un 23.89%, pero este valor está delimitado por que la encuesta se realizó en un hospital militar donde su población mayoritariamente es masculina.

| EDAD | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------------|--------|------------|
| 25 - 45 | 17 | 15,04% |
| 46 - 60 | 64 | 56,64% |
| 61 - 75 | 17 | 15,04% |
| mayor de 75 | 15 | 13,27% |
| | 113 | |

TABLA 1 DISTRIBUCION SEGÚN LA EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS

| SEXO | NUMERO | PORCENTAJE |
|-----------|--------|------------|
| Femenino | 27 | 23,89% |
| Masculino | 86 | 76,11% |
| | 113 | |

TABLA 2 DISTRIBUCION DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO

Obtuvimos resultados que no permiten apreciar una adherencia parcial al tratamiento del 78,7611% y una adherencia total con 21,2389%,(GRAFICO 1) también observamos, que según el sexo femenino obtuvimos una adherencia parcial de 15,9292% y una adherencia total de 7,9646%, según el género masculino la adherencia parcial fue de 62,8319% y adherencia total de 13,2743%.(GRAFICO 2)

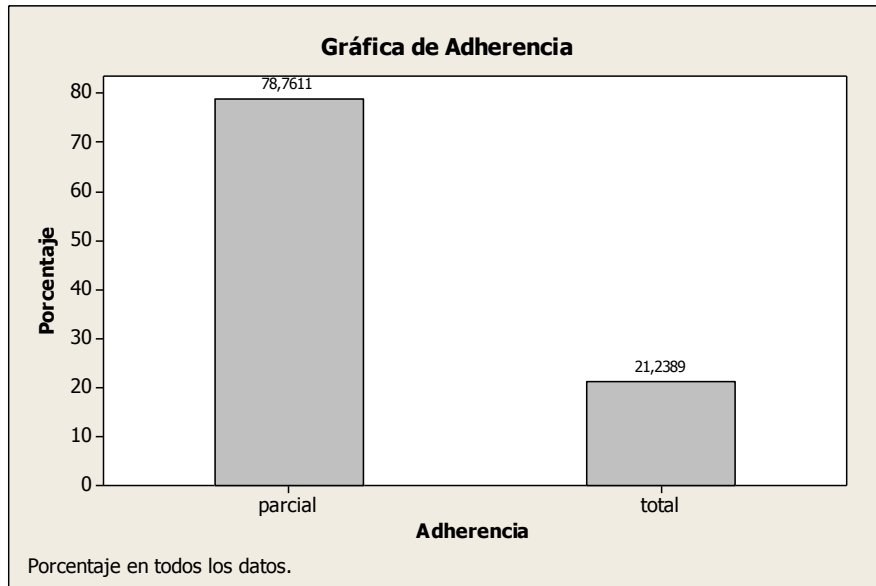


GRAFICO 1 NIVELES DE ADHERENCIA

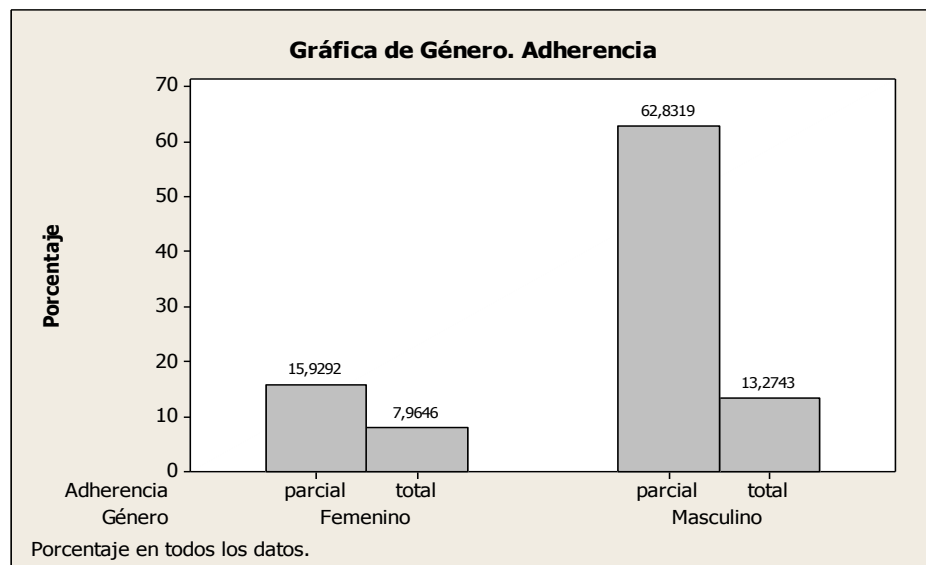


GRAFICO 2 NIVELES DE ADHERENCIA SEGÚN EL SEXO

| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|--------|--------|--------|---|
| 1. Toma medicamentos en el horario establecido | | | | 41,59% | |
| 2. Toma las dosis indicadas | | | | 29,20% | |
| 3. Cumple indicaciones de la dieta | | | 38,05% | | |
| 4. Asiste a las consultas de seguimiento | | | 44,25% | | |
| 5. Realiza los ejercicios físicos indicados | | 31,86% | | | |
| 6. Acomoda sus horarios de medicación | | | 36,28% | | |
| 7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir | | | 37,17% | | |
| 8. Cumple sin supervisión de su familia o amigos | | | | 41,59% | |
| 9. Lleva el tratamiento sin esfuerzos | | | 39,82% | | |
| 10. Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento | | 36,28% | | | |
| 11. Usted y su médico, analizan como cumplir con el tratamiento | | | 33,63% | | |
| 12. Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento | | | 34,51% | | |

TABLA 3 PORCENTAJE SEGÚN LA FRECUENCIA

Según la base de datos observamos que dentro de los cuatro primeros ítems que valoran el cumplimiento terapéutico los mayores porcentajes nos indican que a veces los pacientes suelen ser cumplidos con su el horario, con sus dosis, indicaciones y por lo tanto a veces asisten a las consultas de seguimiento, esta son cifras que en comparación con otros estudios nos revelan que existe una poca adherencia al tratamiento.

