

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



## FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema:

---

“FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PARROQUIA  
SAN ANDRÉS.”

---

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autora:** Md. Mayra Alexandra Chiluiza Ramírez.

**Director:** Dr. Salvador Vidal Revé, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor Marcelo Ochoa Egas Magíster, e integrado por los señores Doctor Wellington Ivar Bracero Tobar Especialista, Doctor Milton Guillermo Fierro Sevilla, Especialista, Doctora Vilma García Franco, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PARROQUIA SAN ANDRÉS”, elaborado y presentado por la señora Médica Mayra Alexandra Chiluiza Ramírez, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----

*Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.*

**Presidente del Tribunal**

-----

*Dr. Wellington Ivar Bracero Tobar, Esp.*

**Miembro del Tribunal**

-----

*Dr. Milton Guillermo Fierro Sevilla, Esp.*

**Miembro del Tribunal**

-----

*Dra. Vilma García Franco, Esp.*

**Miembro del Tribunal**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PARROQUIA SAN ANDRÉS”, le corresponde exclusivamente a: Médica Mayra Alexandra Chiluiza Ramírez, Autora bajo la Dirección del Doctor. Salvador Vidal Revé Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
Md. Mayra Alexandra Chiluiza Ramírez

*c.c.1803884574*

**AUTORA**

-----  
Dr. Salvador Vidal Revé, Esp.

*c.c.E100615*

**DIRECTOR**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

-----  
Md. Mayra Alexandra Chiluiza Ramírez  
c.c.1803884574

## INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

### PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
INDICE.....	v
AGRADECIMIENTO.....	ix
DEDICATORIA.....	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY.....	xii

## INDICE GENERAL

<u>INTRODUCCIÓN</u> .....	1
<u>CAPÍTULO 1</u> .....	4
<u>EL PROBLEMA</u> .....	4
<u>1.1 TEMA:</u> .....	4
<u>1.1.1 Planteamiento del problema</u> .....	4
<u>1.2.1 Contextualización</u> .....	4
<u>1.2.3 PROGNOSIS</u> .....	8
<u>1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</u> .....	8
<u>1.2.5 INTERROGANTES:</u> .....	8
<u>1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</u> .....	9
<u>1.4 OBJETIVOS</u> .....	10
<u>1.4.1 General</u> .....	10
<u>1.4.2 Específicos</u> .....	11
<u>CAPITULO 2</u> .....	12
<u>2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS (INVESTIGACIONES PREVIAS, ESTADO DEL ARTE)</u> .....	12

<u>2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.</u> .....	15
<u>2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.</u> .....	16
<u>2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.</u> .....	18
<i><u>Factores relacionados con la adherencia terapéutica.</u></i> .....	18
<i><u>Determinación de factores influyentes en la adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo que se utilizaran en la investigación.</u></i> .....	20
<i><u>Factores del equipo de salud.</u></i> .....	22
<i><u>Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento.</u></i> .....	22
<i><u>Factores relacionados con la red familiar y social.</u></i> .....	23
<i><u>Factores relacionados con el paciente.</u></i> .....	23
<i><u>Determinantes de la adherencia</u></i> .....	26
<i><u>Delimitación conceptual de la adherencia terapéutica para la investigación.</u></i> .....	26
<i><u>La evaluación de la adherencia terapéutica:</u></i> .....	28
<u>2.4 HIPÓTESIS.</u> .....	45
<u>2.5 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.</u> .....	45
<i><u>Variable independiente: FACTORES" (socioeconómicos, del equipo de salud, del fármaco, de la enfermedad del paciente)</u></i> .....	45
<i><u>Variable dependiente:</u></i> .....	45
<u>CAPÍTULO 3</u> .....	46
<u>METODOLOGÍA</u> .....	46
<u>3.1 ENFOQUE.</u> .....	46
<u>3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN</u> .....	46
<u>3.3.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.</u> .....	46
<u>3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.</u> .....	46
<u>CRITERIOS ÉTICOS</u> .....	47
<u>3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.</u> .....	48
<u>3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.</u> .....	59
<u>3.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.</u> .....	60
<u>3.8 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.</u> .....	61
<u>CAPITULO 4</u> .....	62
<u>ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.</u> .....	62

<u>4.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION</u> .....	62
<u>4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</u> .....	62
<u>4.8 DISCUSION</u> .....	81
<u>4.9 LIMITACIONES</u> .....	83
<u>CAPITULO 5</u> .....	84
<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u> .....	84
<u>5.1 CONCLUSIONES</u> .....	84
<u>5.2 RECOMENDACIONES</u> .....	85
<u>CAPITULO 6</u> .....	86
<u>LA PROPUESTA</u> .....	86
<u>6.1 DATOS INFORMATIVOS</u> .....	86
<u>6.1.1. TEMA:</u> .....	86
<u>6.1.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA</u> .....	86
<u>6.1.1.3 BENEFICIARIOS</u> .....	86
<u>6.1.1.4 UBICACIONES</u> .....	86
<u>6.1.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN</u> .....	86
<u>6.1.1.6 EQUIPO RESPONSABLE</u> .....	86
<u>6.1.1.7 PRESUPUESTO</u> .....	86
<u>6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA</u> .....	87
<u>6.3 JUSTIFICACIÓN</u> .....	87
<u>6.4 OBJETIVOS</u> .....	89
<u>6.4.1 OBJETIVO GENERAL</u> .....	89
<u>6.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS</u> .....	89
<u>6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD</u> .....	89
<u>6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA</u> .....	91
<u>6.7 MODELO OPERATIVO</u> .....	92
<u>6.8 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS</u> .....	99
<u>6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN</u> .....	99
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u> .....	99
<u>BIBLIOGRAFÍA</u> .....	96

ANEXOS.....	97
-------------	----

## **ÍNDICE DE TABLAS.**

Tabla N° 1. Factores que influyen en la adherencia terapéutica.....	23
Tabla N ° 2: Clasificación de la hipertensión arterial.....	34
Tabla N° 3: Variable independiente: Factores que influyen en la Adherencia Terapéutica.....	47
Tabla N° 4: VARIABLE DEPENDIENTE: Adherencia terapéutica.....	53
Tabla N° 5. Distribución de las características sociodemográficas de los hipertensos en la parroquia San Andrés cantón Pillaro, 2016.....	59
Tabla N° 6. Distribución de los niveles de adherencia en los hipertensos en San Andrés cantón Pillaro, 2016.....	62
Tabla N° 7: Distribución de los niveles de adherencia en relación con los factores socioeconómicos, en los hipertensos de la parroquia San Andrés cantón Pillaro, 2016.....	63
Tabla N ° 8, Niveles de adherencia en relación con los factores del equipo de salud parroquia San Andrés cantón Pillaro, 2016.....	66
Tabla N ° 9, Niveles de adherencia en relación con los factores del fármaco, parroquia San Andrés cantón Pillaro año 2016.....	68
Tabla N ° 10, Niveles de adherencia en relación con los factores de la enfermedad, parroquia San Andrés cantón Pillaro 2016.....	70
Tabla N ° 11, Niveles de adherencia en relación con los factores dependientes del paciente, parroquia San Andrés cantón Pillaro 2016...	71

## **INDICE DE GRAFICOS**

Graf: N° 1 Distribución de los niveles de adherencia en los hipertensos en San Andrés cantón Pillaro, 2016.....	63.
---	-----



## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia quienes con su apoyo y motivación, han hecho de esto una aventura.

Al Dr. Salvador Vidal Revé por el apoyo ofrecido y el tiempo compartido para la realización del presente trabajo.

A la Dra. Aida Aguilar por impulsar el desarrollo de mi formación profesional, a mis maestros quienes marcaron cada etapa de nuestro camino como postgradistas

Mayra Alexandra Chiliza Ramírez.

## DEDICATORIA

A mi esposo y a mi hijo, quienes con su apoyo constante me han permitido el cumplimiento de mis metas.

A mi familia, mi hermana por ser mi mejor amiga y compañera de aventuras.

Mayra Alexandra Chiliza Ramírez.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

**FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA  
EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PARROQUIA SAN ANDRÉS.**

Autor: Chiluzza Ramírez Mayra Alexandra.

Tutor: Dr. Salvador Vidal Revé.

Fecha: 08 Agosto del 2016

**RESUMEN.**

**Antecedentes:** La falta de adherencia en los pacientes hipertensos representa un alto costo sanitario, por ser la enfermedad hipertensiva de carácter asintomático.

**Objetivo.** Determinar los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial de la Parroquia San Andrés del Cantón Píllaro. Enero-agosto del 2015.

**Materiales y métodos.** Estudio de corte transversal en el cual se empleó una población de 110 personas hipertensas (65,5% femenino, grupo de edad predominantes 50 a 59 años ) dispensarizados por ficha familiar como hipertensas y atendidas en el Centro de Salud de San Andrés. Se empleó el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) para evaluar el nivel de adherencia, y una entrevista para valorar los diferentes factores asociados basada en el informe de la OMS 2004.

**Resultados.** Adherentes totales 45% según Morinsky-Green, adherentes totales 13,6% según MBG, No adherentes 48,2%, y Poco adherentes

38,2%. La adherencia según mostró dependencia significativa entre variables como: nivel de instrucción ( $p=0,000$ ), satisfacción con la atención que recibe del médico ( $p=0,000$ ), indicaciones médicas dadas de forma clara y por escrito ( $p=0,000$ ). Disponibilidad del fármaco ( $p=0,049$ ).

**Conclusión.** La población en estudio presenta bajos niveles de adherencia asociada a baja educación, bajos conocimientos de la patología, los factores protectores son el nivel de satisfacción con la atención médica, el pobre nivel de adherencia además se relacionó con el olvido por parte del paciente, la frecuencia en la toma de medicamentos y el número de medicamentos para el tratamiento

Palabras clave: adherencia terapéutica, factores asociados, hipertensión, cumplimiento de la medicación, enfermedad crónica.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

**FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA  
EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PARROQUIA SAN ANDRÉS.**

Author: Chiluzia Ramírez Mayra Alexandra.

Directed by: Dr. Salvador Vidal Revé.

Date: 08 August of 2016

EXECUTIVE SUMMARY

Background: The lack of adherence in hypertensive patients represent a high health costs, as the asymptomatic nature of hypertensive disease.

Objective. To determine the factors influencing adherence in patients with hypertension Parish San Andrés del Píllaro Canton. January-August 2015.

Materials and methods. Cross-sectional study in which a population of 110 hypertensive patients (65.5% female, predominant age group 50 to 59 years) dispensarizados by family and hypertensive tab and treated at the Health Center of San Andrés was used. the Martin-Bayarre-Grau (MBG) questionnaire was used to assess the level of adherence, and an interview to assess the various associated factors based on the 2004 WHO report.

Results. Adherents total 45% according Morinsky-Green, total 13.6% according MBG adherents, not adherents 48.2% and 38.2% Little adherents. Adherence according showed significant dependence between variables such as education level ( $p = 0.000$ ), satisfaction with care received

from the doctor ( $p = 0.000$ ), medical indications given clearly and in writing ( $p = 0.000$ ). Availability of the drug ( $p = 0.049$ ).

Conclusion. The study population has low levels of adherence associated with low education, low knowledge of pathology, protective factors are the level of satisfaction with medical care, poor grip level also was linked to oblivion by the patient, often taking medication and the number of medicines for treatment

Keywords: adherence, associated factors, hypertension, medication compliance, chronic disease.

## INTRODUCCIÓN.

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras, afecta desproporcionadamente a las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos, en los que los sistemas de salud son débiles. Con el envejecimiento de la población, la prevalencia de HTA se incrementa. Se estima que en la actualidad hay 1.000 millones de hipertensos en todo el mundo, y que esta cifra alcanzará los 1.560 millones en el año 2025. <sup>(1)</sup>

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea. A nivel mundial, la prevalencia del incumplimiento terapéutico del tratamiento en HTA es del 37,6%. Esto se relaciona con el incremento de los factores de riesgo para los problemas de salud, los cuales requieren que la persona lleve a cabo las orientaciones del facultativo, tanto las medicamentosas como las referidas a cambios de hábitos y estilos de vida, lo que por lo general resulta más difícil de lograr, ya que la responsabilidad y autonomía del paciente son primordiales. <sup>(2)</sup>

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano, y expresa la manera en que los individuos se comprometen con el cuidado y mantenimiento de la salud. Se trata de un fenómeno complejo, condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, lo que trae como resultado que se dificulte su abordaje en el terreno teórico, práctico e investigativo.

La presencia de problemas en la adherencia a los tratamientos, puede manifestarse en numerosos tipos de conductas. Dentro de estas se destacan: dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de un

medicamento u otro), la ausencia a consulta e interconsultas, la no modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento, y con una acentuada connotación, se destaca la práctica de la automedicación. <sup>(3)</sup>

La baja adherencia se considera como un obstáculo fundamental que dificulta el éxito de los tratamientos y constituye un desafío para los profesionales de la salud, ya que se destinan esfuerzos en aras de solucionar dicha problemática.

Al fallar en el seguimiento de las orientaciones médicas, los pacientes hipertensos comprometen su salud, pues favorecen la progresión de la enfermedad, dificultan estimar el verdadero efecto y valor de un tratamiento, e impiden la realización de un buen diagnóstico. Además, generan el aumento innecesario del costo de la atención sanitaria, ya que utilizan de manera indiscriminada, servicios y recursos del sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud, en un informe presentado en el 2004, ha destacado que en los países desarrollados la adherencia terapéutica en hipertensos, es solo del 50 %, y supone que esta situación debe ser peor en países en vías de desarrollo, debido a la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. <sup>(4)</sup>

Se afirma que el incumplimiento es el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad hipertensiva, son responsables de esa situación, más de dos tercios de los hipertensos. Es por esto que en todas las guías internacionales se ha llegado a considerar la adherencia al tratamiento, como un "reto terapéutico". <sup>(5)</sup>

En la parroquia San Andrés del cantón Pillaro, se ha identificado la hipertensión arterial como un problema priorizado por ser esta la enfermedad crónica de mayor prevalencia en adultos. La Atención Primaria de Salud (APS) ofrece posibilidades para el trabajo con este tipo de pacientes, entre estas se encuentran, que permite trabajar directamente



con la comunidad y que existe un Programa de Atención a los Pacientes Crónicos como uno de los priorizados; por otra parte, hay evidencias de dificultades en la práctica asistencial en el cumplimiento de las prescripciones médicas de los hipertensos en nuestro contexto, lo cual motivó la presente investigación que persigue los siguientes objetivos: Describir los niveles de la adherencia terapéutica e identificar los factores que influyen en esta, en pacientes con hipertensión arterial esencial pertenecientes la parroquia San Andrés de Píllaro.

## Capítulo 1.

### El Problema

1.1 **Tema:** Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial en la Parroquia de San Andrés. Cantón Píllaro.

#### 1.1.1 Planteamiento del problema.

##### 1.2.1 Contextualización.

La hipertensión arterial (hipertensión) es un problema de salud pública importante. Las pruebas de ensayos aleatorios han indicado que una efectiva farmacoterapia reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. <sup>(6)</sup> Sin embargo, existe una preocupación constante, ya que los regímenes usados en los ensayos aleatorios de farmacoterapia antihipertensiva no se implementan en la práctica clínica habitual. Los estudios comunitarios en todo el mundo revelan que los objetivos de presión arterial se alcanzan sólo en un 25% - 40% de los pacientes que reciben la farmacoterapia antihipertensiva esta situación no experimentó cambios en los últimos 30 años. <sup>(7)</sup>

Según informes de la OMS, “se prevé que para el año 2015, de los 64 millones de personas que fallecen, 41 millones tendrán como causas de muerte enfermedades crónicas”. Identifica a la hipertensión arterial como la principal causa de morbilidad y mortalidad en adultos en el mundo. Además, reconoce que la hipertensión arterial tiene una seria repercusión en el avance económico y potencial desarrollo de los países” <sup>(8)</sup>

La calidad de la atención que reciben los pacientes hipertensos de profesionales sanitarios tiene una clara repercusión sobre el riesgo de sufrir un evento cardiovascular indican que el control inadecuado de la presión arterial se asocia a un riesgo significativo de accidente

cerebrovascular <sup>(9)</sup>. En cuanto al proceso de atención que reciben los pacientes hipertensos, las características tanto del paciente, del profesional sanitario y del sistema de asistencia sanitaria contribuyeron al control deficiente de la presión arterial. En un estudio de los EE.UU., el incumplimiento con la medicación y la ausencia de un médico de atención primaria se asociaron a un control deficiente de la presión arterial. Estudios más recientes revelaron que el contacto frecuente con profesionales de asistencia sanitaria no garantiza un mejor control de la presión arterial, a menos que se utilicen fármacos antihipertensivos de forma sistemática <sup>(8)</sup>, y que cada uno de los profesionales varíe de manera significativa su comportamiento clínico en cuanto al tratamiento de la hipertensión en la comunidad. Estas observaciones motivaron a algunos comentaristas a sugerir que el control deficiente de la presión arterial en la comunidad puede deberse al tratamiento ineficaz y a la inadecuada organización del consultorio, descritos conjuntamente como "inercia clínica" <sup>(9)</sup>.

Si bien existe una sólida base de pruebas a favor de los beneficios de la farmacoterapia antihipertensiva, existen pocas pruebas claras sobre cómo se deben organizar y prestar los servicios de asistencia a pacientes hipertensos en la comunidad para mejorar el control de la presión arterial.

La OMS, considera que en los países desarrollados la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas es del 50% y se espera que sea menor en países en desarrollo, debido a la escasez de recursos y a las iniquidades en el acceso a la atención en salud. En algunos estudios realizados en nuestro medio se plantean que más del 40% de los hipertensos en tratamiento toman incorrectamente la medicación y aproximadamente el 80% falla en las recomendaciones alimentarias, sobre la actividad física y la disminución del consumo de tabaco y alcohol <sup>(10)</sup>

Como resultado de una baja adherencia, no se obtiene el máximo beneficio de los tratamientos médicos, con pobres resultados en salud y una disminución de la calidad de vida. Según la OMS, se evidencia un aumento

del 20% en los costos en salud pública; el elevado gasto asistencial y farmacéutico además de los costos e implicaciones para las instituciones empleadoras y entidades de salud debido a la interrupción o abandono de una terapia. Al respecto, Schmidt et al, afirman que el Joint National Committee enfatiza que la efectividad de los antihipertensivos no depende únicamente de una adecuada decisión terapéutica, sino también de la colaboración del paciente.<sup>(11)</sup>

En el Ecuador, según los indicadores básicos de salud del 2010, la hipertensión arterial es una enfermedad que está dentro de las principales causas de mortalidad general, las enfermedades cardiovasculares se encuentra en segundo lugar, seguido de la enfermedad hipertensiva en cuarto lugar, sexto lugar enfermedad isquémica del corazón, así como la insuficiencia cardíaca en octavo lugar, todas ellas son complicaciones de la poca adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial.<sup>(12)</sup>

En Ecuador, de cada 1000 personas, 1.373 tienen problemas de hipertensión, así lo afirma el informe realizado por la OMS en el año 2012. Esta cifra coincide con la Encuesta Nacional de Salud (Ensanut), una investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la cual indica que más de un tercio de los habitantes mayores de 10 años (3'187.665) son prehipertensos y 717.529 ciudadanos de 10 a 59 años sufren de hipertensión arterial.

