

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

Tema:

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FACTORES
INFLUYENTES EN PACIENTES HIPERTENSOS, SECTOR ER05, SAN
MARCOS, 2016.**

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

Autora: Md. Miryan Janeth Cañar Jiménez

Director: Dr. Abel Castell-Florit Caballero, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

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

El tribunal receptos del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor José Marcelo Ochoa Egas Magister, e integrado por los señores Doctor Mario Leopoldo Sunta Ruíz Especialista, Doctora Verónica Cristina Jurado Melo Especialista, Doctora Yamilet Leyva González Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud , para receptar el Trabajo de investigación con el tema:“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA Y FACTORES INFLUYENTES EN PACIENTES HIPERTENSOS, SECTOS ER05 SAN MARCOS, 2016.”, elaborado y presentado por la señora Médico Miryan Janeth Cañar Jiménez ,para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación 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. Mario Leopoldo Sunta Ruíz, Esp.
Miembro del Tribuna

Dra. Verónica Cristina Jurado Melo, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Yamilet Leyva González, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el trabajo de Investigación presentado con el tema: “EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA Y FACTORES INFLUYENTES EN PACIENTES HIPERTENSOS, SECTOS ER05 SAN MARCOS ,2016.”, Le corresponde exclusivamente a: la Médico, Miryan Janeth Cañar Jiménez , Autora bajo la dirección del Doctor Abel Castell-Florit Caballero Máster en Emergencia, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio Intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

.....
Md. Miryan Janeth Cañar Jiménez
C.C. 0502007230
AUTORA

.....
Dr. Abel Castell-Florit Caballero Máster, Esp.
C.C.1756249379
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 discusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

.....
Md. Miryan Janeth Cañar Jiménez
C.C. 0502007230
AUTORA

INDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
DEDICATORIA.....	ix
RESUMEN EJECUTIVO.....	x

ÍNDICE GENERAL

B INTRODUCCIÓN.....	1
---------------------	---

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Tema de investigación:.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico.....	6
1.2.3 Prognosis.....	8
1.2.4 Formulación del problema.....	9
1.2.5 Subinterrogantes. (Sub problemas).....	10
1.2.6 Delimitación del Problema científico.....	10
1.3 Justificación.....	11
1.4 Objetivos.....	13
1.4.1 Objetivo general.....	13
1.4.2 Objetivo específico.....	13

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos.....	14
2.2 Fundamentación filosófica.....	15
2.3 Fundamentación legal.....	16
2.4 Categoría fundamentales.....	18

2.5 Hipótesis.....	50
2.6 Señalamiento de variables de la hipótesis.....	50

**CAPITULO 3
METODOLOGÍA**

3.1 Enfoque.....	51
3.2 Modalidad básica de la investigación.....	51
3.3 Nivel o tipo de investigación.....	51
3.4 Población y muestra.....	51
3.5 Operacionalización de las variables.....	53
3.5.1 Validación de los instrumentos de recolección.....	56
3.6 Recolección de la información.....	56
3.7 Procesamiento y análisis.....	56

**CAPITULO 4
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	58
------------------------------------	----

**CAPITULO 5
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES.....	86
5.2 RECOMENDACIONES.....	87

**CAPITULO 6
PROPUESTA**

6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	88
6.2 ANTECEDENTE DE LA PROPUESTA.....	88
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	89
6.4 OBJETIVOS.....	89
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	90
6.6 FUNDAMENTACIÓN.....	91
6.7 METODOLOGÍA.....	93
6.8 ADMINISTRACIÓN.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Clasificación de la HTA.....	44
TABLA Operacionalización de variables.....	53
TABLA N° 1 Distribución de pacientes hipertensos según edad.....	59

TABLA N° 2 Niveles de adherencia en relación al género.....	61
TABLA N° 3 Ocupación y niveles de adherencia.....	63
TABLA N° 4 Instrucción y niveles de adherencia.....	64
TABLA N° 5 Grados de hipertensión y niveles de adherencia.....	66
TABLA N° 6 Años de diagnóstico y niveles de adherencia	67
TABLA N° 7 Casos controlados, grados de hipe. y niveles de adherencia.	69
TABLA N° 8 Relación médico paciente y niveles de adherencia.....	70
TABLA N° 9 Indicaciones educativas y niveles de adherencia.....	73
TABLA N° 10 Tipos de medicamento y niveles de adherencia	75
TABLA N° 11 Dosis de medicamento y niveles de adherencia	76
TABLA N° 12 Horarios de medicamento y niveles de adherencia	78
TABLA N° 13 Efectos adversos en adheridos	79
TABLA N° 14 Accesibilidad a los medicamentos y niveles de adherencia.....	80
TABLA N° 15 Apoyo familiar y niveles de adherencia.....	82
TABLA N° 16 Supervisión familiar y niveles de adherencia.....	83