Los ítems 5, 6, 8, 9, 10, valoran la participación personal del paciente en su tratamiento cuyo resultado nos indica que 31.86% casi siempre realizar los ejercicios físicos indicados, y un valor de 41.59% dice que cumplen su tratamiento sin supervisión de familia o amigos, tenemos que un 36,28% utilizan recordatorios para su tratamiento.

El ítem 7 nos ayuda a concluir que solo a veces los pacientes manejan su tratamiento en conjunto con el médico, eso también se ve reflejado en el ítem 11 y 12 cuyos resultados son similares 33,63% y 34,51% respectivamente

| | Valor Promedio | intervalo del confianza del 95% |
|--|----------------|---------------------------------|
| 1. Toma medicamentos en el horario establecido | 2,73 | 2,512 - 2,939 |
| 2. Toma las dosis indicadas | 3,46 | 3,249 - 3,672 |
| 3. Cumple indicaciones de la dieta | 3,04 | 2,8606 - 3,2279 |
| 4. Asiste a las consultas de seguimiento | 2,31 | 2,1335 - 2,4860 |
| 5. Realiza los ejercicios físicos indicados | 2,74 | 2,515 - 2,971 |
| 6. Acomoda sus horarios de medicación | 2,54 | 2,3517 - 2,7279 |
| 7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir | 2,63 | 2,4572 - 2,7994 |
| 8. Cumple sin supervisión de su familia o amigos | 3,65 | 3,4827 - 3,8270 |
| 9. Lleva el tratamiento sin esfuerzos | 3,03 | 2,8394 - 3,2137 |
| 10. Utiliza recordatorios que facilitan el tratamiento | 2,43 | 2,215 - 2,652 |
| 11. Usted y su médico, analizan como cumplir con el tratamiento | 3,40 | 2,8364 - 3,1990 |
| 12. Tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento | 3,02 | 2,6696 - 3,0296 |

TABLA 4. VALORES MEDIOS E INTERVALOS DE CONFIANZA POR ITEMS DEL CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA. HOSNAG. 2015

En cuanto al cumplimiento del tratamiento, los ítems con valores promedios bajos menor a 2, no obtuvimos, se observó niveles intermedios para la toma de medicación en el horario correcto con 2,73% y en asistir a las consultas de seguimiento 2,31% y los que tuvieron mejores resultados son para la dosis indicada en 3,46% y las indicaciones en la dieta con 3,04%. Si observamos los valores de los ítems 7, 11 y 12 que evalúan la relación médico- paciente y como esta contribuye a la adherencia obtuvimos un valor intermedio de 2,63% al momento de tomar la decisión conjunta al escoger tratamiento con el médico, y

con mejores resultados 3,40% para analizar el tratamiento y 3,02% si tiene la posibilidad de manifestar aceptación del tratamiento.