Para reducir el alto índice de enfermos y el deceso prematuro, el MSP creó el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

La hipertensión arterial y sus complicaciones como insuficiencia renal, ceguera, infartos, derrames cerebrales, entre otros, constituyen en el 2010 la primera causa de mortalidad en el Ecuador. En territorios como Manabí, Esmeraldas, Cañar, Los Ríos, Azuay y Napo existe mayor incidencia de esta enfermedad.<sup>(13)</sup>

En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. No obstante, un estudio sobre los casos de esa enfermedad registrados entre los años 1998 y 2007, elaborado por el Ministerio de Salud Pública, refleja el nocivo avance de la enfermedad en un 40%. Según un estudio epidemiológico, en 1998 en el país se presentaron 26.938 casos de hipertensión (221 por cada 100 mil habitantes); después de nueve años, en el 2007, la cifra se triplicó y 67.570 personas padecieron la afección, que en un 80% se asocia con el sobrepeso y la diabetes. <sup>(14)</sup> En la región de la costa existe un mayor porcentaje de personas hipertensas, el 40% a nivel nacional; seguido está la Sierra, con el 24%.

Según el Análisis de Situación de Salud del 2015 se ha dispensarizados a 110 hipertensos en el área de influencia del centro de Salud.

#### 1.2.2 Análisis crítico.

El acceso a los medicamentos es importante y también los adelantos tecnológicos pero nada harán sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia terapéutica. “Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre la adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos”.

El Séptimo Informe del Joint Nacional Comité (JNC) sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (2003), señala que modelos conductuales plantean que los pacientes tomarán su medicación prescrita y modificarán su estilo de vida por uno saludable, sólo si están motivados. Que la motivación mejora si el paciente tiene experiencias positivas con sus médicos y confían en ellos, que la empatía aumenta la confianza y es un catalizador para la motivación, así como las actitudes (creencias, experiencias y diferencias culturales) deberían ser entendidas implícitamente por los médicos, para generar comunicación con pacientes y sus familiares.

Como se observa, las estadísticas sobre niveles de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas versus la mortalidad mundial, y a nivel del Ecuador son alarmantes, pese a que se conoce las actividades que se debe realizar no se logra mejorar estos niveles, por tanto es de suma importancia realizar un análisis integral del problema.

### **1.2.3 Prognosis.**

El comportamiento de adherencia a los tratamientos es uno de los indicadores más importantes a evaluar en las personas con factores de riesgo para la salud cardiovascular, ya que la no adherencia conduce a mantener altos índices de morbilidad y mortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar.

Los programas de control de la hipertensión arterial (HTA) tienen como reto principal lograr la adherencia a los tratamientos. Este reto se centra en poder conocer las experiencias que viven las personas, lo que permite identificar los problemas que deben enfrentar e interpretar los motivos que están relacionados con su comportamiento de adherencia.

### **1.2.4 Formulación del problema.**

¿Cómo se relacionan los factores asociados a la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial?

### **1.2.5 Interrogantes:**

¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de los pacientes hipertensos?

¿Cuáles son los factores que tienen mayor relación con la baja adherencia terapéutica?.

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes con Hipertensión Arterial?

**Línea de investigación:** Epidemiología y Salud Pública, Ciencias clínicas orientado a Adherencia en hipertensión arterial.

### **1.2.6 Delimitación del problema de investigación.**

**De contenido:** Medicina, Hipertensión Arterial, adultos; adherencia terapéutica, factores relacionados.

**Campo:** Epidemióloga, Salud Pública.

**Área:** Medicina Familiar

**Aspecto:** adherencia terapéutica en hipertensión arterial.

**Según tiempo:** Enero –Julio 2016

**Lugar:** Cantón Pillaro, parroquia San Andrés.

**Personas:** Pacientes con hipertensión arterial, adultos.

### **1.3 Justificación.**

La adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud, pues la poca adherencia terapéutica representa un alto costo en el gasto sanitario de nuestro país y en el mundo entero, el seguimiento inadecuado además conlleva a aparición de complicaciones graves, hospitalizaciones, y discapacidades. La OMS señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica <sup>(7)</sup>. El informe técnico de la OMS reporta las siguientes variables socioeconómicas como importantes en la adherencia para la hipertensión: analfabetismo, desempleo, suministro limitado de medicamentos y elevado costo de la medicación.

Es importante realizar esta investigación pues se puede comprender de mejor manera este fenómeno que es la adherencia terapéutica, analizar cómo se comportan los diferentes factores para que así puedan verse los beneficios económicos para el sistema de salud y el estado de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la

disminución del uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad o crisis, en atención médica aprovechada y la utilización adecuada de la producción de medicamentos. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales y personales. La OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en un 20 % los costos de la salud pública <sup>(15)</sup>.

El gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad adquisitiva disponible para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar gastos de recursos monetarios.

Los resultados que aporten la presente investigación serán de suma importancia, ya que ayuda a resolver un problema grande de adherencia no solo en el paciente hipertenso sino en la mayor parte de enfermedades crónicas.

Uno de los problemas que estamos afrontando en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en nuestro accionar como médico familiar en la (APS) es la adherencia terapéutica, en especial de los pacientes que padecen hipertensión arterial, motivo por el cual se ve la necesidad de realizar esta investigación para poder comprender como se comportan los factores relacionados con la adherencia terapéutica del paciente hipertenso, y así poder diseñar una estrategia para abordar de manera integral dicho problema.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 General**

- Determinar la influencia de los factores sobre la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial de la Parroquia San Andrés del Cantón Píllaro. Enero-agosto del 2015



- **1.4.2 Específicos.**

1. Caracterizar a la población hipertensa según factores sociodemográficos.
2. Determinar el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial.
3. Identificar cuáles son los factores biosico-sociales, asociados a la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial.
4. Diseñar una propuesta de intervención para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos.

## **CAPITULO 2.**

### **2.1 Antecedentes Investigativos (Investigaciones Previas, Estado del Arte).**

Ya en la década de los 70 el estudio de la adherencia adquiere mayor interés empírico. Los autores Ortergo, López y Álvarez (2004) de la universidad de Cantabria España refieren que a partir de ese año surgen estudios que ponen en evidencia las consecuencias asociadas al incumplimiento de las prescripciones de medicamentos. Las mismas que se pueden agrupar en cuatro áreas: 1) Incrementos en los riesgos, morbilidad y mortalidad; 2) Aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento; 3) crecimiento del coste sanitario (costo en servicios de salud); y 4) Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el cliente. Todo ello hace evidente que el personal de la salud implemente estrategias para la prevención y disminución de la falta de adherencia. La adherencia terapéutica y los factores relacionados con la misma constituyen parte sustantiva y esencial del objeto de estudio de la Atención Primaria de Salud (APS). En este sentido, la adherencia al tratamiento ha sido estudiada desde hace varios años. Ya en la década del 70 del siglo XX aparecieron en Estados Unidos las primeras revisiones generales sobre el tema.

Las revisiones efectuadas en Norteamérica y España, estuvieron dirigidas básicamente a la discusión sobre la formulación teórica de los conceptos cumplimiento y adherencia y a la sistematización de los factores determinantes del cumplimiento. A pesar de que hay un interés por la calidad de vida desde tiempos remotos, es desde la década de 1950, como consecuencia de la preocupación que generan las posibles consecuencias de la industrialización, cuando se hace necesario medir esta realidad a

través de datos objetivos y las ciencias sociales inician el desarrollo de herramientas estadísticas que permitan medir hechos vinculados al bienestar de una población determinada. La calidad de vida es un concepto que aporta una información más completa de la estimación de la percepción de bienestar, que matiza las limitaciones que presentan conceptos que tradicionalmente se utilizan en el ámbito de la salud, como la mortalidad y la morbilidad.

En Latinoamérica los estudios sobre adherencia terapéutica han ido en aumento en países como México, Chile, Colombia, Cuba se han hecho varios estudios para valorar los niveles de adherencia terapéutica entre los que podemos citar los siguientes.

En Cuba se realizó el estudio en el año 2009 <sup>(16)</sup> cuyo objetivo fue describir los niveles de adherencia e identificar los factores que influyen en esta, en 351 pacientes se aplica el cuestionario MBG (Martín, Bayarre y Grau) y un cuestionario para estudiar los factores que influyen en la adherencia y se aborda ya los factores relacionados con la adherencia según los criterios de la OMS como son: características de la enfermedad y el tratamiento, factores socioeconómicos y demográficos, características del paciente y del equipo o sistema de asistencia sanitaria, pero no se explica cómo influye cada uno de ellos y los niveles de adherencia son clasificados en total, parcial y no adheridos.

En Colombia en el año 2011 <sup>(17)</sup> se realiza un estudio la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos atendidos en la ciudad de Manizales (Colombia) a 200 personas, se empleó el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) y el cuestionario de Morinsky-Green para evaluar la red de apoyo social y se empleó el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS, dando como resultados de tasas de adherencia de hasta 74, 8%, y el uso de fármaco entre los cuál es el más empleado fue el enalapril, seguido del verapamil, no se aborda el tema de la influencia de los factores asociados a la adherencia, se realiza la observación de que el cuestionario

MBG mostró mayor consistencia en la descripción de la adherencia que el cuestionario de Morinsky-Green.

En Colombia en el año de 2011 se realiza un estudio para establecer la relación entre la adhesión al tratamiento con los factores demográficos y socioeconómicos, satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención por parte del personal médico y conocimientos sobre hipertensión arterial, se utilizó el test de Morisky-Green para medir la adherencia, y la encuesta y la hoja de registro para las variables incluidas en el estudio, el resultado principal es que en igualdad de condiciones sociodemográficas, socioeconómicas y relacionadas con la atención en salud, solo los conocimientos sobre la enfermedad se constituyen en factor de riesgo o factor protector. <sup>(10)</sup>

En el Ecuador en el año 2016 en la ciudad de Cuenca, se realiza un estudio para establecer la prevalencia de adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos y describir los factores de riesgo asociados, utilizaron el Test de Batalla y la observación directa de los pacientes hipertensos atendido, cuyos resultados más importantes fueron de un total de 151 pacientes, la adherencia al tratamiento farmacológico fue del 63.6%. La edad entre 45 y 72 años se comportó como un factor de protección. Los pacientes que no tienen pareja estable, con escolaridad primaria o menor, los que reciben régimen multidosis, polifarmacia, los que no disponen de tratamiento adecuado, presentan algún efecto adverso, tienen apoyo familiar insuficiente o no acuden al club de enfermos crónicos tienen un riesgo mayor de no adherirse al tratamiento. <sup>(18)</sup>

Un estudio que se realizó en La Habana en 2015, Cuba 329 pacientes, con el objetivo de evaluar los factores relacionados con la adherencia farmacológica, se utilizó para ello métodos indirectos que no se especifican y como resultados principales se encontró el 37,4 % de adherencia y se relacionó favorablemente con la edad, el sexo, la escolaridad, la actividad física, el vivir acompañado, la dieta adecuada y la asistencia regular a consultas. <sup>(19)</sup>

Se realiza el estudio en año 2013 en España, desde el punto de vista psicológico sobre las creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento, en donde se abordan temas como: a) Explorar la adherencia y las dificultades informadas para el cumplimiento del tratamiento; (b) Identificar la relación entre información recibida y creencias informadas sobre consecuencias de la hipertensión; (c) el concepto de enfermedad que informan los pacientes; y (d) los cambios en estilo de vida tras el diagnóstico. Participaron 171 pacientes hipertensos. Los resultados indican que sólo el 11,7% informan no tener problemas en el cumplimiento del tratamiento y las mayores dificultades en adherencia tienen que ver con la dieta y el plan de ejercicio; sólo el 57% informan un concepto de hipertensión como enfermedad crónica y en un importante porcentaje de pacientes no se aprecia correspondencia entre creencias sobre consecuencias de la enfermedad e información facilitada en consulta médica. El 40,9% emitieron un informe de cambios en estilo de vida tras el diagnóstico que indicaría fallos en la adherencia desde el inicio del tratamiento. Se discute la importancia de estos datos para el análisis de la adherencia, y la importancia de abordar el estudio de estos fenómenos para mejorar el tratamiento integral de la hipertensión arterial. <sup>(20)</sup>

## **2.2 Fundamentación filosófica.**

La presente investigación está basada en el paradigma lógico–positivista el mismo que postula la existencia de una realidad objetiva que es posible conocer empíricamente a través de métodos cuantitativos, construyendo modelos que permiten explicar y predecir fenómenos similares (generalizar a partir de experiencias fraccionadas), este enfoque adopta el tipo de estudio Analítico en el cual se busca asociación entre variables , y proponer alternativas de solución, intenta acercarse al conocimiento de la realidad social a través de la observación de los diversos factores que influyen sobre el fenómeno de la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial. El objetivo no es centrarse únicamente en conocer la prevalencia

de adherencia terapéutica, sino que el centro de interés se desplaza con esta metodología a las formas de comprender el problema, para intervenir sobre el mismo.

Desde el punto de vista axiológico, la investigación aborda los valores positivos, solidaridad, humanismo, la justicia, la beneficencia.

Punto de vista epistemológico, la investigación busca encontrar una solución a los problemas de la población, por el bien de la comunidad.

### **2.3 Fundamentación legal.**

En la Constitución de la república del Ecuador: Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. <sup>(21)</sup>

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

#### Ley Orgánica de Salud

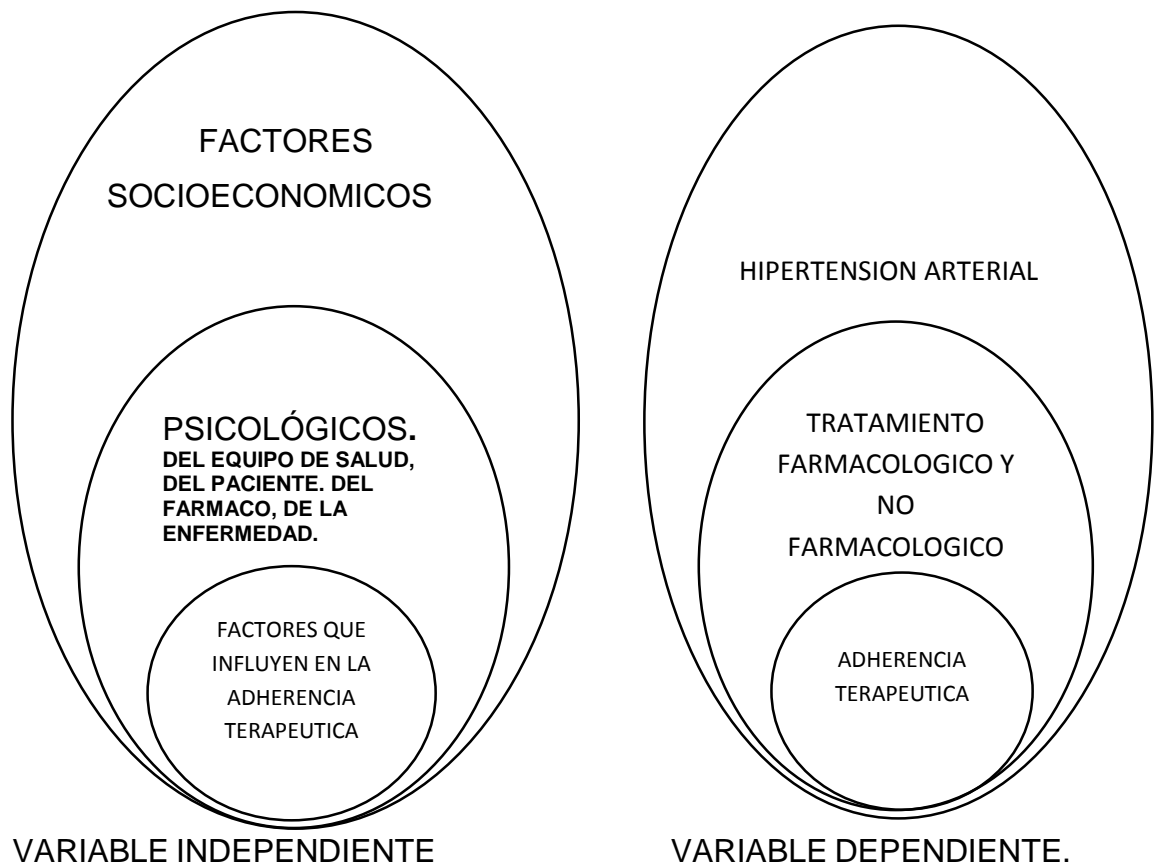
Art. 6.-numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública  
“Ejercer la Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónicas degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

### 2.3 Categorías fundamentales.

**Gráfico1: Categorías Fundamentales.**



Fuente: La Autora.

#### **Factores relacionados con la adherencia terapéutica.**

Aspectos psicológicos. (La personalidad).

La personalidad es una instancia integradora y reguladora ha sido desarrollado por diversos autores como Fernando Gonzales Rey, quien considera que en la personalidad se organizan múltiples contenidos psicológicos, en configuraciones psicológicas individualizadas que integran en la historia del sujeto, los aspectos estructurales y funcionales del comportamiento. *Adherencia terapéutica:* Es el grado de comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, de acuerdo a



las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.  
(2)

- Factores que influyen en la adherencia: Son características o condicionantes que afectan el comportamiento de la persona hacia el seguimiento de la medicación o recomendaciones dadas por el personal de salud. (2)

- Adherencia en personas con hipertensión arterial: Es el grado de cumplimiento de una persona hipertensa para consumir los medicamentos prescritos, aplicar un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, para obtener el logro de la presión arterial deseada. (2)

Los aspectos estructurales la rigidez o la flexibilidad de la personalidad, pobreza de intereses, desplazamiento de deseos y aspiraciones personales al de otras personas, esencialmente sus hijos en quienes expresan todos sus anhelos y proyecciones de vida futura y pérdida del sentido de la vida. (2)

Se ha demostrado que muchos factores contribuyen a la adherencia terapéutica, y por tanto es un proceso complejo. Dos de los factores más importantes que contribuyen a la adherencia deficiente son, indudablemente, la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad. Otros determinantes potenciales de la adherencia pueden estar relacionados con: (22)

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

La OMS en su informe técnico del 2004 plantea 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 al tratamiento. Estos son: factores socioeconómicos y demográficos, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento, factores del sistema y del equipo de asistencia sanitaria, y factores relacionados con el paciente.