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N° 1 Categorización de variables.....	18
GRÁFICO N° 2 Categorización de variables.....	19
GRAFICO N° 3 Edad.....	131
GRAFICO N° 4 Género.....	131
GRAFICO N° 5 Ocupación.....	132
GRAFICO N° 6 Nivel de Instrucción.....	132

C. MATERIALES DE REFERENCIA

1. BIBLIOGRAFIA.....	98
2. ANEXOS.....	110
2.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	110
2.2 CUESTIONARIO.....	111
2.3 ESTRATEGIA EDUCATIVA.....	113
2.4 GRAFICOS.....	131
2.5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	133

AGRADECIMIENTO

Al terminar esta Investigación quiero expresa mis más sinceros agradecimientos a Dios quien me guio enseñándome el verdadero valor de la vida, a mi familia por brindarme siempre su apoyo incondicional.

A los tutores que me orientaron me guiaron, con nobleza y sacrificio compartiendo sus conocimientos en todo momento.

DEDICATORIA

Al llegar a culminar este trabajo quiero dedicar mi esfuerzo a mi esposo Patricio a mis hijos Ricardo y Camila que son instrumento de fortaleza y sabiduría en cada meta que he emprendido, por el apoyo brindado para seguir adelante, porque gracias a ellos aprendí que el esfuerzo y la constancia son parte fundamental de la vida

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD /DIRECCIÓN DE
POSGRADOS**

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA Y FACTORES
INFLUYENTES EN PACIENTES HIPERTENSOS, DEL SECTOS ER05
SAN MARCOS, 2016.”**

AUTORA: Medico Miryan Janeth Cañar Jiménez

DIRECTOR: Doctor Abel Castell-Florit Caballero, Máster en Emergencia

FECHA: 8 de agosto del 2016

RESUMEN EJECUTIVO

La Hipertensión Arterial (HTA) tiene una elevada prevalencia en la población ecuatoriana. El tratamiento incluye alternativas farmacológicas y no farmacológicas. Constituye un importante problema de Salud Pública, a pesar de los avances en su detección, tratamiento y control, muchos pacientes tienen dificultad para adherirse al tratamiento, considerando que una de las principales causas radica en los factores personales, familiares, relacionados con los medicamentos y con los servicios de salud.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal con 69 pacientes hipertensos en el Centro de Salud San Marcos periodo 2015-2016. Se incluyeron personas mayores de 35 años con diagnóstico previo de hipertensión arterial compuesta por 46 mujeres (66,7%) y 23 hombres (33,3%) se aplicó una encuesta por medio de la cual se obtuvo información del tratamiento no farmacológico y farmacológico pacientes

sobre la adherencia al tratamiento; se utilizó una escala para poder valorar el grado de adherencia de los pacientes. Los resultados alcanzados: 4 pacientes con adherencia total, 63 con adherencia parcial y 2 sin adherencia, se aprueba hipótesis alterna por Chi cuadrado (X^2), donde los factores personales, familiares y sistemas de salud influyen en la adherencia terapéutica.

Implementando la estrategia educativa se creará una cultura sobre el cumplimiento al tratamiento a través del tiempo.

Palabras claves: Hipertensión arterial, Tratamiento, Adherencia al tratamiento, Cumplimiento, riesgo, factores influyentes.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD /DIRECCIÓN DE
POSGRADOS**

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

**"ADHERENCE THERAPEUTIC ASSESSMENT AND INFLUENTIAL
FACTORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS, ER05 SAN MARCOS
SECTOR, 2016."**

AUTHOR: Médico Cañar Jiménez Miryan Janeth

DIRECTOR: Doctor Castell-Florit Caballero Abel, Master in Emergency

DATE: August 8, 2016

EXECUTIVE ABSTRACT

Hypertension (HTA) has a high prevalence in the Ecuadorian population. Treatment includes pharmacological and non-pharmacological alternatives. Is an important public health problem, despite advances in detection, treatment and control, many patients have difficulty adhering to treatment, considering that one of the main causes lies in the personal, family, drug-related and with health services.

A cross-sectional, descriptive study was conducted with 69 hypertensive patients in the Health Center San Marcos period 2015-2016. people older than 35 years were included with previous diagnosis of hypertension composed of 46 women (66.7%) and 23 men (33.3%) a survey through which information no pharmacological and pharmacological treatment was applied was obtained patients on adherence to treatment; a scale to assess the degree of adherence of patients was used. The results achieved: 4 patients with total adherence, 63 and 2 partial adhesion

without adhesion, alternative hypothesis is approved by Chi square (χ^2), where the personal, family and health systems influence adherence.

Implementing the educational strategy a culture of compliance to treatment it will be created over time.