CONCLUSIONES

Con nuestra base de datos recolectados, podemos concluir que el cumplimiento del tratamiento hipertensivo es difícil, la alta prevalencia de la hipertensión sumando a un déficit en la adhesión al tratamiento es lo que debería motivar a emplear estrategias que modifiquen esta problemática y así ayudaran a disminuir morbi-mortalidad de nuestra población.

Nuestros resultados revelaron una adherencia parcial en un 78,76% y una adherencia total de 21,23%, en comparación con un estudio realizado en Cuba, publicado en el 2015,⁸ donde se estableció que solo la mitad de los pacientes están adheridos de manera total al tratamiento indicado, tenemos resultados similares

En el análisis de cada pregunta, vemos que la toma del medicamento casi nunca es en el horario correcto pues tenemos un valor de 41.59%. La dieta que es un factor importante en el tratamiento obtuvo un 38,05%, de que significa que de los encuestados cumple a veces con el régimen alimentario, esto puede deberse es que nuestra cultura es muy sedentaria y consume una dieta rica en carbohidratos y azúcares simples.

El componente favorecido es el que tiene que ver con la realización de ejercicio físico obteniendo un valor alto, 31.86%, probablemente esto se deba a que es un hospital militar donde el ejercicio desde sus inicio no ha sido una opción sino una obligación.

Tenemos en un porcentaje que la relación médico-paciente evaluada con los ítems 7, 11, 12 representa alrededor de un 33, 34, y 37% lo que nos indica que es un ámbito que tenemos que mejorar y emplear estrategias para tener una relación más confiable y así contribuir con la eficacia del cumplimiento terapéutico

Para finalizar cabe indicar que existen pocas publicaciones reconocidas que hayan utilizado este cuestionario de MBG, a excepción de la publicación cubana que es la que se utilizó para comparar resultados que en

RECOMENDACIONES

la hipertensión arterial es un pandemia silenciosa actualmente existes diversos test o cuestionarios que nos permitan conocer el nivel de adherencia terapéutica de una población, la utilización de estos, nos muestra, una diversa información que pretende darnos una visión ampliada de lo que sucede en nuestra comunidad con respecto a la patología, sea cualquier método el que vayamos a emplear, para medir esta problemática, debemos tener presente que, a nivel mundial las cifras son preocupantes, no es un tema que pueda ser tomado a la ligera, sino más bien un tema que debe ser considerado por nuestro sistema de Salud Pública como un tema urgente a tratarse, ya que si mejora la efectividad en la adherencia del tratamiento, contribuiremos a evitar las tan temidas complicaciones que pueden impactar en la calidad de vida del paciente incluso llegar hasta la muerte del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marin, M. J., Fábregues, G., Rodríguez, P. D., Díaz, M., Paez, O., Alfie, J., ... & González, M. (2012). Registro Nacional de Hipertensión Arterial: Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. *Revista argentina de cardiología*, 80(2), 121-129.
- 2.-Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... & Zannad, F. (2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). *Revista Española de Cardiología*, 66(11), 880-e1.
- 3.- Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Rojas-Martínez, R., Pedroza, A., Medina-García, C., & Barquera-Cervera, S. (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *salud pública de méxico*, 55, S144-S150.
- 4.- Magnabosco, P., Teraoka, E. C., de Oliveira, E. M., Felipe, E. A., Freitas, D., & Marchi-Alves, L. M. (2015). Análisis comparativa de la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial sistémica en población urbana y rural. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(1), 20-7.
- 5.- Piedrahíta, M. C. C., Olarte, L. M. C., & Rivas, D. C. (2013). Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción de la Salud*, 18(1), 81-96.
- 6.- Pérez Caballero, M. D., León Álvarez, J. L., & Fernández Arias, M. A. (2011). El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Revista Cubana de Medicina*, 50(3), 311-323.
- 7.- Carhuallanqui, R., Diestra-Cabrera, G., Tang-Herrera, J., & Málaga, G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 21(4), 197-201.
- 8.- Alfonso, L. M., Vea, H. B., Rodríguez, M. D. C. C., Iznaga, F. V., Matos, Y. L. R., & Araña, M. D. L. C. O. (2014). Adherencia al tratamiento en hipertensos

atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1).