La autora de esta tesis toma como referente para el análisis de los principales factores que intervienen en la adherencia terapéutica del paciente hipertenso, el planteamiento integrador realizado por la OMS, sobre las dimensiones de la adherencia terapéutica, dado que se hace un énfasis importante en los factores sociales, los demográficos, económicos, así como con el equipo de salud, al reconocer esta diversidad de factores hay que tener en cuenta al momento de analizar porque las personas siguen o no el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Además hay que tener presente que su incidencia no es de manera lineal entre ellos se produce una compleja interacción e integraciones que hacen muy difícil interpretación de los resultados de una investigación.

Hay evidencias de que un mismo paciente no mantiene los mismos comportamientos, a lo largo de distintas situaciones terapéuticas y que su conducta depende de múltiples condiciones y por tanto puede variar.

### **Determinación de factores influyentes en la adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo que se utilizarán en la investigación**

Con respecto a los **factores socioeconómicos**, el analfabetismo y el desempleo, lejanía al centro de atención, coste del transporte, el alto costo de la medicación según la OMS (2014) son factores de riesgo importantes de adherencia deficiente, además se señala que el abandono del tratamiento encarece en cálculos conservadores en un 20% los costos de la salud pública. <sup>(22)</sup> El gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles, a la economía familiar, relacionadas con la capacidad adquisitiva

disponible para enfrentar a la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que implican gastos.

Dentro de los **factores sociodemográficos**, en muchas investigaciones realizadas desde los años 1975 hasta el año 2005, consideran que ni el sexo, ni la edad ni el nivel socioeconómico, ni el nivel educativo, ni el estado civil, ni la raza ni las religiones han demostrado ser predictores adecuados en sí mismo de la adherencia al tratamiento.

Lo que sí se puede observar es que la combinación de algunas variables incide sobre la adherencia, como por ejemplo la edad, un paciente anciano se le asocia el tema del olvido y la incapacidad para leer las etiquetas, la adherencia en niños y adolescentes se presenta en un promedio del 58% según la OMS en países desarrollados, se reporta que los adolescentes se adhieren menos que los niños y depende de la capacidad del padre o tutor para seguir el tratamiento.

Gráfico 2: Dimensiones de la adherencia terapéutica.



*Tomado de OMS Informe sobre adherencia tratamientos a largo plazo 2004.*

Se evalúa además el nivel socioeconómico de la población por ser un factor relacionado con la adherencia terapéutica a través del cuestionario del nivel socioeconómico del INEC ver Anexo 4.

### **Factores del equipo de salud.**

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

La comunicación entre los profesionales de salud y el paciente son fundamentales, los profesionales con actitudes, y aptitudes negativas para informar el tratamiento, que exhiben torpezas, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia. <sup>(10)</sup> De igual forma la ausencia de indicaciones escritas, o efectuadas con lenguaje demasiado técnico, o lenguaje incomprensible no favorece la adherencia. Otro aspecto es el modo en el que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración y la discusión entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento. Es importante además en este proceso de comunicación reconocer la individualidad del paciente, la percepción de la calificación del profesional así como las características del lugar en donde se recibe la atención.

### **Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento.**

La complejidad del régimen terapéutico, incluye el grado de cambio comportamental que exige el tratamiento, implica cambios en los hábitos de vida, o exige pautas nuevas de comportamiento, se conoce en algunos estudios realizados que (Basterra y Zaldivar 2003), la medicación múltiple favorece el incumplimiento. <sup>(23)</sup>

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

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

### **Factores relacionados con la red familiar y social.**

Las personas que sienten que reciben apoyo de otras tienen mayor probabilidad de seguir las indicaciones médicas que aquellos con aislamiento o poco apoyo familiar. El apoyo puede provenir de amigos de trabajo grupos de autoayuda, es decir lazos sociales con otros individuos con la comunidad será beneficiosa siempre que este enfocada al problema de salud.

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

### **Factores relacionados con el paciente.**

En el proceso de la adherencia terapéutica, intervienen aspectos cognitivos, motivacionales y volitivos. Los conocimientos que el paciente ha adquirido acerca de tratamiento le permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras de aspectos como efectos adversos, riesgos y manejo adecuado.

La percepción de gravedad de la enfermedad, vulnerabilidad percibida riesgo de enfermarse, autoeficacia percibida, motivación por la salud

sostenida en el tiempo desde una óptica positiva y optimista, que es la principal oposición ante el miedo de enfermar y morir. (Roca 2000).

Estrategias de afrontamiento ante el factor estresante, modos de afrontamiento para la resolución de problemas y control de emociones como amenaza de la vida laboral, social, familiar y muerte.

Las actividades y cualidades volitivas, para realizar esfuerzos para mantener un régimen de alimentación, atención y rigor en los horarios de medicación, modificar hábitos de vida lo que está íntimamente relacionado con la voluntad del individuo.

Consideraciones individuales de responsabilidad de la enfermedad, cuando el individuo considera que su enfermedad es de causa ajena a él, como por ejemplo fuerzas sobrenaturales, o de otros individuos o acontecimientos el individuo presenta menos posibilidad de adherirse.

Tabla N° 1. Factores que influyen en la adherencia terapéutica.

<b>Factores</b>	<b>Aspectos a considerarse.</b>
Socioeconómicos.  Sociodemográficos	Pobre estado socioeconómico; analfabetismo; desempleo; suministro de medicamentos limitado; costo elevado de la medicación.  Edad.
Relacionados con el equipo de atención sanitaria	Falta de conocimiento y adiestramiento de los prestadores de asistencia sanitaria para controlar las enfermedades crónicas; relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente; falta de conocimiento, momento

	<p>inadecuado para las consultas; falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño.</p>
<p>Relacionados con la enfermedad y tratamiento</p>	<p>Comprensión y percepciones acerca de la Hipertensión. Regímenes de tratamiento complejos; duración del tratamiento; baja tolerancia del medicamento, efectos adversos del tratamiento.</p> <p>Monoterapia con regímenes sencillos de dosificación; dosis menos frecuentes; menos cambios en los medicamentos antihipertensores, clases más nuevas de medicamentos: antagonistas de la angiotensina II, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueantes de los canales del calcio.</p>
<p>Relacionados con la red social y apoyo familiar.</p>	<p>Percepción del apoyo de familiares, amigos grupos de autoayuda, comunidad.</p>
<p>Relacionados con el paciente.</p>	<p>Conocimiento y habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; desconocimiento de los costos y los beneficios del tratamiento; no aceptación del monitoreo.</p> <p>Percepción del riesgo para la salud relacionado.</p> <p>Aspectos cognitivos, motivacionales, y volitivos.</p>

*Tomado de OMS Informe sobre adherencia tratamientos a largo plazo 2004.*

### **Determinantes de la adherencia.**

Un considerable volumen de investigación empírica y descriptiva ha identificado los factores correlativos y los factores predictivos de la adherencia y la no adherencia. Estos son: los aspectos de la complejidad y la duración del tratamiento, las características de la enfermedad, los efectos iatrogénicos del tratamiento, los costos del tratamiento, las características de la prestación de servicios de salud, la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, y las variables sociodemográficas. <sup>(22)</sup> Muchas de estas variables son estáticas y pueden no ser susceptibles a la intervención, las variables dinámicas y, por ende, susceptibles a la intervención, primero, se identifican los comportamientos clave de los prestadores de asistencia sanitaria, los factores del sistema de salud y los atributos de los pacientes.

### **Delimitación conceptual de la adherencia terapéutica para la investigación.**

Para la presente investigación se toma como referente el concepto de la OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico ; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que se realizan estas indicaciones. Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos. <sup>(24)</sup>

Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene dada por dos aspectos



fundamentales; su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos. Son múltiples los estudios, en el ámbito internacional ya lagunos en el ámbito nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, existiendo datos en la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, asma bronquial, etc. También son abundantes los referentes a la importante repercusión que esta falta de adherencia tiene sobre la práctica clínica, habiéndose detectado repercusiones en términos tan diversos como falta de control del proceso, aumento de los costes sanitarios y no sanitarios, etc. <sup>(25)</sup>

Conocidas su frecuencia y sus repercusiones, es innegable la necesidad de su detección en la práctica clínica diaria, existiendo para ello diferentes métodos de detección. Estos métodos son clásicamente divididos en directos (determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido) e indirectos (interrogatorio, cuestionarios, control del proceso, recuento de comprimidos, etc.), existiendo amplia bibliografía sobre la validez, ventajas y limitaciones de los mismos.

La adherencia al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del citado profesional, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por parte de su paciente y dedique a ello el tiempo necesario (Hernández Flea 2009). <sup>(26)</sup>

La aparición de los síntomas estimula la búsqueda de ayuda profesional, si bien el intervalo de tiempo que media entre el inicio de los síntomas y la decisión de buscarla es variable. En este proceso inciden factores sociopsicológicos de diferente tipo: valor y creencias individuales y familiares, diferencias económico-sociales, situación social concreta en la que aparecen los síntomas, diferencia de sexos y edades, problemas psicológicos relacionados con la percepción de la enfermedad (algunos profundamente desacreditantes, los llamados estigmas, que fomentan determinadas actitudes hacia los pacientes

que las padecen e imprimen particularidades a las relaciones interpersonales y papeles sociales de estos por ejemplo, las ETS, el Sida, el cáncer.)<sup>(27)</sup>

En el área de las Ciencias de la Salud ha sido de gran interés la investigación de los motivos que llevan a los pacientes a cumplir o no las prescripciones pautadas por los terapeutas. Existen conductas que describen problemas en adherencia a los tratamientos: dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, todo lo cual se traduce en errores de omisión de dosis, de tiempo, de pronóstico, la ausencia a consultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para la mejora de la enfermedad.

Todo ello deriva en consecuencias tanto clínicas (menor resultados en la salud) como económicas (aumento de los costes sanitarios).

Es importante facilitar estrategias que promuevan el cumplimiento terapéutico, desde todas las perspectivas posibles, en función de aproximación al problema: educativas, conductuales, apoyo social/familiar, técnicas y en función a la enfermedad a la que van dirigidas: tratamiento de enfermedades agudas o crónicas, siempre de forma individual.

### **La evaluación de la adherencia terapéutica:**

La medición del cumplimiento terapéutico presenta numerosas dificultades, pudiendo utilizarse diversos métodos, directos o indirectos. El método indirecto basado en el recuento de comprimidos, considerado «patrón de oro», consiste en comparar el número de comprimidos que quedan en el envase teniendo en cuenta los prescritos y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento para obtener el porcentaje de cumplimiento (PC) considerándose buen cumplidor entre el 80 y 110%, pero esto no es aplicable en nuestro medio de atención primaria y mucho menos en el área rural.<sup>(28)</sup>

Para medir la adherencia existen otros métodos además se encuentran la monitorización de las concentraciones plasmáticas y el análisis de la evolución clínica y los datos analíticos; como métodos indirectos, se hallan la valoración del profesional sanitario, los dispositivos electrónicos, el recuento de medicación, los registros de dispensación de farmacia y los cuestionarios. También se debe considerar que hay métodos que miden la adherencia de forma prospectiva y otros lo hacen de forma retrospectiva.

De los dispositivos electrónicos destinados a facilitar la monitorización de la adherencia, existe el sistema MEMS (medication event monitoring system), que registra el momento en que el paciente abre el frasco de la medicación o un dispensador electrónico de medicación. Es el método más objetivo y fiable, siendo especialmente sensible para detectar la no adherencia y es el que se utiliza en investigación". Sin embargo, presenta algunas limitaciones: solo permite monitorizar un fármaco, requiere el reenvasado en un frasco especial, su coste es elevado, la apertura del envase no significa necesariamente toma de medicación.

Por su parte, el recuento de medicación resulta un método útil y barato pero que también plantea déficits: es necesaria la colaboración del paciente, requiere mucho tiempo, se sobreestima la adherencia, asume que el paciente no almacena medicación y que la dispensación se lleva a cabo en un único centro. La determinación plasmática es un método directo de medición de la adherencia. Permite detectar o prevenir la toxicidad por fármaco y plantea importantes ventajas en la población con farmacocinética alterada (embarazo, disfunción hepática, etc). Sin embargo, se trata de un método caro, invasivo, los niveles pueden estar disminuidos por otras razones distintas a la no adherencia (interacciones medicamentosas,...), y no está estandarizada la recogida ni la interpretación de los resultados. <sup>(29)</sup>

Los registros de dispensación son un método sencillo para monitorizar la adherencia, siendo el más empleado en nuestro medio. Con este recurso se trata de determinar los espacios de tiempo que el paciente ha estado sin medicación y mide la tasa de posesión de medicación por parte del

paciente. Su fiabilidad es mayor en un sistema de dispensación centralizada y mensual, y el intervalo de monitorización de la adherencia debe ser como mínimo de 6 meses (para poder evaluar adecuadamente la posible existencia de gaps en la administración). Con estos recursos no se consiguen detectar los motivos del incumplimiento ni la adherencia cualitativa.

Los cuestionarios, que evalúan la adherencia autoreferida por los pacientes, tienen dos inconvenientes principales, “hay muchos y, sin embargo, hay pocos que estén validados”. Básicamente, se identifican tres clases: el tipo Morisky-Green (variable dicotómica, cualitativa), el tipo dosis omitidas (cuantitativos) y el tipo mixto (información cualitativa y cuantitativa). Estos recursos suelen sobreestimar la adherencia, siendo especialmente importante el sesgo de memoria de los pacientes (a veces se les pide que recuerden si se tomaron la medicación hace más de 3-4 semanas) y el sesgo de respuesta (delante del médico, el paciente tiende a dar la respuesta que cree más acorde a las exigencias de su médico). Es interesante mencionar que varios autores indican que “ningún método de medición de la adherencia es exacto y, por eso, es interesante combinar varios de ellos; hay que utilizar herramientas validadas en la población latinoamericana y apropiados para la hipertensión arterial ; es mejor la medida de la adherencia como variable continua que la dicotómica; es indispensable hacer un seguimiento de los resultados clínicos; en tratamientos crónicos hay que medir adherencia continuada ; y para medir la adherencia cualitativa necesitamos usar cuestionarios”.

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. Indiscutiblemente,

no existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica, y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias. <sup>(22)</sup>

Un enfoque de medición es solicitar a prestadores y pacientes sus calificaciones subjetivas sobre el comportamiento de adherencia. Sin embargo, cuando los prestadores evalúan el grado en que los pacientes siguen sus recomendaciones sobreestiman la adherencia. El análisis de los informes subjetivos de pacientes ha sido asimismo problemático. Los pacientes que revelan no haber seguido las recomendaciones terapéuticas tienden a describir su comportamiento con exactitud <sup>(9)</sup>, mientras que los que niegan el no haberlas seguido informan sobre su comportamiento inexactamente

Otros medios subjetivos para medir la adherencia terapéutica son los cuestionarios estandarizados administrados por los pacientes. Las estrategias típicas han evaluado las características de pacientes o los rasgos de “personalidad” globales, pero estos resultaron ser magros factores predictivos del comportamiento de adherencia. No existe factor (es decir, rasgo) estable alguno que prediga de manera fiable la adherencia terapéutica. Sin embargo, los cuestionarios que evalúan comportamientos específicos que se relacionan con recomendaciones médicas específicas (por ejemplo, los cuestionarios sobre frecuencia de consumo de alimentos para medir el comportamiento alimentario y mejorar el tratamiento de la obesidad) pueden ser mejores factores predictivos del comportamiento de adherencia terapéutica. Inicialmente, puede parecer que las estrategias objetivas constituyen un avance respecto de los enfoques subjetivos pero todas tienen inconvenientes para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica. <sup>(30)</sup>

En la presente tesis se utilizó un instrumento validado cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG). IG 54,6 % para valorar el grado de adherencia terapéutica y clasificar a los pacientes en los grupos correspondientes, haciendo énfasis en la adherencia cualitativa (como) y se confeccionó un

cuestionario para valorar cada uno de los factores relacionados a la adherencia terapéutica basados en las dimensiones mencionadas en el informe técnico de la OMS 2004.

Son muchos los términos que se emplean actualmente para referirse a la toma subóptima de medicamentos por parte del paciente. Aunque habitualmente se emplean como sinónimos, “lo cierto es que no tienen las mismas connotaciones los términos cumplimiento, adherencia o persistencia”.

Se entiende por cumplimiento el porcentaje o medida en que el paciente sigue las instrucciones del prescriptor. El término adherencia en cambio, considera el comportamiento de toma de medicación adecuada y, en estos momentos, se prefiere frente al término “cumplimiento” porque hace referencia a la implicación del paciente en su tratamiento. Por su parte, la persistencia alude más a la duración del tratamiento (desde inicio hasta finalización), indicando durante cuánto tiempo toma el tratamiento.

Pero, incluso, la adherencia admite distinciones según si se hace referencia a una adherencia cuantitativa (¿cuánto?) o cualitativa (¿cómo?). Este último concepto, de adherencia cualitativa, tiene importantes implicaciones prácticas, puesto que informa sobre aspectos tan relevantes como el tipo de omisión de dosis (si los olvidos son puntuales, se producen sobre todo en fines de semana, dependen del horario de administración, se asocian con la restricción alimentaria). También es fundamental conocer si la falta de adherencia es intencionada o no, ya que “toda esta información nos ayudará a conocer mejor el perfil de adherencia individual de cada paciente y, por tanto, a diseñar mejores estrategias para solventar este problema” <sup>(29)</sup>

A pesar de existir un tratamiento eficaz, la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento

antihipertensor, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran el control óptimo de la presión arterial.<sup>(31)</sup>

Los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varían entre 50 y 70%. Esta variación se relaciona con las diferencias en los grupos de estudio, la duración del seguimiento, los métodos de evaluación de la adherencia y los regímenes medicamentosos empleados en diferentes estudios. Por ejemplo, los estudios que definieron la adherencia como 80% de la razón entre los días en los cuales se dispensó la medicación y los días en el período de estudio, informaron sobre tasas de adherencia que comprendían de 52 a 74%. Otros estudios que investigaron la interrupción de los antihipertensores comunicaron tasas de adherencia de 43 a 88%. Además, se ha calculado que, en el primer año de tratamiento, de 16 a 50% de los pacientes con hipertensión interrumpen sus medicamentos antihipertensores y, entre quienes siguen su tratamiento a largo plazo, las dosis de medicación perdidas son comunes. Estas cifras difieren para los pacientes recién diagnosticados y aquellos con hipertensión crónica, de muchos años. Otra fuente de variación que podría explicar las diferencias en las tasas de adherencia terapéutica es el método usado para medir la adherencia. Los ejemplos de los métodos empleados son el cálculo del porcentaje de comprimidos ingeridos en un período específico, el porcentaje de los pacientes que toman 80% de sus comprimidos, el mejoramiento del número de comprimidos tomados, las deserciones del tratamiento y el seguimiento, y las citas perdidas. También existen medidas sustitutas indirectas, como el cambio en la presión arterial y el logro de la presión arterial buscada.