Keywords: Arterial hypertension, treatment, treatment adherence, fulfillment, risk, influencing factors.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles es la Hipertensión Arterial (HTA), afecta a países desarrollados y a países en vías de desarrollo como el Ecuador, la población más afectada se encuentra en edades de 18 a 56 años, el objetivo de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbi-mortalidad de las personas que padecen esta enfermedad, y evitar las complicaciones a largo plazo ¹.

Se define Hipertensión arterial según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) de acuerdo a la edad: Adolescentes y adultos jóvenes la presión arterial debe ser igual o superior a 140/90 mmHg. Adultos con más de 60 años que no tengan Diabetes, o enfermedad renal crónica igual o superior a 150/90 mmHg, y adultos con más de 60 años con Diabetes, o enfermedad renal crónica la presión igual o superior a 140/90 mmHg. , se diagnostica por un control casual o por sintomatología que presenta por la que acuden al facultativo ¹.

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

Los factores que influyen en una mala adherencia al tratamiento dan a largo plazo bajos resultados en salud y mayores costos sanitarios, en tanto que la buena adherencia terapéutica aumenta la calidad de vida de las personas que padecen HTA, constituyendo una de las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan en mayor porcentaje a la población adulta, al mejorar las condiciones médicas de cada persona se dará cambios en su entorno y se beneficiará a la familia evitando posibles complicaciones a largo plazo ¹.

Hay información que relaciona la Hipertensión Arterial y la adherencia al tratamiento considerando factores que van desde las perspectivas que se generan a nivel de Salud Pública, el utilizar diferentes métodos para su medición, estructurar los diferentes factores en dimensiones que implican los sistemas de salud, el personal sanitario, el paciente, el tratamiento y la enfermedad, permitiendo que se pueda elaborar estrategias educativas que mejoren la adherencia al tratamiento ².

Para mejorarla se requiere de la asociación absoluta de factores personales como, realizar actividad física, alimentación saludable, conocimiento de la enfermedad, creer en la mejoría del tratamiento, acudir a controles médicos, entender las indicaciones médicas, accesibilidad a los medicamentos, son las condiciones que se deben cumplir para alcanzar altos niveles de adherencia.

Esta investigación muestra que se deben realizar intervenciones que sean innovadoras, participativas y críticas para esta problemática, ya que las razones de la adherencia al tratamiento nacen de las características intrínsecas de las personas, esto además son las barreras que se deben afrontar como profesionales, siendo la principal meta enseñar al enfermo a vivir con su patología, una vez logrado esto, se podrá superar la tasa de baja adherencia terapéutica, mejorando los niveles de la presión arterial, se reducirán las complicaciones cardiovasculares, mejorará la calidad de vida del paciente.

CAPITULO 1.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema de investigación: Hipertensión Arterial. Enfermedad crónica no transmisible.

Subtema: Adherencia Terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial del Sector San Marcos.

Área: Atención médica.

1.2 Planteamiento del problema.

1.2.1 Contextualización

Contexto Macro

La hipertensión es una epidemia mundial, que ha sido bien estudiada. En muchos países, el 50% de la población mayor de 60 años tiene hipertensión arterial³.

Se estima que en el mundo esta enfermedad afecta a uno de cada tres adultos mayores de 25 años de edad, unos mil millones de personas. La hipertensión es una de los principales factores asociados a cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Los investigadores estiman que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades cardíacas. También contribuye a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y retinopatía. La prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África (el 46% de los adultos) y la más baja en las Américas (35%). En general, su prevalencia es menor (35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una diferencia que cabe atribuir al éxito de las políticas públicas

multisectoriales y al mejor acceso a la atención de salud ³⁻⁸.

Según estudios de vigilancia epidemiológica en Estados Unidos y Europa, hasta un 25% de la población es hipertensa, de ellas el porcentaje de personas con cifras tensionales controladas mediante tratamiento no supera el 45%, estos datos van íntimamente relacionados con un elevado costo sanitario ⁵.

Según datos citados por el JNC-7, más de la mitad de hipertensos desconoce su situación y solo una pequeña parte de los que conoce su enfermedad 44 % está en tratamiento.

El objetivo es disminuir el índice de morbi-mortalidad, manteniendo cifras de la presión arterial bajo 140/90 mmHg. El valor de la presión arterial varía de acuerdo al grupo de edad. Y controlando los factores de riesgo cardiovasculares asociados.

Contexto Meso

A pesar que en Latinoamérica, desde comienzos de los años 50, todos los países han experimentado cambios importantes en los indicadores de salud, socioculturales, perfiles epidemiológicos y modificaciones en el estilo de vida y hábitos, la prevalencia de hipertensión arterial ajustada para la edad en la población adulta general en los diferentes países , varía entre el 26 al 42%, considerando que a medida que la población envejece la prevalencia de HTA incrementa, según datos del Framingham Heart Study, pacientes normotensos a la edad de 55 años tienen un riesgo del 90% de desarrollar hipertensión en el curso de su vida ⁵.