9.- Hernández, M. R. (2012). La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. *InterSedes*, 13(26).

10.- Garrido, J., Chacón, J., Sandoval, D., Muñoz, R., López, N., Oyarzún, E., ... & Romero, T. (2013). Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Revista chilena de cardiología*, 32(2), 85-96.

11.- Gutiérrez-Angulo, M. L., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martín, I., & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 72-77.

12.- Chamorro, M. R., Merino, E. P., Jiménez, E. G., Chamorro, A. R., Martínez, F. M., & Dader, M. F. (2014). Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharmaceutical Care España*, 16(3), 110-120.

13.- da Silva Barreto, M., Reiners, A. A. O., & Marcon, S. S. (2014). Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(3), 491-8.

14.- Molina, D. M. D., Preval, Y. H., & López, M. L. M. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Rev Cubana Farm*, 48(4),

15.- Romero, T. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despega, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial?. *Revista chilena de cardiología*, 33(3), 210-214.

17.- Contreras Orozco, A. D. C. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. *Revista Científica Salud Uninorte*, 26(2).

18.- Longo, Dan L. Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores, Harrison: manual de medicina, volumen 1, (18a. ed.), México, McGraw Hill, 2012.

19.- Fuster, V. (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Revista española de cardiología*, 65, 10-16.

20.- García, J. E., Claros, N. M., Ruiz, A. L., & Gurrea, D. F. B. (2012). Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 38(5), 292-300.

21.- Márquez-Contreras, E., de la Figuera-Von Wichmann, M., Franch-Nadal, J., Llisterri-Caro, J. L., Gil-Guillén, V., Martín-de Pablos, J. L., & Martell-Claros, N. (2012). ¿ Los pacientes con alto riesgo vascular toman correctamente la medicación antihipertensiva? Estudio Cumple-MEMS. *Revista Espanola de cardiologia*, 65(6), 544-550.

22.- Anuario de nacimientos y Defunciones publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). pág. 35, 249

23.- Ames PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427. Publicación electrónica previa a la versión impresa. Disponible en <http://jama.jamanetwork.com/journal.aspx>.

24.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, HIPERTENSION ARTERIAL, PREGUNTAS FRECUENTES, SEPTIEMBRE 2015 <http://www.who.int/features/qa/82/es/>

ANEXO 1

Encuesta

MARQUE CON UN X EN LA RESPUESTA DESEADA

| GENERO | MASCULINO | FEMENINO | | |
|--------|-----------|----------|-------|----|
| EDAD | 25-45 | 46-60 | 61-75 | 75 |

SIEMPRE (5); CASI SIEMPRE (4), A VECES (3); CASI NUNCA (2); NUNCA (1)

| | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | A VECES | CASI NUNCA | NUNCA |
|--|---------|--------------|---------|------------|-------|
| 1.- TOMA MEDICAMENTOS EN EL HORARIO ESTABLECIDO | | | | | |
| 2.-TOMA LAS DOSIS INDICADAS | | | | | |
| 3.-CUMPLE INDICACIONES DE LA DIETA | | | | | |
| 4.-ASISTE A LAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO | | | | | |
| 5.-REALIZA LOS EJERCICIOS FISICOS INDICADOS | | | | | |
| 6.-ACOMODA SUS HORARIOS DE MEDICACION | | | | | |
| 7.-USTED Y SU MEDICO, DECIDEN DE MANERA CONJUNTA EL TRATAMIENTO A SEGUIR | | | | | |
| 8.-CUMPLE SIN SUPERVISION DE SU FAMILIA O AMIGOS | | | | | |
| 9.-LEVA EL TRATAMIENTO SIN GRANDES ESFUERZOS | | | | | |
| 10.-UTILIZA RECORDATORIOS QUE FACILITEN LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO | | | | | |
| 11.-USTED Y SU MEDICO, ANALIZAN COMO CUMPLIR EL TRATAMIENTO | | | | | |
| 12.-TIENE LA POSIBILIDAD DE MANIFESTAR ACEPTACION DEL TRATAMIENTO | | | | | |