Ferrer (1995), llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura estadounidense disponible al momento sobre el concepto de la adherencia, encontrando que se usaba indistintamente el término *compliance* o cumplimiento y *adherence* o adhesión. Por otra parte, Ortega (2004) menciona a los autores Rodríguez, Martín, Martínez y Valcárcel (1990) quienes hacen referencia de que la adherencia implica una gran diversidad

de conductas, entre las cuales se incluye desde el formar parte del programa de tratamiento y continuar con el mismo hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas médicas, ingerir correctamente los medicamentos y realizar correctamente el régimen terapéutico prescrito.<sup>(32)</sup>

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

En la tesis se considerara que las manifestaciones de la adherencia terapéutica se pueden diferenciar en tres niveles, total, parcial y no adherido. El nivel expresa el estado en el que se encuentra el proceso de la adherencia, en cuanto al alcance logrado por sus componentes en un momento y contexto determinado. Las tres categorías permiten hacer una diferencia escalonada, sin reducir el proceso a ninguno de sus extremos sino que permite valorar estado intermedios que se pueden mover en un sentido y además permite estudiar la dinámica del mismo.<sup>(33)</sup>

La adherencia total no implica un paciente cumplidor u obediente sino a un individuo comprometido, responsabilizado e involucrado con su enfermedad y aliado con el medico en beneficio de su salud.

### **La adherencia terapéutica en la hipertensión arterial.**

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública en el Ecuador y el mundo. Grave por ser silencioso en la mayoría de los casos, de ahí el término de “enemigo silencioso”, reconociendo esta enfermedad por las lesiones de los órganos descrito antes. Pocas personas presentan síntomas, siendo el síntoma primario la cefalea entre otros.



La Hipertensión Arterial se define como una enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mmHg. Se considera Hipertensión Arterial cuando las cifras de presión arterial sistólica son iguales o mayores de 140 mmHg y 90 mmHg de presión arterial diastólica y ante la presencia de comorbilidades como diabetes, enfermedad renal crónica estos valores están en límite de 130/80 mmHg. Se asocia a daños importantes de órganos blanco (corazón, riñones, vasos sanguíneos, órgano de la visión y encéfalo). Todas estas condiciones aumentan importantemente los riesgos de eventos cardiovasculares. <sup>(1-2-3-4-5)</sup> La HTA esencial o primaria representa el 90 al 95% de los casos y el 5 al 10% restante corresponde a HTA secundaria. Las causas de la HTA secundaria son: enfermedad renovascular, enfermedad renal parenquimatosa, coartación aórtica, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma y uso de medicamentos como fenilpropanolamina, anticonceptivos orales y corticoides, entre otros. Diversas claves en la historia clínica, el examen físico y los exámenes paraclínicos pueden sugerir HTA secundaria. En este documento nos referiremos a la Hipertensión arterial esencial. <sup>(1-2-3-4-7)</sup>

Clasificación de hipertensión.- Se utilizó la clasificación del VII Comité Nacional Conjunto para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial, por ser simple y de fácil aplicación en la práctica clínica, apoyada por un número importante de sociedades científicas (39 Organizaciones profesionales y 7 Agencias Federales). Es importante destacar que cuando la Tensión arterial sistólica (TAS) y la Tensión arterial diastólica (TAD) caen en diferentes categorías, debe seleccionarse la más alta para la clasificación de la Hipertensión Arterial. La Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH-ESC) conserva la clasificación de la Guía de la Organización Mundial de la Salud (WHO-ISH) y es un poco más compleja.

**Tabla N ° 2: Clasificación de la hipertensión arterial.**

CLASIFICACION. TA	TAS mm Hg	TAD mm Hg
Normal	< 120 y	< 80
Prehipertension	121-139 o	81-89
Hipertensión estadio1	140-159 o	90-99
Hipertensión estadio 2	≥160	≥ 100

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

Según estadísticas del M.S.P. y la Encuesta Nacional de Salud ENSANUT (2012), en el Ecuador existen aproximadamente 14'233.123 de habitantes, de los cuales un tercio de los mayores de 10 años (3'187.665) es prehipertenso y 717.529 ciudadanos de 10 a 59 años sufre de hipertensión arterial. De este 25% de casos, reciben tratamiento.

Se puede considerar la hipertensión arterial como un incremento variable de la carga mecánica y neurohumoral sobre el sistema cardiovascular siendo ésta la enfermedad crónica más frecuente en el mundo , ya que un tercio de la población adulta de los países desarrollados presentan una elevación de las cifras tensionales, y se reporta a nivel mundial una prevalencia del 26% , sin tener en cuenta la prehipertensión, ya que si se incluye aumentaría a niveles superiores. Se estima que para el año 2025 el 60% de la población adulta sufrirá de esta enfermedad.

Para el presente trabajo se tomó en cuenta la clasificación para la hipertensión arterial propuesta por Séptimo Informe del Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure JNC , ya que a pesar de ser una referencia mayor a los 5 años, sigue siendo válida pues el JNC 8 está aún en controversia, por tanto el JNC VII propone una presión arterial normal menor o igual a 120/80 mmHg, una prehipertensión hasta 139/89 mmHg, hipertensión grado I con

sistólica entre 140-159 mmHg y diastólica entre 90-99 mmHg, y la hipertensión grado II mayor a 160/100 mmHg.

El comienzo de la hipertensión arterial depende de la interacción entre la predisposición genética (antecedente familiar) y los factores ambientales como antecedentes alimentarios, psicosociales, cambios ponderales (peso), dislipidemia, tabaquismo, Diabetes Mellitus, nefropatías, cardiopatías, niveles elevados de ácido úrico, preeclampsia, entre otros. (7-10)

La hipertensión arterial es una patología claramente relacionada como principal factor de riesgo independiente y modificable para la insuficiencia cardiaca, infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, falla renal crónica (11), retinopatía, deterioro cognoscitivo, aterosclerosis periférica (6,12), entre otros, razón más que suficiente para implementar medidas encaminadas a su detección temprana, mejorar el tratamiento adecuado, prevenir el daño en los órganos blanco y con esto lograr que un número cada vez más alto de pacientes estén adecuadamente controlados (12). De este modo se logra disminuir de manera importante la morbimortalidad por esta patología y sus complicaciones. Debido a lo anterior el enfoque de tratamiento de esta patología debe ser multidisciplinario, partiendo de una exitosa relación médico paciente, entendiéndose ésta, como aquella interacción que tiene como objeto devolverle al paciente su salud, prevenir enfermedades y aliviar su padecimiento a través de una buena adherencia tanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico.(13)

Es razonable tener en cuenta que no solo se toma la adherencia como el tratamiento farmacológico, ya que el cuidado de la dieta, el ejercicio y los factores modificables, influyen en algún grado dependiendo de un cumplimiento adecuado.

En la actualidad la falta de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas se considera un verdadero problema de salud pública debido a

esto se debe profundizar en conocer, manejar y prevenir la patología hipertensiva, motivo principal para implementar campañas y esquemas de salud encaminados a la detección temprana y mejoramiento del tratamiento a través de la adherencia. Se evitaría así un incremento de los costos para un sistema de salud paupérrimo, el cual no se basa en la medicina preventiva y en cambio asume los grandes costos de las enfermedades crónicas.<sup>(23)</sup>

### **El tratamiento farmacológico.**

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes en patología cardiovascular, representando un problema en más de la cuarta parte de la población occidental. Es por ello que continuamente aparecen ensayos clínicos con nuevas terapias farmacológicas que ayudan a su control.

En el presente trabajo se tomara en cuenta las conclusiones del panel de expertos del JNC 7 se indica tratamiento farmacológico para personas con hipertensión de fase 1, los diuréticos tiazídicos se deben utilizar «como tratamiento inicial en la mayor parte de los pacientes con hipertensión». Las razones son el bajo coste económico de los diuréticos y la evidencia de que los diuréticos han sido, virtualmente, los mejores medicamentos para la prevención de las complicaciones cardiovasculares en la hipertensión». Los críticos pueden señalar que «mejores» no es lo mismo que «superiores», y también que los ensayos clínicos ALLHAT han presentado varios problemas metodológicos <sup>(17,18)</sup>. Un problema importante en el estudio ALLHAT fue la asociación forzada por el protocolo entre el lisinopril y el atenolol, en vez de un diurético o de un antagonista del calcio del grupo de la dihidropiridina (que es la elección más habitual en la práctica clínica), en las personas resistentes a la monoterapia. De manera inevitable, este tipo de combinación favoreció a la clortalidona (que se podía añadir al atenolol en una combinación farmacológicamente apropiada) sobre el lisinopril.

Más allá de las consideraciones relativas a la prehipertensión y al tratamiento inicial con diuréticos, el JNC 7 muestra que si la PA anterior al tratamiento es  $> 20/10$  mmHg por encima de la PA objetivo, se debe considerar la posibilidad de comenzar el tratamiento con 2 agentes farmacológicos. Así, en el JNC 7 se indica claramente que en todas las personas no diabéticas con una PA sistólica  $> 160$  mmHg o una PA diastólica  $> 100$  mmHg (así como en todos los diabéticos con una PA sistólica  $> 150$  mmHg o una PA diastólica  $> 90$  mmHg) es necesario comenzar el tratamiento con 2 fármacos.

En la organización de los sistemas de salud de Europa, hay grandes variaciones, pero en la mayoría de los países la HTA se diagnostica y se maneja en atención primaria (médico de familia). En algunos países, los especialistas de consulta ambulatoria se encargan de las pruebas más complejas (ultrasonidos, etc.) y de los casos más difíciles de tratar, mientras que otros disponen únicamente de especialistas basados en el hospital y unidades de HTA como referencia. En un pequeño número de países, personal de enfermería con educación y entrenamiento específicos asiste al médico en la prescripción de tratamiento, consulta, referencia e incluso la hospitalización de sujetos con PA elevada. Sin embargo, en la mayoría de los países, la enfermería no comparte estas responsabilidades del médico. Varios estudios muestran que la atención en equipo puede reducir en mayor grado la PA que la atención convencional, con mayor reducción de la PAS (aprox., 10 mmHg de media) y alrededor de un 22% más en la tasa de control de la PA, según un metanálisis de 37 estudios en los que se comparó la atención en equipo frente a la convencional. La atención en equipo, comparada con la convencional, se ha mostrado efectiva si implica la participación de personal de enfermería o farmacéuticos en la consulta o en la comunidad. El efecto beneficioso de la implicación de farmacéuticos y enfermería en el manejo de la HTA se ha obtenido cuando entre sus tareas se incluía la educación del paciente, consejos médicos y de comportamiento, evaluación de la adherencia al tratamiento y, para farmacéuticos, la interacción con los médicos en el área del tratamiento

basado en las guías de práctica clínica En una revisión 33 casos publicados entre 2005 y 2009, los objetivos de PA se alcanzaban más frecuentemente cuando la interacción incluía un algoritmo de tratamiento administrado por enfermería, que se encargaba asimismo del seguimiento telefónico del paciente. Sin duda, las estrategias en equipo tienen un importante potencial para mejorar el tratamiento antihipertensivo, comparadas con las estrategias basadas únicamente en el médico. Médicos, enfermeras y farmacéuticos deben estar representados y el médico general, cuando fuera necesario, debe interactuar con especialistas de varias áreas, como internistas, cardiólogos, nefrólogos, endocrinólogos y dietistas. La contribución de la enfermería es especialmente importante para la implementación de cambios en el estilo de vida, para los que la adherencia a largo plazo es extremadamente baja. <sup>(34)</sup>

Mientras que las principales conclusiones del (JNC 8) son las siguientes: “Joint National Committee” cuyas principales recomendaciones para el manejo de la hipertensión arterial, se basan en su adherencia a la evidencia científica disponible.

Se recomienda tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos de más de 60 años si su presión arterial sistólica es mayor de 150 mmHg o la diastólica mayor de 90 mmHg. Además, si en este grupo se consiguen cifras de presión arterial sistólica menores de 140 mmHg y no asocia efectos adversos, el tratamiento no precisa ajustes.

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

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

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

El principal objetivo del tratamiento antihipertensivo es el mantenimiento de las cifras de TA previamente referidas. Si en el plazo de un mes no se alcanzan objetivos, se recomienda aumentar la dosis del fármaco utilizado o añadir uno nuevo (esta última opción hay que valorarla si las cifras de TA al inicio son mayores de 160/100 mmHg). En líneas generales, se recomienda no utilizar la asociación IECA/ARA II. Por último, de no alcanzar los objetivos si se añaden un total de 3 fármacos, la recomendación es derivar a una unidad especializada en hipertensión arterial.

### **Estrategias no farmacológicas.**

Las estrategias no farmacológicas son un pilar fundamental en no solo en el manejo sino en la prevención de la hipertensión arterial, lo cual implica educación sobre su detección temprana y hábitos saludables de vida, que solamente pueden ser resueltos con campañas amplias de educación a la comunidad, muchas veces dichas estrategias son remplazados únicamente por los fármacos, a pesar de haberse demostrado ampliamente los beneficios en el cambio de estilos de vida.

Cambios nutricionales. Control de peso

Se ha demostrado cómo la reducción de 5 a 6 kilogramos de peso puede tener modificaciones metabólicas sustanciales y producir impacto en los aparatos cardiovascular y osteomuscular. Idealmente, el paciente debe llegar a un peso normal y a un índice de masa corporal inferior a 25.

En los hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una caída de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 21 y 13 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD).

Dieta DASH (dietary approach to stop hypertension)

Además de los conocidos beneficios obtenidos con la disminución de peso y restricción de sodio, algunas otras modificaciones dietéticas que son conocidas como patrones dietéticos saludables entre las que destacan la dieta DASH y la dieta mediterránea- han probado un beneficio importante en el control de la HTA.

La dieta DASH reduce la PAS de 8 a 14 mmHg. La dieta conlleva la reducción de las grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas, reemplazándolos con granos integrales, carne de aves, productos lácteos bajos en grasas, pescado y frutos secos. El plan alimentario es recomendado por la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association).

Consumo de sal

Existen evidencias de que la disminución del consumo de sal se asocia a una disminución de la PA en pacientes hipertensos. La respuesta individual a la sal es mayor en pacientes de raza negra, diabéticos y ancianos. En el Ecuador, el consumo promedio de sal es de 10 gramos por día y se recomienda una dieta de menos de 5 g/ día de sal.

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

Un consumo excesivo de sal puede ser una causa de hipertensión resistente al tratamiento.



Se recomienda que en pacientes que están acostumbrados a consumir comidas ricas en sal, el gusto de la comida baja en sal pueda mejorarse con el uso de limón, ají, especias y vinagre.

#### Actividad física.

La actividad física es un predictor independiente de mortalidad cardiovascular. El ejercicio físico aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (unos 3 a 4 mmHg), aunque combinado con la restricción calórica se logra mayores efectos, tanto en la reducción de la PA como en el mantenimiento de un peso bajo.

Sobre esta base, debe recomendarse la práctica de ejercicio físico aeróbico a todos los pacientes hipertensos. La cantidad y el tipo de ejercicio deben ser individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de la práctica deportiva.<sup>(35)</sup>

Todas las prácticas deportivas aeróbicas son recomendables y, en cualquier caso, el mínimo exigido se estima en caminar rápido durante 30 a 45 minutos, al menos 5 días a la semana.

No es recomendable el ejercicio físico isométrico intenso (levantamiento de pesas), dado su efecto presor y, en los pacientes con HTA grave, antes de recomendar la práctica de ejercicio intenso, debe procederse a un descenso de la presión con tratamiento antihipertensivo.

#### Abandono del tabaco

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

## **Disminución del consumo de bebidas alcohólicas**

El consumo de más de una onza de alcohol diariamente eleva la presión arterial en forma permanente. Este incremento será mayor en el fumador y en la persona con colesterol elevado. El consumo de más de dos copas de licor por día aumenta el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión. Dicha relación no es completamente lineal, de forma que la incidencia de HTA se incrementa con dosis de etanol a partir de 210 g/semana (30 g/día) en los hombres y a partir de 140 g/semana (20 g/día) en las mujeres o en los sujetos de raza negra.

Además, el consumo compulsivo (embriaguez) se asocia de forma especial con la mortalidad por ictus. La moderación del consumo de alcohol o su cese reducen las cifras de PA en hipertensos bebedores.

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

La recomendación general para los pacientes hipertensos debe ser la siguiente:

- A los hipertensos abstemios debe recomendarse que se mantengan abstemios.

Aunque el consumo moderado de alcohol pueda tener un efecto protector sobre la enfermedad cardiovascular, el inicio en su consumo puede motivar dependencia.

- A los hipertensos bebedores se les debe aconsejar la reducción del consumo a cifras inferiores a 210 g/semanales (30 g/diarios) en los varones y a 140 g/ semanales (20 g/diarios) en las mujeres y sujetos de raza negra.

## **2.4 Hipótesis.**

Los factores de comportamiento de los prestadores de asistencia sanitaria, y los atributos de los pacientes son los que tienen mayor influencia sobre la adherencia terapéutica en los hipertensos.

## **2.5 Señalamiento de variables de la hipótesis.**

**Variable independiente:** FACTORES" (socioeconómicos, del equipo de salud, del fármaco, de la enfermedad del paciente)

**Variable dependiente:** Adherencia Terapéutica.

## Capítulo 3

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Enfoque.**

El enfoque es cuali- cuantitativo ya que intenta acercarse al conocimiento de la realidad social a través de la observación de los factores asociados a la adherencia terapéutica. Su objetivo no es centrarse únicamente en el acto de conocer sino que el centro de interés se desplaza con esta metodología a las formas de intervenir, se utilizara para la recolección de datos la entrevista estructurada, observación.

Metodología

#### **3.2 Modalidad básica de la investigación**

Es una investigación de campo, ya que nos permitió tener un acercamiento directo con el problema, de los diferentes factores asociados a la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial que se complementara con una investigación bibliográfica documental.