El 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión , la prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica (encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados) varía entre el 26 al 42%. (Organización Mundial de la Salud, 2013) Entre los diversos factores

que influyen en la adherencia, a nivel de Latinoamérica figuran la edad, la gravedad de la HTA, el fármaco administrado, la cantidad de drogas, la cantidad de tomas diaria y el costo de la medicación ⁵⁻⁶. Factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y sociales, como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial. Alrededor de la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados 38 % está controlada esto se debe que existe un bajo nivel de adherencia al tratamiento debido a diversos factores tanto personales sociales culturales, económicos así como administración de salud, se estima que solo el 40% de los pacientes hipertensos tratados tienen un grado de adherencia adecuado al tratamiento.

Además de seguir las indicaciones médicas, se requiere un cambio en los hábitos en el estilo de vida, en los pensamientos y en las habilidades de la persona para llevar de mejor manera el tratamiento y obtener como resultado una mejor calidad de vida ⁷.

Contexto Micro

En Ecuador la hipertensión arterial constituye la segunda causa de morbilidad según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del año 2011, a nivel nacional se presentan 10.429 casos con enfermedades hipertensivas, siendo la hipertensión esencial (primaria) la que muestra el mayor número de casos, con 8.653, del total de registros, el 58,14% corresponde a mujeres y el 41,86% a hombres de estas cifras tan solo el 58% de los pacientes se encuentran en tratamiento farmacológico y no farmacológico. Por provincias la mayor tasa de prevalencia de hipertensión está en: Guayas con una tasa de prevalencia de 17,2% seguido de Manabí con una tasa de 14,12 % , luego Pichincha con una tasa de 13,74%, Azuay con una tasa de 6,92% y Tungurahua con una tasa de 4,56% ⁸. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011) Una mala adherencia al tratamiento da como resultados a largo plazo

mayores costos sanitarios, en tanto que la adherencia terapéutica aumenta la cantidad de pacientes que mantienen controladas sus cifras de tensión arterial evitando complicaciones agudas y crónicas .⁹ Uno de los factores que influye de manera negativa en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos son los factores del paciente seguidos de los factores del tratamiento dentro de los cuales podemos destacar el poco acceso a la medicación, que se presenta en un 30% , falta de citas para controles médicos en un 50% ,entre los más importantes. La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el personal de salud, el paciente y el sistema de atención, además la familia y la comunidad, las organizaciones de pacientes (como clubs, grupos de charlas) son un factor clave para mejorar el éxito del tratamiento, por lo que es importante mantener un nivel adecuado de adhesión lo cual ayudara a reducir significativamente las complicaciones relacionadas con dicha patología.⁹

El trabajo que se viene realizando sobre adherencia terapéutica en los pacientes con HTA del Centro de Salud San Marcos, contempla investigar los factores influyentes del incumplimiento de la terapéutica y se propone mejorar los conocimientos con el diseño de una intervención educativa con las personas que la padecen, su familia, con el apoyo del equipo de salud, de la población, para evitar los factores antes mencionados' fomentando educación para la salud, apoyo emocional, entrenamiento para el consumo adecuado de los medicamentos, y que tengan conocimiento de hábitos saludables, y auto cuidado de la salud, por lo que es muy importante investigar las causas del abandono del tratamiento en la población.

1.2.2 Análisis crítico

Existen numerosos estudios científicos sobre adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, los cuales se han realizado considerando el abandono al tratamiento como la causa fundamental para presentar

complicaciones que pone en riesgo la vida de los pacientes y se debe investigar cuales son las causas que determinan el mismo ⁹.

Cada año se gasta mucho dinero en investigaciones relacionadas con medicamentos, pero se dedican pocos recursos al hecho de saber que hacen los pacientes con estos esfuerzos o que factores influyen en el abandono terapéutico⁹.

Como parte del compromiso de excelencia en Atención Médica Primaria, (APS), se deben desarrollar y mejorar las habilidades necesarias para realizar una evaluación médica y brindar tratamiento a las personas con enfermedades crónicas⁹.

Si las personas que padecen Hipertensión Arterial abandonan el tratamiento van a presentar complicaciones que ponen en riesgo su vida, por lo que es importante que cada paciente tenga conocimientos sobre la patología que padece y las complicaciones que la misma le puede provocar, si no toma los medicamentos prescritos por el profesional de salud ⁹.

La adherencia como conducta de salud va a estar muy relacionada con los valores generales de salud o motivación, así como también va a estar modulada por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad, el auto eficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento ⁹.

En el país existen normas y protocolos para el seguimiento de la HTA, pero hay que dedicarle mayores esfuerzos a la búsqueda de la causa de la no adherencia, lo cual es posible identificar desde el primer nivel de atención, es necesario en conjunto con un equipo multidisciplinario priorizar el seguimiento a los pacientes para poder lograr mejoras en el comportamiento epidemiológico de esta entidad.

1.2.3 Prognosis

Al realizar el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de la comunidad de San Marcos, se detectó que las enfermedades crónicas no transmisibles que afectaban a la población, entre las que se encuentra la HTA, siendo esta la que afecta en mayor número, detectándose que las personas que la padecen abandonan el tratamiento, y no tienen adherencia al mismo.

Constituye una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial, requiere una evaluación permanente por los sistemas de salud de cada país, si se considera que esta patología genera varias complicaciones y es una causa de mayor morbi-mortalidad, es oportuno tomar acciones directas que intervengan sobre los factores influyentes descritos en este estudio, para mejorar la adherencia al tratamiento ¹⁰.

Con esta investigación se pretende mejorar la repercusión en la salud y calidad de vida de los pacientes al ofrecer información actualizada al personal de salud, para mejorar la efectividad en la toma de decisiones e intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludable, incrementando la seguridad en los pacientes y de esta manera mejorar el curso general de la enfermedad.

Si se toma en cuenta las recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento, se obtendrá una repercusión positiva sobre la atención de pacientes hipertensos, principalmente en relación a los resultados en salud y los costos sanitarios, al disminuir los ingresos hospitalarios por las complicaciones generadas por esta patología ¹⁰.

Si no se realiza este estudio el abandono de tratamiento de los pacientes con HTA será mayor en la población, el incumplimiento en las indicaciones prescritas por el profesional de la salud, esto indica que la falta de adherencia constituye un problema relevante en la práctica médica diaria.

Cuando existe un fracaso terapéutico en los pacientes con Hipertensión Arterial, pueden aparecer complicaciones cardiovasculares tales como: cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidente vascular encefálico, insuficiencia renal, demencia, retinopatía etc., además genera discapacidades que deterioran no sólo la calidad de vida de los individuos, sino también la de las familias, estas complicaciones y la mortalidad asociadas a esta patología, traen como consecuencia altos costos económicos y sociales ¹¹.

1.2.4 Formulación del problema

Problema práctico:

En Ecuador el número de personas afectadas por Hipertensión Arterial aumenta y la no adherencia al tratamiento se hace evidente, por lo que se hace emergente realizar acciones para modificar desde la APS estos parámetros, es de suma importancia identificar las causas del incumplimiento, así se podrá establecer una estrategia para los pacientes afectados y encaminar acciones de salud de prevención y promoción, la adherencia depende de los factores propios del paciente la tolerancia al fármaco y los efectos adversos.

A pesar de dar amplia información sobre enfermedades crónicas no transmisibles y las complicaciones que pueden ocasionar las mismas, se observa abandono de tratamiento en las personas diagnosticadas de HTA en pacientes que pertenecen al barrio de San Marcos.

Planteamiento del problema. Interrogante

¿Qué factores influyen en la adherencia a la terapéutica antihipertensiva

En los pacientes hipertensos del Sector, San Marcos?

1.2.5 Subinterrogantes. (Sub problemas)

¿Qué características clínicas y socio-demográficas tienen los pacientes hipertensos en relación a la adherencia terapéutica?.

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica que tienen los pacientes con HTA?.

¿Qué factores personales, familiares y del sistema de salud afectan en la adherencia al tratamiento terapéutico?

¿Cómo modificar los factores que afectan la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos?

1.2.6 Delimitación del Problema científico

De contenido:

- Campo: Medicina Familiar
- Área: Enfermedades crónicas
- Aspecto: Adherencia Terapéutica en Hipertensión Arterial.

Según:

- Tiempo: Período comprendido de Enero a Diciembre del 2015-2016.
- Lugar: En el sector San Marcos.
- Personas: Adultas, cualquier sexo, y etnia con diagnóstico anterior de Hipertensión Arterial.

Línea de investigación: Epidemiología y Salud Pública.

1.3 Justificación

La alta morbilidad y los datos estadísticos indican, sin lugar a dudas que la Hipertensión Arterial ocupa uno de los primeros lugares, por su frecuencia entre todas las enfermedades crónicas no transmisibles, además como factor de riesgo está estrechamente asociada con el desarrollo de enfermedades graves, algunas de ellas están entre las primeras causas de muerte. Teniendo en cuenta que mientras mayor es la cifra de tensión arterial, peor es el pronóstico y que esta afección puede propiciar complicaciones irreversibles o que las cifras tensiionales progresen significativamente y de una hipertensión ligera se convierta en una moderada o severa es importante la adherencia al tratamiento. La falta de adherencia terapéutica es un problema en la Salud Pública de primera magnitud, con una prevalencia media del 50% en patologías crónicas y causalidad multifactorial ¹².