#### **3.3.- Tipo de investigación.**

El estudio es de nivel de relacional, con diseño transversal, ya que nos permite relacionar los diferentes niveles de adherencia con los factores socioeconómicos, del equipo de salud, de la enfermedad, del enfermo de la familia, para ver el grado de influencia que estos tiene sobre la adherencia de los pacientes con hipertensión arterial.

#### **3.4 Población y muestra.**

Se trabajó con el universo de la población de pacientes hipertensos, se tomó como población total a los individuos que acuden a la consulta externa del centro de salud de San Andrés y que han sido dispensarizados

mediante ficha familiar como hipertensos. Además se tomó como referencia el informe de la OMS del 2012 en donde manifiesta como indicador que en Ecuador existen 13 hipertensos por cada 1000 habitantes.

A todos los pacientes con HTA se les aplicó el instrumento para medir la adherencia terapéutica. Esto nos arrojó si son o no son adherentes.

Criterios de inclusión.

- Tener diagnóstico de hipertensión arterial bajo tratamiento médico por más de 1 año.
- Tener 40 años y más.
- Dar su consentimiento para participar en la investigación.

### **Criterios éticos**

Consentimiento informado, todos los participantes de la investigación firmaron la hoja del formulario creado para la investigación, además para preservar la confidencialidad de los participantes se asignó un código a cada cuestionario y entrevista que se les realizó, ver Anexo 1.

### 3.5 Operacionalización de variables.

Tabla N° 3: Variable independiente: Factores que influyen en la Adherencia Terapéutica.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Son cinco conjuntos de factores, denominados "dimensiones" cuya acción reciproca se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factores socioeconómicos.</li> </ul> <p>Medida total económica, y psicológica que combina la preparación laboral de una persona y la posición socioeconómica basada en sus ingresos, educación y empleo.</p>	<p>Edad.</p>	<p>Edad en años cumplidos</p> <p>Cuantos años cumplidos tiene.</p>	<p>Cuestionario.</p> <p>Entrevista.</p> <p>Cuestionario del INEC.</p>
		<p>Genero</p>	<p>De que genero se considera usted.</p> <p>Hombre, Mujer.</p>	
		<p>Auto identificación étnica</p>	<p>De que raza se considera usted?</p> <p>Mestizo, Blanco, Indígena.</p>	
		<p>Nivel de Instrucción.</p>	<p>Qué nivel de instrucción tiene?</p>	

			<p>Primaria: Nivel de enseñanza aprobado</p> <p>Persona que refiere haber culminado sus estudios primarios</p> <p>Secundaria: refiere haber culminado sus estudios secundarios.</p> <p>Superior: Profesional con título de tercer nivel.</p>	
		Estado civil	<p>Soltero</p> <p>Casado.</p> <p>Divorciado.</p> <p>Viudo.</p>	
		<p>Nivel socioeconómico.</p> <p>Clasificación según encuesta de INEC</p>	<p>Alto: De 845,1 a 1000 puntos en la encuesta del INEC</p> <p>Medio: 535,1_845 puntos</p> <p>Bajo: 316 – 535 puntos.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factores relacionados con el tratamiento.</li> </ul>	Disponibilidad de fármaco.	<p><b>De no realizar el tratamiento o realizar el tratamiento o realizar parcialmente, esto debe a:</b></p> <p>a) ___ El tratamiento es complejo (más de un medicamento, varias veces en el día).</p> <p>b) ___ Con frecuencia falta los medicamentos en la farmacia.</p> <p>c) ___ No tengo suficiente dinero para pagar los medicamentos.</p> <p>d) ___ Dejo de utilizar los medicamentos por los efectos indeseables que producen los medicamentos.</p> <p>e) ___ Considero que el tratamiento no resuelve mi problema de salud.</p> <p>f) ___ Se me olvida hacer el tratamiento de la forma correcta.</p>	
		Frecuencia de administración.	<p>1 vez al día, 2 veces y 3 o más veces al día.</p> <p>1 fármaco. 2 fármacos, y 3 o más fármacos.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factores relacionados con el paciente.</li> </ul>	Criterio de curación de la enfermedad.	La HTA es una enfermedad curable si o No.	
		Olvido	Se toma todas las dosis indicadas.	



		<p>Ansiedad.</p> <p>Baja motivación.</p> <p>Falta de aceptación de la enfermedad.</p> <p>Creencias con respecto al tratamiento.</p> <p>Incredulidad del diagnóstico.</p> <p>Efecto percibido del tratamiento</p>	<p>Cuando le informaron que era hipertenso:</p> <p>a) Sintió que peligraban sus proyectos de trabajo.</p> <p>b) Sintió que cambiaban sus relaciones con su familia y amigos.</p> <p>c) Pensó que era un error.</p> <p>d) Sintió que su vida acabaría rápidamente.</p> <p>e) Se volvió dependiente del cuidado y afecto de su familia.</p> <p>f) Sintió que perdía oportunidades laborales.</p> <p>g) Busco información en libros o en internet.</p> <p>h) Ha hecho preguntas a otras personas acerca de la enfermedad.</p> <p>i) Busco ayuda económica de la familia.</p> <p>j) Se ha sentido culpable por padecer una enfermedad crónica.</p> <p>k) Usted continúa su vida como si nada hubiera pasado.</p>	
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores relacionados con la enfermedad.</b></li> </ul>	Gravedad de los síntomas.	<p>Usted realiza el tratamiento cuando siente alguno de los siguientes síntomas:</p> <p>a) Mareos.</p> <p>b) Dolor en el pecho.</p> <p>c) Sudoración.</p> <p>d) Frialdad.</p> <p>e) Zumbido en los oídos.</p> <p>f) Dolor de la cabeza.</p> <p>g) Dolor en los ojos.</p> <p>h) Lo realizo siempre aunque no tenga los síntomas anteriores.</p>	Encuesta. Entrevista.
		Percepción de la enfermedad.	<p><b>Según sus conocimientos conteste lo que considere verdadero.</b></p> <p>a) ___ La hipertensión arterial es una enfermedad que se padece toda la vida con cualquier tipo de tratamiento.</p> <p>b) ___ La hipertensión puede controlarse con dieta ejercicios y medicación.</p> <p>c) ___ En la hipertensión solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso.</p>	

		Presencia de Comorbilidades.	Si tiene usted alguna enfermedad asociada: Diabetes, drogas, alcohol, depresión.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factores relacionados con el equipo de salud.</li> </ul>	Tiempo pasado con el médico.  Comunicación del medico	<b>En la consulta usted percibe que su médico.</b>  a) ___ Le explica con énfasis la importancia de realizar el tratamiento. b) ___ Lo consulta sin mostrar interés. c) ___ Se manifiesta impaciente por concluir. d) ___ Se muestra receptivo ante sus dudas. e) ___ Es agradable en el trato. f) ___ Es desagradable en el trato. g) ___ Le explica y refuerza las indicaciones escritas en la receta. h) ___ Le indica el tratamiento poco a poco.	
		Cumplimiento de las consultas de seguimiento.	Según MAIS_	

		Entrega de indicaciones claras y por escrito	a) ___ Entiendo las indicaciones médicas dadas verbalmente. b) ___ Entiendo las indicaciones médicas que me dan por escrito. c) ___ No entiendo las indicaciones médicas. d) ___ Entiendo poco las indicaciones médicas.	
--	--	---	---	--


Tabla N° 4: VARIABLE DEPENDIENTE: Adherencia terapéutica.

DEFINICION.	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
La medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control sobre la ingesta de medicamentos.</li> </ul>	<p><b>Adherentes.</b></p> <p>Paciente adherente se considera el que cumple todas las indicaciones médicas ósea el 100%</p>	<p>Ingiero mis medicamentos de manera puntual.</p> <p>No importa que el tratamiento sea largo siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.</p> <p>Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.</p> <p>Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.</p>	Cuestionario Martín-Bayarre-Grau.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento médico conductual.</li> </ul>	<p><b>Parcialmente adherentes;</b> son los que cumplen</p>	<p>Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoeficacia.</li> </ul>	<p>de manera parcial entre el 50 y el 99% de las indicaciones.</p>	<p>Asisto a mis consultas de manera puntual.</p> <p>Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.</p> <p>Después de haber terminado el tratamiento regreso a la consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.</p>	
--	---	--	---	--

		<p><b>No adherentes,</b> los pacientes que cumplen las indicaciones de manera tan baja que no son efectivas para su enfermedad, menos del 50% de las indicaciones.</p>	<p>Cuando me dan el resultado de mis análisis clínicos estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento. Cuando tengo mucho trabajo o tengo muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluidos. Si en poco tiempo veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.</p>	
			<p>Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que este en mis manos para aliviarme Aunque el tratamiento sea complicado lo sigo</p> <p>.</p> <p>.</p>	



### 3.6 Plan de recolección de la información.

Para la variable dependiente “Adherencia Terapéutica” Cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG). IG 54,6 %, se trata de un test fiable y valido para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos valora el grado de adherencia terapéutica y clasifica a los pacientes en los grupos correspondientes, haciendo énfasis en la adherencia cualitativa (como). Está basado en comportamientos explícitos; incluye una escala para cada ítem de siempre, a veces, nunca, en la que el paciente elige, la efectividad de su comportamiento. Se considera que una respuesta más cercana a 100 indica que el paciente es más adherente, contiene 12 ítems que se agrupan en tres factores que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas. El primero, Control de ingesta de medicamentos y alimentos, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos. El segundo, Seguimiento médico conductual, evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo (asistir a consultas, realizarse análisis clínicos, entre otras). Finalmente, el tercero, Autoeficacia, evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud (ser constante en el tratamiento, no olvidar la ingesta de medicamentos, entre otras conductas). Los tres factores que identifica esta escala son:

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

**Para la Variable Independiente:** Para medir la variable independiente (factores que influyen en la Adherencia Terapéutica) se realizó una entrevista estructurada que consta de un cuestionario diseñado de manera específica para este estudio, para identificar aquellos factores que pudieren influir en la adherencia; basado en las dimensiones planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales abarcan factores :

*Socioeconómicos:* se utilizó la encuesta de estratificación del nivel socioeconómica del INEC del Ecuador que clasifica a las familias en nivel Alto, Medio y bajo, ver Anexo 5, además otras como edad sexo, raza nivel de educación ocupación estado civil que se recogen en la encuesta.

*Relacionados con el tratamiento:* En los que se hizo énfasis en los aspectos de disponibilidad del fármaco en la unidad de salud de la parroquia según consta en cuadro básico de medicamentos y si el individuo puede o no comprarlos en el caso de que no existan en el centro de salud, la frecuencia de administración, sea esta monodosis y multidosis, y el número de medicamentos. Anexo 3

*Relacionados con el paciente:* el olvido en la toma de medicamentos, la percepción que tiene el individuo sobre riesgo, si piensa que la hipertensión arterial tiene o no cura y las repercusiones de la enfermedad sobre el individuo y la familia. Así como el apoyo comunitario.

Relacionados con el equipo de salud: si el profesional que atiende a los pacientes cumple con las normativas del MAIS, y brinda confianza y mantiene una buena relación médico paciente. Ver anexo 3

La investigadora aplico en cuestionario y posteriormente la entrevista a los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del centro de Salud de San Andrés, y que han sido dispensarizados mediante ficha familiar como hipertensos

### **3.7 Procesamiento de la información.**

Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas: Frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

Medidas de resumen para variables cuantitativas, medidas de tendencia central

- Determinación de nivel de asociación, Prueba estadística:  $\chi^2$  de homogeneidad e independencia nivel de confianza del 95%.

Si  $p > 0,05$  no hay asociación.

Si  $p \leq 0,05$  existe asociación.

### **3.8 Presentación de los resultados**

Los resultados de la investigación se presentaron en tablas y gráficos, que se realizaron basados en la base de datos creada en Excel, los datos de la entrevista se presentan en tablas en Microsoft Excel.

Los datos fueron tabulados en el programa Excel 2007 (Microsoft Corp.) y analizados mediante los programas estadísticos IBM SPSS 20 (IBM Corp) y el EpiInfo™ 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

## CAPITULO 4

### ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

#### 4.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION.

##### 4.1.1 Características sociodemográficas.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de alta prevalencia a nivel mundial que se asocia generalmente con el incremento de la edad.

#### RESULTADOS.

Tabla N° 5. Distribución de las características sociodemográficas de los hipertensos en la parroquia San Andrés cantón Pillaro, 2016

VARIABLES SOCIOECONOMICAS	HIPERTENSOS	
		n %
<b>Grupos de Edad</b>	40 a 49	11 (10.0)
	50 a 59	47 (42.7)
	60 a 69	21 (19.1)
	70 y más.	31 (28.2)
<b>Sexo</b>	Masculino	38 (34.5)
	Femenino	72(65.5)
	Total	110 (100.0)
<b>Ocupación</b>	Agricultor	63 (57.3)
	Albañil	10 (9.1)
	Chofer	9 (8.2)
	Quehaceres Domésticos	28 (25.5)

	Total	110 (100.0)
<b>Nivel de Instrucción.</b>	Ninguna	5 (4.5)
	Primaria	83 (75.5)
	Secundaria	19 (17.3)
	Superior	3 (2.7)
	Total	110 (100.0)
<b>Estado Civil</b>	Soltero	2 (1.8)
	Casado	86 (78.2)
	Divorciado	10 (9.1)
	Viudo	12 (10.9)
	Total	110 (100.0)
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Bajo	62 (56.4)
	Medio	47 (42.7)
	Alto	1 (0.9)
	Total	110 (100.0)

Elaborado por: Mayra Chiluiza. Fuente: Encuesta

En la tabla N° 5 se observa que el grupo de edad más representado fue el de 50 a 59 años de edad, con 42.7 %; seguido del grupo de 70 y más, con 28.2%. Las mujeres son las más representadas con el 65.5 %.

Según las estadísticas aportadas por Análisis de la Situación de Salud del año 2015 en la parroquia San Andrés las féminas exhiben el mayor riesgo de ser hipertensas siendo 11,3 x 100 mujeres.

En un estudio realizado en Brasil Cipullo (2010) (36) al investigar la ocurrencia de la hipertensión arterial en relación con la edad se observa un aumento progresivo de la hipertensión en relación a la edad llegando hasta en un 70% en los individuos con más de 70 años. Ávila (2010) relata la existencia de una relación directa de la presión arterial con la edad siendo

la prevalencia de la Hipertensión arterial superior al 60% en individuos con más de 65 años.

#### **4.1.1.2 Ocupación.**

El entorno laboral desarrolla un papel importante en el desarrollo de la hipertensión arterial el riesgo de padecer hipertensión arterial es un 14% mayor entre quienes trabajan 40h, un 17% mayor entre quienes lo hacen entre 41 y 50 horas y un 29% superior entre las que trabajan 51 horas o más estos son datos basados en estudios realizados en Japón país en donde existe gran presión laboral.

En la tabla N° 5 se aprecia que la profesión que tiene mayor número en los hipertensos es la agricultura, con un 57,3% del total seguida de los quehaceres domésticos con el 25,5% de los hipertensos.

En un estudio realizado en California, (Estados Unidos) 2001 exploró la relación entre horas de trabajo e hipertensión arterial en donde se analiza que trabajar más horas supone menos tiempo para descanso que se cree está relacionado con una alteración de los procesos fisiológicos.

Los estilos de vida como el tabaquismo, una dieta poco saludable y el sedentarismo están relacionados con el exceso de horas de trabajo expone a los pacientes a factores psicosociales nocivos en el entorno laboral.

#### **4.1.1.3 Nivel de instrucción.**

En la tabla N° 5 se observa que el nivel de instrucción de los hipertensos corresponde a nivel primario con 75,5% seguido del nivel secundario con 17,3% y analfabetos con 4,5% representado por 5 hipertensos.

Concuerda con los datos del INEC (37) de la provincia de Tungurahua quien indica que la alfabetización es representada por la instrucción primaria y secundaria y muy baja presentación la superior.

NASCENTE (2010) (36) la baja escolaridad está asociada a las mayores tasas de enfermedades crónicas no transmisibles en especial en la hipertensión arterial.

#### **4.1.1.4 Estado civil.**

En la tabla N° 5 se observa que el estado civil más representativo entre los individuos corresponde a los casados con 78.2 %, seguido de los viudos con 12 y divorciados con 10 que corresponde al 10.9 y 9.1 % respectivamente.

En un estudio realizado por Redondo (38) en donde se analiza la red social de los hipertensos indica que los individuos casados y los que viven acompañados presentaron hipertensión arterial con menos frecuencia que los no casados.

#### **4.1.1.5 Nivel socioeconómico.**

En la tabla N° 5 se observó que el nivel socioeconómico que predominó en los hipertensos fue el bajo que lo constituyen el 56,4 % seguido del nivel medio con 47 que corresponden al 42, 7 % y solo un 0,9% de hipertensos que se encuentran en el nivel alto. Cipullo (2010) hay tasas más altas de enfermedades cardiovasculares en grupos con nivel socioeconómico bajo

#### **4.1.2 Niveles de adherencia de los hipertensos.**

La adherencia terapéutica es un factor clave para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario. En los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2004), que califica la falta de adherencia como un problema mundial de gran magnitud.

Tabla N° 6. Distribución de los niveles de adherencia en los hipertensos en San Andrés cantón Pillaro, 2016.

Niveles de Adherencia	Hipertensos	
	Nº	%
No Adherentes	53	48,2
Poco adherente	42	38,2
Adherente	15	13,6
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

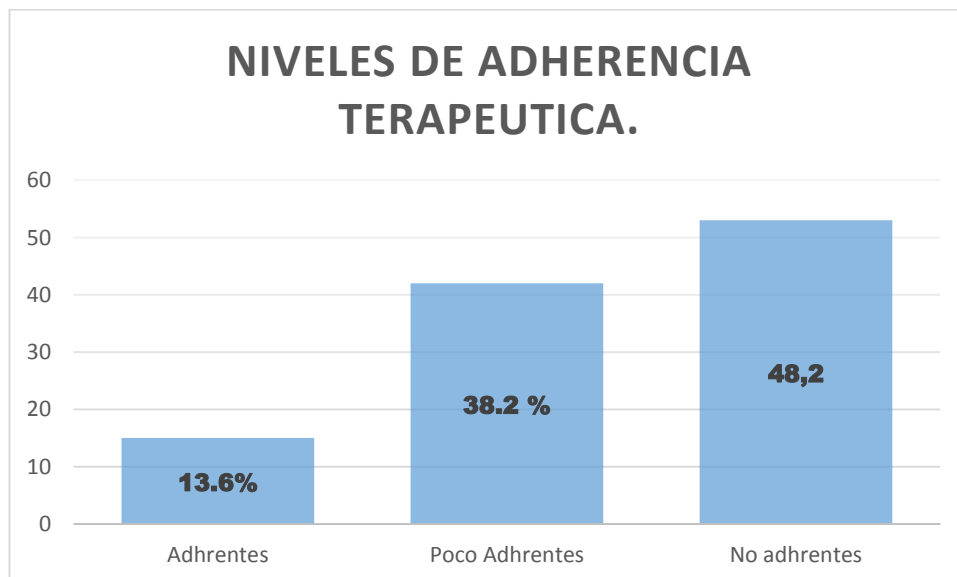
Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Mayra Chiluiza.