Es una enfermedad y factor de riesgo cardiovascular, que afecta a la población y está sometida a características particulares según la condición de cada individuo, por lo que el plan terapéutico consiste en seleccionar el o los medicamentos precisos, indicarlos en las dosis diarias y distribución horaria más beneficiosa de biopsicosociales e imponer también las medidas de régimen no farmacológico; es decir, la educación al paciente en su auto cuidado para que éste, por decisión propia en acuerdo con el equipo de salud, opte por estilos de vida saludables ¹³.

La responsabilidad profesional exige una actitud proactiva, previsor y educativa. Para el desarrollo de estrategias propias que tomen en cuenta las diferencias particulares de esta población, en este ámbito esta investigación contribuirá con un procedimiento de acercamiento hacia el paciente y el uso de herramientas que midan el cumplimiento del tratamiento ¹³.

Es conveniente y pertinente realizarlo para resolver un problema de salud identificado y que puede ser controlado desde la Atención Primaria de

Salud, la cual tendrá relevancia social e implicaciones prácticas porque se beneficiarán los pacientes y se llevarán a cabo una serie de acciones de salud, que servirá para desarrollar estrategias y así mejorar la calidad de atención.

Basado en lo anteriormente planteado y la escasez de estudios sobre el tema, es que se decidió realizar esta investigación, dirigida a modificar el comportamiento sobre la no adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Evaluar la adherencia terapéutica y los factores que influyen en pacientes hipertensos del sector San Marcos, año 2016.

1.4.2 Objetivo específico

1. Caracterizar los pacientes hipertensos según los variables socio demográfico seleccionado.
2. Identificar el nivel de adherencia terapéutica de acuerdo a las variables conductuales de tipo personal, familiar y servicios de salud.
3. Diseñar una estrategia educativa para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

CAPITULO 2.

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

La Hipertensión Arterial, es una enfermedad y factor de riesgo cardiovascular, que afecta a la población y está sometida a características particulares según la condición de cada individuo, por lo que el plan terapéutico consiste en seleccionar el o los medicamentos precisos, indicarlos en las dosis diarias y distribución horaria más beneficiosa de acuerdo con las peculiaridades individuales en los aspectos biopsicosociales e imponer también las medidas de régimen no farmacológico; es decir, la educación al paciente en su auto cuidado para que éste por decisión propia en acuerdo con el equipo de salud, opte por estilos de vida más saludables ¹⁴.

En una investigación experimental realizada por consultas del Programa Remediar + Redes, (Ministerio de Salud de la Nación de Argentina) en el año 2012 acerca del problema de la adherencia en la HTA, apuntó que esta incluye las indicaciones farmacológicas y las modificaciones de hábitos o estilos de vida. Su finalidad consiste en mejorar su calidad de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de salud ¹⁵.

Maldonado Reyes y Vázquez Martínez, en México en el año 2011, realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, con el tema: Prevalencia de adherencia terapéutica en hipertensos con el uso del cuestionario Martin Bayarre – Grau, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de adherencia, encuestando a 322 pacientes con diagnóstico previo de HTA, se obtuvo como resultado que el 39% tenía adherencia total al tratamiento, 59% parcial y el 2% no adherido ¹⁶.

Cothe P¹⁷. realizó un meta-análisis, con 63 investigaciones empíricas que relacionan la adherencia con los resultados clínicos (medidos objetivamente), plantea que la adherencia al tratamiento, comparada con la no adherencia, reduce en 26% el riesgo de un resultado clínico pobre o nulo, y que la oportunidad de tener un buen resultado clínico, si el paciente es adherente, es casi tres veces la oportunidad en pacientes no adherentes, adicionalmente, estima que de 100 pacientes adherentes, 63 tendrán buenos resultados clínicos y 37 resultados pobres o nulos, comparado con un 50/50 en los pacientes no adherentes¹⁷.

Algunos autores refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; simplificar los regímenes terapéuticos; así como programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales¹⁸.

2.2 Fundamentación filosófica

Esta investigación está enfocada con un paradigma biosocial donde el individuo es visto de forma holística en todas sus dimensiones: biológicas psicológicas y sociales, proyectándose desde lo individual, familiar y comunitario, con una visión epidemiológica y social, encaminada a lograr mejorar la calidad de vida.

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

Con la información proporcionada a través de esta investigación se pretende mejorar la interacción entre los pacientes y el personal de salud, proporcionando a través de una estrategia educativa la difusión de los conocimientos necesarios y considerando que en la actualidad la

medicina basada en evidencia es la mejor certeza científica para la toma de decisiones en relación al cuidado de la salud de las personas.

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

2.3 Fundamentación legal

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta artículos que se incluyen en la Nueva Constitución del Ecuador con respecto a la salud, enunciándose seguidamente ¹⁹.

Derecho a la salud

El artículo 32: de la Constitución señala que “La salud es un derecho de todos, que el estado debe garantizarlo, cuya realización se realiza a ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos, y otros que sustenten el buen vivir” ¹⁹.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas que beneficien a cada persona en diferentes ámbitos como económico, social, culturales, entre otros y permitan el acceso permanente, oportuno a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional ¹⁹.

En el Art. 34.- “El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas y será deber y responsabilidad

primordial del Estado. La seguridad social tendrá como fundamento de solidaridad, será un derecho obligatorio, que de equidad, transparencia individual y colectiva ¹⁹.

En el Art. 358.- “El Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural ¹⁹.

En el art. 50.- El fundamento jurídico que sirve como base para que se haya dispuesto en la Constitución la protección del Estado a las personas que sufren de patologías catastróficas: son el derecho a la Vida, al Buen Vivir, que implica, el derecho a la Salud y la Seguridad Social, los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, el derecho a la igualdad y el principio de equidad ¹⁹.

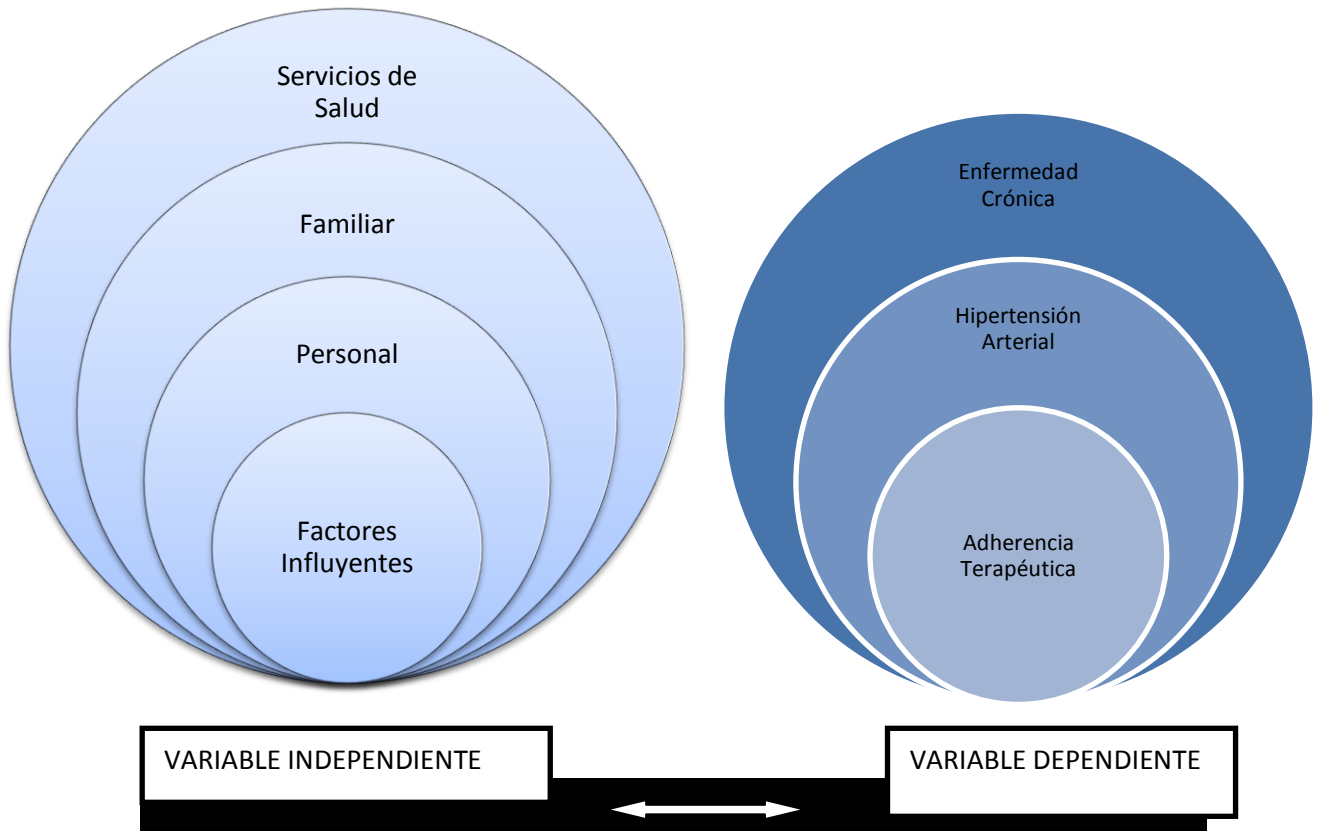
Derecho a la vida

El derecho a la vida, es el primero de los derechos de la persona humana; pero a una vida digna; y una vida con dolor hace indigna la existencia del ser humano, pues no le permite gozar de la óptima calidad de vida que merece y, por consiguiente, le impide desarrollarse plenamente como individuo en la sociedad. Además el derecho a la vida es un valor constitucional de carácter superior y su respeto y garantía aparece consagrada como un principio del ordenamiento jurídico político ecuatoriano³³. Asegurar la vida, no es solo el derecho subjetivo que se tiene sobre la vida, sino la obligación de los otros a respetar el derecho a seguir viviendo o a que no se anticipe la muerte ¹⁹.