Graf: N° 1 Distribución de los niveles de adherencia en los hipertensos en San Andrés cantón Pillaro, 2016.

Fuente: tabla N° 6.

Elaborado por: Mayra Chiluiza



En la tabla N° 6 se observa que los encuestados exhibieron mala adherencia en un 48,2% con un total de 53 encuestados, seguidos del



grupo de poco de parcialmente adheridos con un total de 42 encuestados correspondientes al 38.2% y solo 13.6 % exhibió adherencia total.

Tabla N°7: Distribución de los niveles de adherencia en relación con los factores socioeconómicos, en los hipertensos de la parroquia San Andrés cantón Pillaro, 2016.

Factores socioeconómicos		No Adherentes		Poco adherente		Adherente		Total		X <sup>2</sup>	P
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Grupos de Edad (años)</b>	40 a 49	5	(9.4)	4	(9.5)	2	(13.3)	11	(10.0)	13.49	<0.096
	50 a 59	17	(32.1)	23	(54.8)	7	(46.7)	47	(42.7)		
	60 a 69	10	(18.9)	10	(23.8)	1	(6.70)	21	(19.1)		
	70 a 79	10	(18.9)	3	(7.1)	4	(26.7)	17	(15.5)		
	80 y mas	11	(20.8)	2	(4.8)	1	(6.7)	14	(12.7)		
<b>Sexo</b>	Total	53	(100.0)	42	(100.0)	15	(100.0)	110	(100.0)	6.69	<0.035*
	Masculino	12	(22.6)	20	(47.6)	6	(40.0)	38	(34.5)		
	Femenino	41	(77.4)	22	(52.4)	9	(60.0)	72	(65.5)		
	Total	53	(100.0)	42	(100.0)	15	(100.0)	110	(100.0)		
<b>Ocupación</b>	Agricultor	30	(56.6)	27	(64.3)	6	(40.0)	63	(57.3)	5,223	<0. 516
	Albañil	4	(7.5)	4	(9.5)	2	(13.3)	10	(9.1)		
	Chofer	4	(7.5)	2	(4.8)	3	(20.0)	9	(8.2)		

	Q D	15 (28.3)	9 (21.4)	4 (26.7)	28 (25.5)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		
<b>Nivel de Instrucción</b>	Ninguna	2 (3.8)	3 (7.1)	0 (0.0)	5 (4.5)	26,087	<0,000*
	Primaria	43 (81.1)	35 (83.3)	5 (33.3)	83 (75.5)		
	Secundaria	6 (11.3)	4 (9.5)	9 (60.0)	19 (17.3)		
	Superior	2 (3.8)	0 (0.0)	1 (6.7)	3 (2.7)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		
<b>Estado Civil</b>	Soltero	0 (0.0)	2 (4.80)	0 (0.00)	2 (1.8)	7,399	0,286
	Casado	38 (71.70)	35 (83.3)	13 (86.7)	86 (78.2)		
	Divorciado	7 (13.2)	2 (4.8)	1 (6.7)	10 (9.1)		
	Viudo	8 (15.1)	3 (7.1)	1 (6.7)	12 (10.9)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Bajo	30 (56.6)	28 (66.7)	4 (26.7)	62 (56.4)	8,388	0.78
	Medio	22 (41.5)	14 (33.3)	11 (73.3)	47 (42.7)		
	Alto	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		

Elaborado por: Mayra Chiluiza.

Fuente: Encuesta

En la tabla N° 7 se observó que la adherencia fue significativamente menor en los encuestado con instrucción primaria con un total de 43 que representa 83% de los hipertensos con ese nivel de instrucción con  $X^2=26,08$  y una  $p=0.000$ , y los niveles de adherencia significativamente mayor se observó en los encuestados con instrucción secundaria, 9 (60%) para ese nivel de instrucción.

Los niveles de adherencia resultaron ser mayores en los grupos de edad de 50- 59 años, en comparación con los otros grupos de edad, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La adherencia parcial y total fue ligeramente mayor en el sexo femenino con 9(60%) y 22 (54%) respectivamente con  $p= <0.035$ .

Análogamente los casados exhiben las mayores cifras de adherencia con 13 (86%) en comparación con los solteros, pero a su vez muestran las cifras más altas de no adherencia con 38 (71.7%) diferencias que no son estadísticamente significativas.

Tabla N ° 8, Niveles de adherencia en relación con los factores del equipo de salud parroquia San Andrés cantón Pillaro, 2016.

Factores relacionados con el equipo de salud		Niveles de Adherencia				X <sup>2</sup>	P
		No Adherentes	Poco adherente	Adherente	Total		
		nº %	nº %	nº %	nº %		
Como se siente con la atención que recibe de su médico.	Insatisfecho	46 (86.8)	9 (21.4)	1 (6.7)	56 (50,9)	109,9	0.000*
	Satisfecho	6 (11.3)	33 (78.6)	4 (26.7)	43 (39.1)		
	Muy Satisfecho	1 (1.9)	0 (0.0)	10 (66.7)	11 (10.0)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		
Su médico programa sus consultas de seguimiento.	No	42 (79.2)	8 (19.0)	2 (1.1)	50 (45.5)	48,7	0.000
	Si	11 (20.8)	34 (81.0)	13 (98.7)	60 (54.5)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		

Indicaciones	No	51 (98.7)	20 (47.6)	5 (6.3)	73 (66.4)	5,223	0,000*
médicas, claras y escritas.	Si	2 (1.2)	22 (52.4)	10 (95.7)	37 (33.6)		
	Total	53(100.0)	42 (100,0)	15 (100.0)	110 (100.0)		

En la tabla N° 8 se observó que los entrevistados respondieron que se encontraban Insatisfechos con la atención brindada por su médico en la consulta 86,6% que corresponden al grupo de los no adherentes, mientras el 66,7 % de los pacientes Adherentes respondieron que se encontraban Muy Satisfechos con la atención médica, con un  $X^2$  de 109,9 y  $p= 0.000$ . El 79,2% de los entrevistados del grupo de no adherentes, respondió que el medico No programa sus consultas de seguimiento y el 98% de los pacientes adherentes respondió que el medico Si planificaba sus consultas de seguimiento ( $X^2= 48,7$   $p= 0.000$ ). El 98,7 de los pacientes no adheridos respondió que el médico no da las indicaciones en forma clara y por escrito ( $X^2= 5,2$   $p=0.000$ )

Tabla N ° 9, Niveles de adherencia en relación con los factores del fármaco, parroquia San Andrés cantón Pillaro año 2016.

Factores relacionados con el fármaco,		Niveles de Adherencia				X <sup>2</sup>	P
		No Adherentes	Poco adherente	Adherente	Total		
		n %	n %	n %	n%	6.044	0.049*
<b>Disponibilidad del fármaco, centro salud y al paciente.</b>	No	45 (84.9)	28 (66.7)	9 (60.0)	82 (74.5)		
	Si	8 (15.1)	14(33.3)	6(40.0)	28 (25.5)		
<b>Con frecuencia faltan medicamentos en la farmacia.</b>	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15(100.0)	110 (100.0)		
<b>No tengo suficiente dinero para los medicamentos.</b>	1	5 ( 9.4)	7(16.7)	10 (91.7)	27 (24.5)	89.65	0.000
<b>Numero de fármacos que usted toma</b>	2	16 (30.2)	33(78.6)	3 (6.0)	49 (44.5)		
	3 o mas	32 (60.4)	2(4.8)	2 (2.3)	34 (30.9)		
	Total	53(100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		



---

<b>Con que frecuencia toma la medicación.</b>	1	5 (9.4)	15 (35.7)	12 (80.0)	32 (29.1)	31,80	0.000
	2	39 (73.6)	25 (59.5)	3 (20.0)	67 (60.9)		
	3 o mas	9 (17.0)	2 (4.8)	0(0.0)	11 (10.0)		
	Total	53 (100.0)	42(100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		
<b>Le han cambiado el fármaco en el último año.</b>	No	38 (71.7)	33 (78.6)	14 (93.3)	85 (77.3)	3.18	0.204
	Si	15 (28.3)	9 (21.4)	1 (6.7)	25 (22.7)		

---

En la tabla N° 9, se observó que 84,9% de los pacientes no adherentes y 66,7 de pacientes poco adherentes, indicó que el fármaco no está disponible para su tratamiento, ( $\chi^2= 6.04$   $p=0.049$ ).

El 91.7 % de los pacientes adherentes indicó que ingiere un fármaco al día, mientras que el 60,4 % de los pacientes no adherentes ha indicado que ingiere es 3 o más fármacos al día ( $\chi^2 =89,65$   $p= 0.000$ )

El 73,6 de los entrevistados que está en el grupo de no adherentes indicó que la frecuencia de toma de medicación es dos veces al día, mientras el 80% de los pacientes adherentes indica que la frecuencia de administración es una vez al día (  $\chi^2 = 31.80$   $p= 0.000$ )

Tabla N ° 10, Niveles de adherencia en relación con los factores de la enfermedad, parroquia San Andrés cantón Pillaro 2016.

Factores relacionados con la enfermedad	Niveles de Adherencia						
	HIPERTENSOS				X <sup>2</sup>	P	
	No Adherentes	Poco adherente	Adherente	Total			
	nº %	nº %	nº %	nº %			
<b>La hipertensión arterial es un enfermedad grave</b>	No	47 (88.7)	38 (90.5)	5 (33.3)	95 (86.4)	5,78	0.045*
	Si	6 (11.39)	4 (9.5)	10 (66.7)	15 (13.6)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		
<b>Ha estado hospitalizada por causa de la hipertensión arterial.</b>	No	50 (94.3)	40 (95.2)	14 (93.3)	104 (94.5)	0.86	0.985
	Si	3 (5.7)	2 (4.8)	1 (6.7)	6 (5.5)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		

<b>Tiene usted daños a su salud como consecuencia de HTA</b>	No	49 (92.5)	42 (100.0)	13(96.4)	106 (96.4)	11,25	0. 004*
	Si	4 (7.5)	0 (0.0)	2 (3.6)	4 (3.6)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 ( 100.0)		

En la tabla N<sup>o</sup> 10, se observó que de los encuestados el 66,7 % del grupo adherentes respondieron que la hipertensión arterial es una enfermedad grave, y el 88,7 % de los no adherentes respondió que la HTA no era una enfermedad grave (  $X^2=5,7$   $p= 0.045$ ), Así mismo el 96,4% de los adherentes manifestó que no tenía daños en la salud como consecuencia de la hipertensión arterial  $p= 0.004$

Tabla N ° 11, Niveles de adherencia en relación con los factores dependientes del paciente, parroquia San Andrés cantón Pillaro 2016.

Factores dependientes del paciente.		No Adherentes		Poco adherente		Adherente		Total		X <sup>2</sup>	P
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
<b>Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos</b>	No	26	(49.1)	32	(76.2)	13	(86.79)	71	(64.5)	11.25	<0.004*
	Si	27	(50.9)	10	(23.8)	2	(13.3)	39	(35.5)		
	Total	53	(100.0)	42	(100.0)	15	(100.0)	110	(100,0)		
<b>Considera que los síntomas que usted ha tenido son graves por HTA</b>	Graves	32	(60.4)	36	(85.7)	15	(100.0)	83	(75.5)	13,7	<0.001
	No graves	21	(39.6)	6	(14.3)	0	(0.0)	27	(24.5)		
	Total	53	(100.0)	42	(100.0)	15	(100.0)	110	(100.0)		
<b>Considera que la HTA puede traer consecuencias a su salud</b>	No	38	(71.7)	28	(66.7)	9	(60.0)	75	(68.2)	0.809	<0. 66
	Si	15	(28.3)	14	(33.3)	6	(40.0)	35	(31.8)		
	Total	53	(100.0)	42	(100.0)	15	(100.0)	110	(100.0)		

<b>Tiene usted alguna enfermedad asociada</b>	Diabetes	1 (0.9)	1 (0.9)	1 (0,9)	0 (0.0)		
	Obesidad	6 (11.3)	4 (9.50)	0 (0.0)	10 (9.1)		
	Dislipidemia	8 (16.0)	5 (10.9)	1 (5.7)	15 (13.6)		
	Habito toxico	26 (49.1)	27 (64.3)	8 (53.3)	61 (55.5)	7,09	<0,312
	Ninguna	12 (22.6)	6 (14.3)	6 (40.0)	24 (21.8)		
	Total	53 (100.0)	42 (100.0)	15 (100.0)	110 (100.0)		

En la tabla N 11, se observó que en relación con los factores dependientes del paciente el olvido fueron más significativos ( $p= 0.004$ ) el 86,7% de los adheridos indica que no se olvida de ingerir los medicamentos mientras que del grupo de no adheridos el 50.9% indica alguna vez haberse olvidado de ingerir la medicación.

#### **4.8 DISCUSION.**

El control de la presión arterial en pacientes hipertensos se considerada un desafío de larga data. Estudios anteriores demostraron que <25% de los pacientes que fueron tratados para la hipertensión arterial alcanzan la meta terapéutica <sup>(39)</sup> La falta de adherencia a los medicamentos es ampliamente reconocido como un importante problema de salud pública y contribuye al aumento de morbilidad, la mortalidad.

La adherencia terapéutica es siempre un motivo de preocupación, especialmente en enfermedades crónicas como es el caso de la hipertensión arterial en este estudio, así como la identificación de los factores que influyen en la adherencia, ya que esto permite mejorar los resultados del tratamiento. La adherencia total al tratamiento en el presente estudio fue del 13,6% y los parcialmente adheridos suman 38,2 % en comparación con un estudio similar, realizado en el 2009 en la Universidad de Boston <sup>(40)</sup>, en la que se clasificó a la adherencia en Alta media y baja, se encontró que el 51% de los pacientes se clasificaron como no adherentes y tan solo el 8% estuvo en el grupo de los adherentes

De la misma forma en un estudio realizado en una población rural de Irán <sup>(41)</sup>, indica que el grupo de no adherentes fue del 48,7% y 39, 6% de los pacientes eran adherentes. Más del 90% de los pacientes tenían un buen acceso a sus medicamentos." Esta variación puede deberse a la diferencia en el perfil socio demográfico de los dos países. En el presente estudio, se encontró que la adherencia fue mayor entre las personas mayores de 70 años de edad y de 50-59 años, las mujeres son más adherentes que los hombres. Otro estudio realizado en Pakistán <sup>(42)</sup> en 460 hipertensos, mostró que la adherencia aumenta con la edad y la tasa más alta de pacientes adherentes fue en el grupo de edad de 70-80 años. En comparación con un estudio realizado en Bilbao <sup>(43)</sup>, en donde más del 50% de la población hipertensa evaluada se encontró en un grado de

adherencia global en riesgo medio y alto, lo que simboliza un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional. De igual forma, se demostró el impacto negativo en la adherencia cuando el nivel educativo de las personas es bajo y cuando existen limitaciones económicas para subsanar las necesidades básicas, lo que generó un grado de riesgo medio limítrofe que pone en peligro el alcanzar o mantener comportamientos compatibles con la adherencia en este grupo poblacional.

En este estudio, no hubo asociación entre el sexo, el estado civil con los niveles de adherencia del paciente, este hallazgo es consistente con estudio similar de Irán (41), la monoterapia y la administración una vez al día tuvieron un papel positivo en la adherencia terapéutica en comparación con la poli y la toma de medicamentos más de una vez al día. Del mismo modo, en un estudio realizado en Brasil, <sup>(23)</sup> entre 231 hipertensos, el 36.2% de los pacientes fueron adherentes en monoterapia y 36.6% de los pacientes que tomaban dos medicamentos habían controlado sus cifras de tensión arterial; sólo el 5.9% de los pacientes que utilizan tres o más fármacos antihipertensivos fueron adherentes. En el presente estudio, más de la mitad de los encuestados del estudio han olvidado tomar medicamentos con regularidad, se detuvo la medicación al sentirse mejor y tener una actitud descuidada acerca de tomar la medicación. Mientras que en un estudio transversal en Irak, el 34,9% respondió que nunca olvidada tomar los medicamentos, el 37% fueron negligentes acerca de sus medicamentos, el 37,1% se saltó la medicina porque se siente bien y el 25,7% de los pacientes experimentaron sentimientos negativos acerca de su medicación, estas variaciones pueden deberse a la escasa conciencia y la falta de motivación en la actual población de estudio.

En esta investigación los factores que más relacionaron con la adherencia fueron los relacionados con el equipo de salud, siendo la satisfacción que tiene el paciente con la atención que le brinda el médico, así como la entrega de indicaciones de forma clara y por escrito las más significativas en este estudio, que son similares a estudios realizados a nivel rural <sup>(44)</sup> en donde se evidencia que a pesar de factores socioeconómicos adversos como analfabetismo y pobreza la relación entre médico y paciente y las conductas del equipo son factores protectores para la adherencia.



La percepción de la gravedad de la hipertensión no mostró una relación significativa con el cumplimiento del tratamiento, datos que en contraste con un estudio realizado en el año 2016 en Cuba <sup>(45)</sup> en la que se exhibió que los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%). Con niveles de adherencia de 58.3%.

#### **4.9 LIMITACIONES**

Existió varias limitaciones en la investigación, este estudio se realizó en una comunidad rural y no incluyó pacientes que acudieron a los centros de salud urbanos. Por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar a pacientes hipertensos en la zona urbana. Sin embargo, los resultados tienen importantes conocimientos para la misma área rural dentro de las mismas características. Además no fueron evaluados todos los factores asociados a la adherencia terapéutica en este estudio, por ser un primer acercamiento al problema, tales como el tiempo en consulta, tipo de antihipertensivo, uso de alcohol, dieta, creencias como estigmas por la enfermedad.

RITUAL DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS.

Hipótesis nula: Los factores de comportamiento de los prestadores de asistencia sanitaria, y los atributos de los pacientes son los que tienen menor influencia sobre la adherencia terapéutica en los hipertensos.

Hipótesis alterna: Los factores de comportamiento de los prestadores de asistencia sanitaria, y los atributos de los pacientes son los que tienen mayor influencia sobre la adherencia terapéutica en los hipertensos.

NIVEL DE SIGNIFICACION 0.05 o 5%

ELECCION DE ESTADISTICA DE PRUEBA,  $\chi^2$  p

EL VALOR DE ESTADISTICO. Los niveles son menores a 0.05 por tanto se rechaza la hipótesis Nula y se acepta la hipótesis alterna.

## **CAPITULO 5**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- La población estudiada presenta bajos niveles de adherencia al tratamiento de la hipertensión.
- Los factores que más se asocian con los niveles de adherencia son los relacionados con el equipo de salud y los del paciente entre ellos el olvido.
- Las mujeres representaron el mayor número de adherentes en el estudio, los porcentajes de no poco adherentes o con riesgo de no adherencia también son significativos.

## 5.2 RECOMENDACIONES.

- La adherencia terapéutica se podría aumentar mediante la educación en salud y la accesibilidad tanto a medicación como a los servicios de salud. Las intervenciones dirigidas a la mejoría de la adherencia en los pacientes de edad avanzada con hipertensión tienen que reconocer el valor y la importancia de las percepciones y creencias de los pacientes de la enfermedad y los tratamientos en la conformación de la conducta de adhesión.
- Es necesaria una intervención efectiva del equipo de salud, especialmente en los factores modificables que se relacionan con el equipo de salud, haciendo énfasis en el grupo de pacientes poco adherentes o con riesgo a la no adherencia.

## **CAPITULO 6**

### **LA PROPUESTA**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

##### **6.1.1. Tema:**

PROGRAMA EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. PARROQUIA SAN ANDRES CANTON PILLARO.

##### **6.1.1.2 Institución Ejecutora**

La presente propuesta se ejecutara en de Centro de Salud de San Andrés

##### **6.1.1.3 Beneficiarios**

1. Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa, dispensarizados como hipertensos.
2. Profesionales del Centro de Salud.

##### **6.1.1.4 Ubicaciones**

- Lugar: Centro de Salud San Andrés
- Cantón: Pillaro
- Provincia: Tungurahua.

##### **6.1.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución**

Posterior a la defensa de la investigación, se pretende ejecutar la propuesta, dando conocimiento de la investigación al director del de Distrito 18D05. Sobre los resultados de la investigación y propuesta, para el mejoramiento en la atención

##### **6.1.1.6 Equipo Responsable**

Personal que labora en el centro de salud de San Andrés.

##### **6.1.1.7 Presupuesto**

Para la ejecución de la propuesta se ha establecido un presupuesto económico de 1200 dólares.

## **6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.**

### *Selección y definición del problema.*

Poca adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos de la parroquia San Andrés del cantón Píllaro.

La adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud, pues la poca adherencia terapéutica representa un alto costo en el gasto sanitario de nuestro país y en el mundo entero, el seguimiento inadecuado además conlleva a aparición de complicaciones graves, hospitalizaciones, y discapacidades. La OMS señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica (OMS, 2004). El informe técnico de la OMS reporta las siguientes variables socioeconómicas como importantes en la adherencia para la hipertensión: analfabetismo, desempleo, suministro limitado de medicamentos y elevado costo de la medicación.

En el 2016 se realiza el estudio en la parroquia de San Andrés sobre la adherencia terapéutica y se obtuvieron cifras muy altas de pacientes no adherentes y poco adherentes lo que implica que se debe crear estrategias que permitan mejorarla, teniendo en cuenta las singularidades de la población estudiada.

## **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La hipertensión arterial es considerada “el asesino silencioso”, puede producir daños irreversibles antes de recibir el diagnóstico, ya que es percibida como asintomática en muchas ocasiones. En este sentido hay mucho que hacer desde el campo de la Educación para la Salud de cara a vencer mitos que circulan acerca de la enfermedad y promover hábitos saludables y medidas de control en la población.

La carencia de información en la bibliografía científica sobre planificación y programación sistematizadas en relación a como sucede con la farmacopea y la clínica al uso, con respecto de los tratamientos conceptuales, de actitudes y habilidades educativas sobre la enfermedad silente que se cronifica y complica la calidad de vida de las personas es enormemente llamativa.

La Hipertensión es el motivo de consulta más frecuente entre todas las patologías crónicas, además de las específicamente relacionadas con las enfermedades cardiovasculares atendidas en los Servicios Primarios de Salud (Pardell, 1984; Kaplan, 1990) y es considerada por La Organización Mundial de la Salud como el factor de riesgo que más muertes causa en el mundo, debido a la comorbilidad que presenta con trastornos de tipo cardiovascular, que constituyen la principal causa de mortalidad en países desarrollados, y ya en 1978 el Informe de Comité de Expertos de la OMS establece por primera vez el efecto beneficioso de las intervenciones contra la Hipertensión Esencial para disminuir la incidencia de los trastornos cardiovasculares. La Hipertensión se considera un serio problema de Salud Pública en la mayoría de los países desarrollados, en el Ecuador es la cuarta causa de morbilidad según el INEC 2011, en la parroquia San Andrés de Píllaro es una de las principales enfermedades crónicas que se reportan mensualmente 115 casos de pacientes diagnosticados que acuden a la consulta externa, según los datos del ASIS realizado en el año 2014, la poca adherencia terapéutica que existe representa graves consecuencias en el ámbito económico y social en cuanto a gasto médico, disminución de la productividad laboral, disminución de la calidad de vida, y explicación de las muertes prematuras.

El presente proyecto de educación se basa en la magnitud del incumplimiento farmacológico, y poca adherencia terapéutica en el tratamiento de la Hipertensión, en la parroquia San Andrés del cantón Píllaro, que se ha diagnosticado en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2014, y en el estudio mencionado con anterioridad, en contraste con la problemática actual de la adherencia terapéutica según la OMS, varios exámenes rigurosos han hallado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50% . Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los

países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.

“Cuando estamos enfermos, trabajar es difícil y el aprendizaje es aún más duro. La enfermedad embota nuestra creatividad, limita las oportunidades. A menos que se prevengan las consecuencias de la enfermedad, o que al menos se las reduzca al mínimo, la enfermedad mina a las personas y las lleva al sufrimiento, la desesperanza y la pobreza.” Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, en ocasión de la presentación del Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, Londres, 20 de diciembre de 2001.

## **6.4 OBJETIVOS**

### **6.4.1 Objetivo General**

- Diseñar un proyecto educativo para lograr la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del centro de salud de San Andrés cantón Píllaro.

### **6.4.2 Objetivo Específicos**

- Promover, generar conductas positivas en los pacientes hipertensos relacionados con estilos de vida saludables, ejercicio físico y alimentación.
- Motivar la participación activa del hipertenso en el control de la enfermedad, para la prevención de complicaciones.

## **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

El diseño del programa educativo se cree necesario y útil debido a que la Hipertensión:

- Se considera una epidemia que afecta al 40% de los adultos en los países desarrollados, en Ecuador ese porcentaje es de 45 % de los adultos. Sin embargo en mayores de 65 años, nos encontramos con un 68% de hipertensos. Se estima que en el año 2025 la hipertensión habrá aumentado un 24% en los países desarrollados.

En el estudio realizado en la población hipertensa de la parroquia, indica que solo en 13,6% de los encuestados muestran cifras de adherencia total mientras que más del

48,2% de los encuestados se encontró en el grupo de no adherencia y un grupo de pacientes que representa el 38.2% restante se encuentra en riesgo de no adherencia.

- Predispone a sufrir Enfermedades Cardiovasculares.
- Cronicidad. La hipertensión no se cura, por eso una buena adherencia al tratamiento es fundamental para el control de las cifras de tensión, un pronóstico favorable de la enfermedad y calidad de vida.
- Gravedad . Según la OMS, es el factor de riesgo que más muertes causa en el mundo.
- Asintomática: en muchas ocasiones es detectada por casualidad, puede provocar graves daños orgánicos irreversibles antes de ser diagnosticada. Por eso es fundamental la prevención primaria para detectar y tratar aumentos de la tensión arterial en estadios iniciales.
- Muy poca investigación al respecto: sabemos que la adherencia al tratamiento supone un reto diario para los profesionales de la salud, pero ¿cómo afrontarlo? ¿Qué modelos o estrategias existen para abordar este problema?
- Escasa adherencia (85% no sigue bien el tratamiento ni las medidas dietéticas recomendadas), según cifras de la OMS.



Este estudio tiene factibilidad legal así como lo demuestra en el código de Salud del Ecuador valorado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

### **LEY ORGANICA DE SALUD ECUADOR**

- Art. 42, dispone que "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia."

### **6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA**

El Séptimo Informe del Joint Nacional Comité (JNC) sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (2003), señala que modelos conductuales plantean que los pacientes tomarán su medicación prescrita y modificarán su estilo de vida por uno saludable, sólo si están motivados. Que la motivación mejora si el paciente tiene experiencias positivas con sus médicos y confían en ellos, que la empatía aumenta la confianza y es un catalizador para la motivación. Y que las actitudes (creencias, experiencias y diferencias culturales) deberían ser entendidas implícitamente por los médicos, para generar comunicación con pacientes y sus familiares.

## 6.7 MODELO OPERATIVO.

FASES	Recurso Critico	Estrategia	Actividades	Fecha tope	Responsable	Indicadores.
PLANIFICACION: 1.- Elaboración de un folleto guía, para los pacientes hipertensos	Computadora, Papeles, Internet, recurso humano.	Identificar las necesidades educativas de la población de pacientes hipertensos en relación a sus enfermedad, hábitos costumbres	Diseño del folleto guía, para la intervención dirigida a la mejora de la adherencia al tratamiento.  Capitulo I.  Capitulo II  Capítulo III.  Capitulo IV. Cuestionario de auto registro del manejo de la hipertensión arterial.	1-15 de Enero del 2017	Md Chiluíza.  Lcda.	Hojas de registro datos de pacientes, folleto.  Listado de HCL.

<p>EJECUCION: Formación del círculo de hipertensos.</p>	<p>Recurso humano. Salón. Proyector. Computadora. Participantes. Biblioteca parroquial</p>	<p>Convocar a los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del subcentro de salud para la conformación del círculo de hipertensos</p> <p><b>Dinámica Grupal.</b></p>	<p>Formación del club de hipertensos, designación de autoridades y comisiones, que conforman el círculo de hipertensos.</p>	<p>Febrero del 2017</p>	<p>Md Chiliza TAPS. Lcda. Médico Rural. Comité Local de Salud.</p>	<p>Acta de conformación, listado y hojas de datos.</p>
<p>Una reunión mensual</p> <p>Primera reunión Tema: Hipertensión arterial y sus consecuencias.</p>	<p>Recurso humano. Salón. Proyector. Computadora. Participantes.</p>	<p>Orientar las acciones educativas.</p> <p><b>Sociodrama.</b></p>	<p>Dinámica grupal.</p> <p>Abordaje de tema que es la hipertensión arterial.</p> <p>Tipos de hipertensión arterial.</p> <p>A cuántos personas afecta.</p> <p>Compartir la experiencias</p> <p>Programar un ciclo paseo y caminata con la comunidad cada 15 días</p>	<p>3 de Marzo del 2017</p>	<p>Md Chiliza. TAPS. Lcda. Médico Rural. Comité Local de Salud.</p>	<p>Mejora el conocimiento sobre su enfermedad.</p>

<p><b>Segunda reunión</b></p> <p>Porqué es importante el control de la presión arterial.</p>	<p>Recurso humano. Salón. Proyector. Computadora. Participantes.</p>	<p>Orientar las acciones educativas. <b>Demostración.</b></p>	<p>Porqué es importante el control de la presión arterial.  Una Actividad demostrativa de toma de medicamento y consumo de alimentos sin sal.  Programar una caminata con la comunidad cada mes</p>	<p>1 de Abril del 2017.</p>	<p>Md Chiluíza TAPS. Lcda. Médico Rural. Comité Local de Salud.</p>	<p>Es capaz de tomar responsabilidad en el control de su enfermedad.</p>
<p><b>Tercera reunión.</b></p> <p>Estilos de vida saludable</p>	<p>Recurso humano. Salón. Proyector. Computadora. Participantes.</p>	<p>Orientar las acciones educativas. <b>Philip 66</b></p>	<p>Control de peso, como mejorar la dieta.  Qué tipo de ejercicio se debe realizar y por cuanto tiempo.  Porque debe acudir a los controles.</p>	<p>3 de Mayo del 2017</p>	<p>Md Chiluíza TAPS. Lcda. Médico Rural. Comité Local de Salud.</p>	<p>Mantiene interés por cumplir con actividades saludables.</p>
<p><b>EVALUACION.</b></p> <p>Aplicación del test final de adherencia terapéutica</p>	<p>Hojas. Esferos. Impresora. Recurso Humano. Participantes.</p>	<p><b>Entrevista.</b></p> <p>Durante la consulta médica de seguimiento al paciente hipertenso, o durante la vista domiciliaria.</p>	<p>Captación de cada uno de los pacientes hipertensos diagnosticados que acuden a subcentro de salud de San Andrés  Aplicación individual del cuestionario.</p>	<p>3 de Junio del 2017</p>	<p>Md Chiluíza TAPS. Lcda. Médico Rural.</p>	<p>Lograr mejora en adherencia terapéutica</p>

**PRIMERA REUNION DEL CÍRCULO DE HIPERTENSOS.**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Límite de tiempo</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos (humanos, materiales y económicos)</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación</b>
Poco conocimiento sobre la hipertensión arterial.	Motivar a los pacientes hipertensos conductas saludables, y educar sobre la temática.	45 min	Comunicación oral, dramatización	Socio drama	Recurso humano. Salón. Proyector. Computadora. Participantes.	3 de Marzo del 2017.	Lista de asistentes, pacientes hipertensos y la población.  REDACAA.  HCL.	Compresión del tema, por parte de los participantes.  Asumen decisiones responsables sobre su salud.  Mejora cifras de TA.  Acuden puntualmente a la consulta.

**SEGUNDA REUNION DEL CÍRCULO DE HIPERTENSOS.**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Límite de tiempo</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos (humanos, materiales y económicos)</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación</b>
Poco conocimiento sobre estilos de vida saludables.	Informar, motivar, generar conductas y actitudes en los pacientes hipertensos sobre el manejo de su enfermedad.	1 hora	Comunicación oral.	Demostración	Recurso humano. Salón. Proyector. Computadora. Participantes.	1 de Abril del 2017.	Lista de asistentes, pacientes hipertensos y la población.  Auto registro.	Cifras de TA controladas, llevan adecuadamente el auto registro.  Verificación durante la visita domiciliaria que tiene interés por mejorar estilos de vida.

**TERCERA REUNION DEL CÍRCULO DE HIPERTENSOS.**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Límite de tiempo</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Actividad</b>	<b>Recursos (humanos, materiales y económicos)</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación</b>
Poco conocimiento sobre manejo y consecuencias de la hipertensión arterial.	Informar, motivar, generar conductas y actitudes en los pacientes hipertensos sobre el manejo de	1 hora	Comunicación oral.	Phillips 6'6:	Recurso humano. Salón. Proyector. Computadora. Participantes.	3 de mayo del 2017.	Lista de asistentes, pacientes hipertensos y la población.	Cifras de TA controladas, llevan adecuadamente el auto registro.  Disminución del IMC.

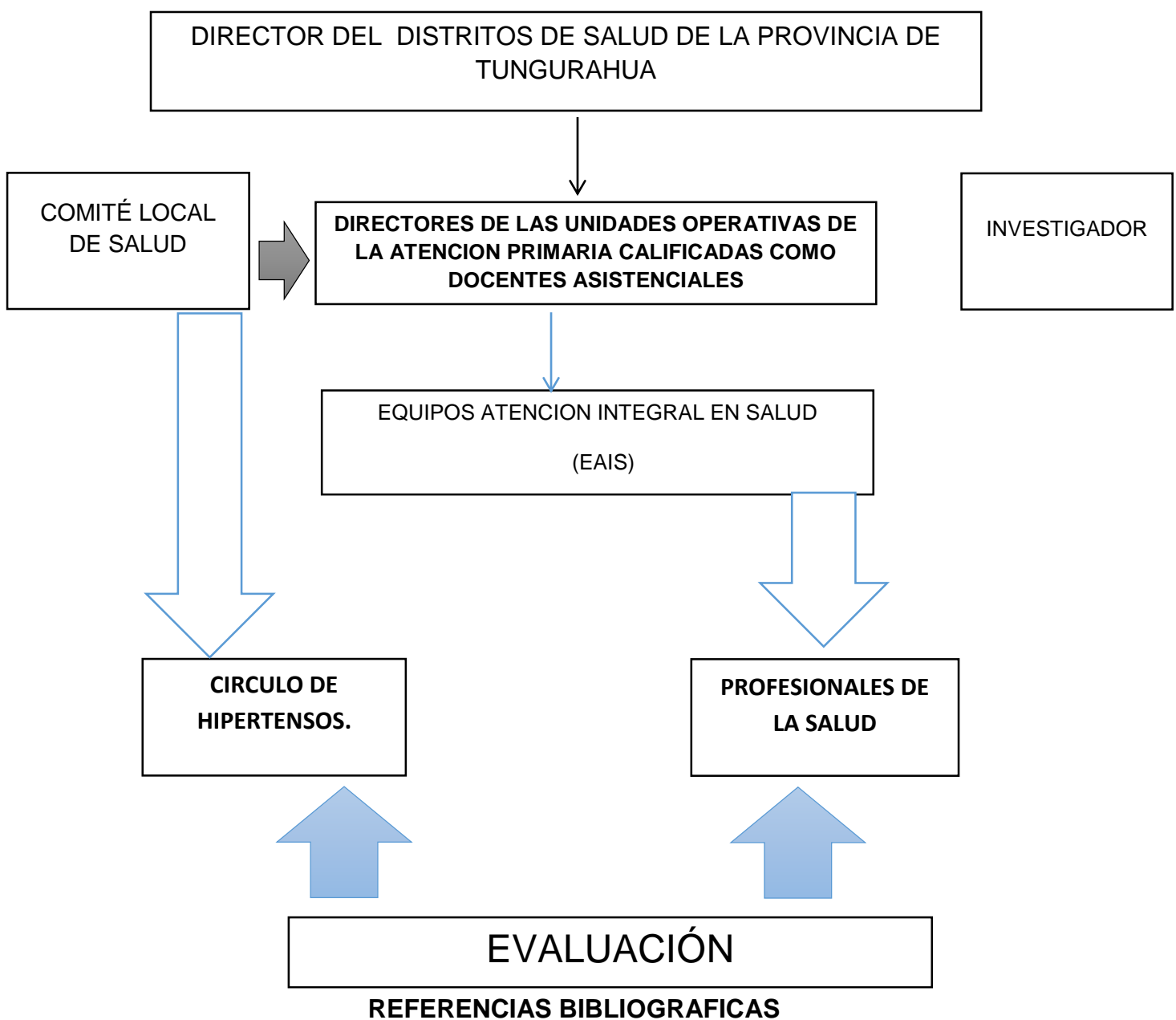
	su enfermedad.							<p>Realizan actividad física.</p> <p>Verificación durante la visita domiciliar que tiene interés por mejorar estilos de vida.</p> <p>Cocinan y se alimentan con poca sal.</p> <p>Evaluación de factores de riesgo.</p>
--	----------------	--	--	--	--	--	--	--



## 6.8 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS.

Se formalizará la colaboración de las autoridades de la Hospital del Básico Pillaro y del centro de Salud de San Andrés para obtener la apertura necesaria en la obtención de los datos necesarios para el desarrollo y ejecución de la propuesta.

## 6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.



1. Organización Mundial de la Salud.. Informe general sobre Hipertensión Arterial en el mundo. [Online].; 2013 [cited 2016 Mayo 4. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013).
2. MARTIN Libertad A. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSOS DE AREA DE SALUD A NIVEL PRIMARIO. [Online].; 2003-2007 [cited La Habana., 2015 Junio 12. Available from: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento\\_de\\_tesis\\_para\\_rcsp\\_libertadfi nal](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento_de_tesis_para_rcsp_libertadfi nal).
3. Corugedo Rodríguez María del Carmen MALBVH. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos,. [Online].; 2009 [cited 2015 Junio 18. Available from: [Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009&lng=es).
4. Salud OMDI. Informe Sobre la Salud en el mundo. [Online].; 2004 [cited 2015 Agosto 22. Available from: <http://www.who.int/whr/2004/es/>.
5. Sánchez Ramiro A AMBHVCBGKOea. uías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol. [Online].; 2010 [cited 2016 Enero 22. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602010000100012>.
6. Organization WH. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. [Online].; 2007 [cited 2016 Diciembre 3. Available from: <http://www.paho.org/hq/index>.
7. Fahey T. Sk,ES. Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos. [Online].; 2005 [cited 2016 Abril 2016. Available from: [Revista Cochrane Plus., http://www.rima.org/web/medline\\_pdf/cd005182.pdf](http://www.rima.org/web/medline_pdf/cd005182.pdf).
8. Organización. MdIS. Prevención de las Enfermedades Crónicas. [Online].; : Una inversión vital., 2005 [cited 2016 Agosto 12. Available from: [n: http://www.who.int/mediacentre/](http://www.who.int/mediacentre/).
9. Osana Moleiro Perez.MAeG,IOR. El estrés como factor de riesgo en la Hipertensión arterial. [Online].; 2008 [cited 2015 Noviembre 12. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43\\_1\\_05/hig07105.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hig07105.pdf).
10. María Cristina Casas Piedrahíta\* LMCO,CR. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA. [Online].; 2010-2013 [cited 2015 Noviembre 12. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n1/v18n1a07.pdf>.
11. Arévalo MTV. El reto de evaluar la adherencia., Pontificia Universidad Javeriana Cali, Cali . (Colombia). [Online].; 2010 [cited 2015 Junio 12. Available from: <http://revistas.javerianacali.edu.co>.

- 12 Organización Panamericana de la Salud. SelA. Determinantes y Desigualdades en Salud. [Online].; 2010 [cited 2016 Abril 7. Available from: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40%3Aecuador&option=com\\_content](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40%3Aecuador&option=com_content).
- 13 Publica MdS. Acciones para prevenir Hipertension Arterial. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 12. Available from: <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-continuamente-emprende-acciones-para-prevenir-la-hipertension-arterial>.
- 14 Guarnan L M.D CSM. Estudio de tensión arterial serie de casos y controles en recién nacidos pretermino de madres normotensas vs recién nacidos pretermino de madres preeclámpicas durante las primeras 24 horas de vida. SCIENTIFICA. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 12. Available from: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?scri>.
- 15 Angulo Prado Ivan BV. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ASISTEN A CONSULTA MEDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCION ENTRES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 3. Available from: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4244/1/Adherencia\\_tratamiento\\_HTA.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4244/1/Adherencia_tratamiento_HTA.pdf).
- 16 DrC. Libertad Martín Alfonso. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. [Online].; Revista Cubana de Salud Publica 2015 [cited 2015 Junio 2. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>.
- 17 • oJCC•CER•JFGC. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasul ESE; Manizales ( Colombia) 2011. [Online].; Rev. Fac. Med. 2012 Vol. 60 No. 3: 179-197 [cited 2015 Agosto 3. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v60n3/v60n3a01.pdf>.
- 18 María Paz Arévalo Astudillo. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en pacientes con Hipertension Arterial. [Online].; 2015 [cited 2016 Septiembre 28. Available from: [revistamedicahija.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/download/60/59](http://revistamedicahija.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/download/60/59).
- 19 Martín Alfonso Libertad BVHCRMdCVIFLRMYOAMdIC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública. [Online].; 2015 [cited 2016 Septiembre 28. Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
- 20 Lorena Mg. Estudio de la adherencia al tratamiento hipertensivo. [Online].; Universidad de Navarra., 2013 [cited 2015 Junio 2. Available from: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/>.
- 21 Salud PM. Constitución de la República del Ecuador., Ecuador Saludable base legal. [Online].; 2013 [cited 2015 Enero 26. Available from: <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>.

- 22 Organizacion MdIS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo., pruebas para la accion. [Online].; 2004 [cited 2015 Marzo 12. Available from: <http://www.paho.org/>.
- 23 Libertan Alfonso MARTIN. JAAG. LA INVESTIGACION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA . COMO UN PROBLEMA DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD. [Online].; Escuela Nacional de Salud publica, 2009 [cited La Habana, 20105 Julio 6. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>.
- 24 SANCHEZ. OR. ESTATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PATOLOGIAS . CRONICAS. [Online].; Medicina Familiar, Toledo., 2005 [cited 2016 Abril 6. Available from: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29\\_2EstrategiasMejora.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf).
- 25 ORUETA R. CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO. [Online].; Centro de Salud de Toledo, España . 2008 [cited 2015 Agosto 1. Available from: <http://www.elsevier.es/ct-revista-semergen-medicina-familia>.
- 26 Rosa Matos La Yadmila MALBVH. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en . pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. [Online].; 2007 Marzo [cited 2016 Enero 12. Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
- 27 Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. [Online].; 2004 [cited 2016 Enero 15. Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
- 28 Soria Trujano RVVCZ&NQC. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con . enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Alternativas en Psicología, 14(20), 89-103. [Online].; 2009 [cited 2015 Junio 6. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>.
- 29 HOSPITALARIA JDEEF. La adherencia nuevo paradigma en la relacion medico paciente. [Online].; Fundacion Salud, Madrid 2007 [cited 2015 Julio 3. Available from: <http://www.fundacionmercksalud.com/>.
- 30 Zambrano C Renato DMJF,PVJI,FAJF. Percepción de la adherencia a tratamientos en . pacientes con factores de riesgo cardiovascular. [Online].; Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012 [cited 2015 Agosto 3. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en).
- 31 Javier API. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO . EN PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL. [Online].; Universidad de Medellin., 2015 [cited 2016 Enero 12. Available from: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4244/1/Adherencia\\_tratamiento\\_HTA.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4244/1/Adherencia_tratamiento_HTA.pdf).
- 32 Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. [Online].; 2004 [cited 2015 Julio 2. Available from:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es)

- 33 María L. Díaz Porto Robles PDC. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. [Online].; Revista Griot (ISSN 1949-4742) Volumen 7, Número. 1, Noviembre 2014 [cited 2015 Julio 3. Available from: [revistas.upr.edu/index.php/griot/article/. /1430](http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/. /1430).
- 34 Giuseppe Mancía (Coordinador) (Italia)\* RF. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. [Online].; Revista Española de Cardiología 2013 [cited 2015 Agosto 12. Available from: <http://pdf.revespcardiol.org/>.
- 35 Guía HAE. Tratamiento no farmacológico en Hipertensión Arterial. [Online].; 22: Sul 245; 2005 [cited 2015 Julio 3. Available from: [http://www.seh-lilha.org/pdf/guia05\\_7.pdf](http://www.seh-lilha.org/pdf/guia05_7.pdf).
- 36 Weschenfelder Magrini D. GMJ. Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 19. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012002200222&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012002200222&lng=es)
- 37 INEC. Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. [Online].; El Censo Informa: Educación [cited 2016 Junio 10. Available from: [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec).
- 38 Área Redondo-Sendino PGJRBFRA. Relaciones entre la red social y la Hipertensión Arterial en los ancianos españoles. [Online].; Revista Española de Cardiología 2010. [cited 2016 Junio 12. Available from: [www.revespcardiol.org/.red-social-hipertension/](http://www.revespcardiol.org/.red-social-hipertension/).
- 39 Sarah L. Cutrona NKCMAFADS. Targeting cardiovascular medication adherence intervention. [Online].; Journal of the American Pharmacist Association, May 2012 [cited 2016 Junio 15. Available from: [http://www.japha.org/article/S1544-3191\(15\)30482-9/abstract](http://www.japha.org/article/S1544-3191(15)30482-9/abstract).
- 40 Aram V. Chobanian M. Impact of Nonadherence to Antihypertensive Therapy., Boston University Medical Center, Boston, Mass. [Online].; 2009 American Heart Association, Inc.(Circulation. 2009;120:1558-1560.) [cited 2016 Julio 19. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/120/16/1558>.
- 41 Hadi NMM. DETERMINANT FACTORS OF MEDICATION COMPLIANCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS OF SHIRAZ, IRAN. [Online].; Arch Iranian Med 2004; 7 (4): 292 – 296 [cited 2016 Julio 19. Available from: <http://razi.ams.ac.ir/AIM/0474/0013.pdf>.
- 42 Saman K. Hashmi 1MBAKARASDSPMFMIAAaUA. Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan. [Online].; US National Library of Medicine National Institutes of Health [cited 2016 Julio 19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17356691>.

- 43 Barajas\* AS. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica. [Online].; av.enferm., XXXII . (1): 33-43, 2014 [cited 2016 Junio 23. Available from: [Translate this page](#).
- 44 A Kamran SSAMBAMaHH. Determinants of Patient's Adherence to Hypertension . Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. [Online].; 2014, Biblioteca aNational del Instituto de Salud de los Estados Unidos [cited 2016 Julio 19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4250992/>.
- 45 VegalI SALVyRC. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes. [Online].; Revista . Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(1):40-50 [cited 2016 Julio 19. Available from: <http://REVISTA%HABANERA.pdf>.
- 46 Espinosa MV. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA . FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL RESIDENTES EN LA PARROQUIA SANTA ANA DE CUENCA 2008. [Online].; Revista de la Universidad del Azuay, Medicina Familia 2009 [cited 2016 Febero 3. Available from: <http://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/publicaciones/>.



#### 4.4 Anexos.

Anexo 1.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Investigador principal:** Mayra Alexandra Chiluíza Ramírez. (Md)

**Título proyecto:** Factores relacionados con la Adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos.

**Centro:** Universidad Técnica de Ambato

**Datos del participante/paciente**

**Nombre:**

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

**Nombre:** Mayra Chiluíza

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

---

Firma



Anexo. 2

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO.**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

## CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA ADHERENCIA EN LA HIPERTENSION ARTERIAL.

Cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG).

Edad:                      Sexo:                      Ocupación:

Nivel de educación:                      Estado civil:                      CODIGO:

1. Marque con una X su situación en particular.

<b>AFIRMACIONES</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>AVECES</b>	<b>NUNCA</b>
1. Toma usted sus medicamentos en el horario establecido				
2. Se toma todas las dosis indicadas.				
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.				
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas.				
5. Acomoda los horarios de medicación a los horarios de su vida diaria.				
6. Realiza los ejercicios físicos indicados.				
7. Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir.				
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.				
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.				
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.				
11. Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento				





12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación al tratamiento que ha prescrito su médico.				

Anexo 3.

### UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO.

1. De las siguientes indicaciones cual le ha indicado su médico:

- a) Dieta sin sal o baja en sal. \_\_\_\_\_
- b) Consumir grasa no animal. \_\_\_\_\_
- c) Realizar actividad física. \_\_\_\_\_

2.- De las siguientes afirmaciones según su criterio cuales ha sentido usted.

- a) \_\_\_ Siento que las orientaciones médicas son una barrera para el desenvolvimiento de mi vida.
- b) \_\_\_ Mantener el tratamiento es un impedimento para sentirme feliz.
- c) \_\_\_ Veo que el tratamiento es una necesidad para sentirme mejor.
- d) \_\_\_ Siento que las indicaciones médicas son una modificación de mi conducta necesaria para sentirme bien.
- e) \_\_\_ Muchas veces he sentido que vivo solo para tomar medicamentos.

3.- Según sus conocimientos conteste con lo que usted considere verdadero.

- d) \_\_\_ La hipertensión arterial es una enfermedad que se padece toda la vida con cualquier tipo de tratamiento.
- e) \_\_\_ La hipertensión puede controlarse con dieta ejercicios y medicación.
- f) \_\_\_ En la hipertensión solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso.

4.- De no realizar el tratamiento o realizar el tratamiento o realizar parcialmente, esto debe a:

- g) \_\_\_ El tratamiento es complejo (más de un medicamento, varias veces en el día).
- h) \_\_\_ Con frecuencia falta los medicamentos en la farmacia.
- i) \_\_\_ No tengo suficiente dinero para pagar los medicamentos.
- j) \_\_\_ Dejo de utilizar los medicamentos por los efectos indeseables que producen los medicamentos.
- k) \_\_\_ Considero que el tratamiento no resuelve mi problema de salud.
- l) \_\_\_ Se me olvida hacer el tratamiento de la forma correcta.

5.- De acuerdo a su disposición de enfrentar su enfermedad usted se siente capaz de:

- a)  Llevar a cabo el tratamiento medicamentoso.
- b)  Modificar mis hábitos de vida.
- c)  Llevar a cabo todas las indicaciones que le hace su médico.

6.- Cuando le informaron que era hipertenso:

- a)  Sintió que peligraban sus proyectos de trabajo.
- b)  Sintió que cambiaban sus relaciones con su familia y amigos.
- c)  Pensó que era un error.
- d)  Sintió que su vida acabaría rápidamente.
- e)  Se volvió dependiente del cuidado y afecto de su familia.
- f)  Sintió que perdía oportunidades laborales.
- g)  Busco información en libros o en internet.
- h)  Ha hecho preguntas a otras personas acerca de la enfermedad.
- i)  Busco ayuda económica de la familia.
- j)  Se ha sentido culpable por padecer una enfermedad crónica.
- k)  Usted continúa su vida como si nada hubiera pasado.

7.- Considera que el apoyo recibido por las personas importantes en su vida garantizan el cumplimiento del tratamiento. (Marque solo una alternativa).

- a)  Suficiente.
- b)  Medianamente insuficiente.
- c)  Insuficiente.

8.- Usted realiza el tratamiento cuando siente alguno de los siguientes síntomas:

- a)  Mareos.
- b)  Dolor en el pecho.
- c)  Sudoración.
- d)  Frialdad.
- e)  Zumbido en los oídos.
- f)  Dolor de la cabeza.
- g)  Dolor en los ojos.
- h)  Lo realizo siempre aunque no tenga los síntomas anteriores.

9.- Marque con una X según corresponda:

- e)  Entiendo las indicaciones médicas dadas verbalmente.
- f)  Entiendo las indicaciones médicas que me dan por escrito.
- g)  No entiendo las indicaciones médicas.
- h)  Entiendo poco las indicaciones médicas.

**10. En la consulta usted percibe que su médico.**

- i)  Le explica con énfasis la importancia de realizar el tratamiento.
- j)  Lo consulta sin mostrar interés.
- k)  Se manifiesta impaciente por concluir.
- l)  Se muestra receptivo ante sus dudas.
- m)  Es agradable en el trato.
- n)  Es desagradable en el trato.
- o)  Le explica y refuerza las indicaciones escritas en la receta.
- p)  Le indica el tratamiento poco a poco.

**11.- Como se siente con la atención que recibe de su médico (Solo una alternativa).**

- a) \_\_\_ Insatisfecho.
- b) \_\_\_ Satisfecho.
- c) \_\_\_ Muy satisfecho.

Anexo 4

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO.

Entrevista estructurada de los factores relacionados con la adherencia terapéutica.

Responda las siguientes preguntas.  <b>• Factores socioeconómicos</b>	SI	NO
a) ___ El tratamiento es complejo (más de un medicamento, varias veces en el día). b) ___ Con frecuencia falta los medicamentos en la farmacia. c) ___ No tengo suficiente dinero para pagar los medicamentos. d) ___ Dejo de utilizar los medicamentos por los efectos indeseables que producen los medicamentos. e) ___ Considero que el tratamiento no resuelve mi problema de salud. f) ___ Se me olvida hacer el tratamiento de la forma correcta.  FRECUENCIA DE ADMINISTRACION:  1 vez al día, 2 veces y 3 o más veces al día. 1 fármaco. 2 fármacos, y 3 o más fármacos.		
<b>ITEM. Factores relacionados con el equipo de salud.</b>	SI	NO
1. Recibe usted atención médica en su domicilio tres veces al año.		
2. Durante la consulta médica usted recibe indicaciones sobre la toma adecuada de medicamentos, actividad física que debe realizar, la dieta que debe seguir, así como hábitos saludables que debe practicar.  3. En sus consultas de seguimiento le entregan indicaciones en forma escrita.  Siempre    A veces    Nunca.		

ITEM. Factores relacionados con la enfermedad	Si	No
1. La Enfermedad que usted tiene le ha causado algún síntoma?		
2. La hipertensión arterial tiene cura.		
3. Sigo el tratamiento todo el tiempo aunque me sienta sano.		
4. Usted considera que la HTA es peligrosa.		
5. Alguna vez ha estado hospitalizado por causa de la HTA. 6. Tiene usted alguna secuela por causa de la HTA. 7. Usted Fuma. 8. Usted ingiere alcohol de manera frecuente.		
9. Padece de alguna otra enfermedad.		
10. Qué otra enfermedad padece:  a) Diabetes. b) Obesidad. c) Problemas de colesterol. d) Problemas de la tiroides. e) _____		
<b>• ITEM. Factores relacionados con el tratamiento</b>		
1. Cuántas veces al día toma usted su medicamento para la HTA.  Una vez.  Dos veces.  Tres veces.		

2. Conoce usted cual es el nombre de su o sus medicamentos.		
3. Considera que su medicamento para la HTA le provoca alguna molestia.		

Conocimientos, voluntad, motivación.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ITEM. Factores relacionados con el paciente</b></li> </ul>		
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?.		
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?.		
4. Usted acude a los controles de salud cuando: Se siente enfermo. Para ver como esta su enfermedad. Porqué el control es importante para usted.		

Anexo 5.



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

**Conozca el nivel socioeconómico de su hogar**

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

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

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



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

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