El derecho a la Vida y la Salud se vinculan de tal forma que una y otra protección no puede prescindirse. Sin Derecho a la Salud no hay Derecho a la Vida posible, pues más de una patología llevan al hombre a la muerte, el derecho fundamental subsume al derecho de prestación, porque lo que importa es entonces es la defensa inmediata de la vida que es un derecho supremo que conlleva a la protección de la salud ¹⁹.

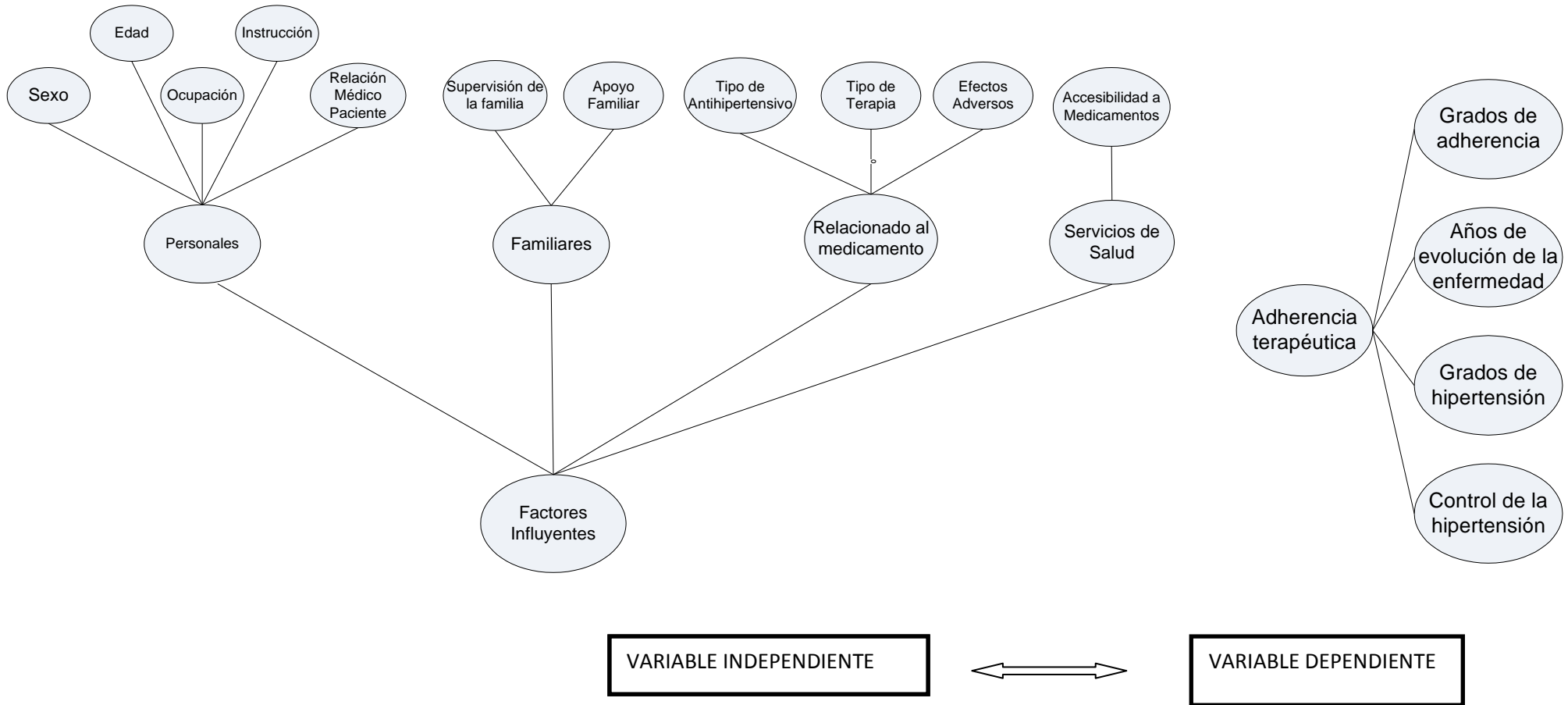
2.4 Categoría fundamentales

GRAFICO 1: Categorización de variables



Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

GRAFICO:2 Categorización de variables



Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

2.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La pre hipertensión es un factor de riesgo que se debe identificar para evitar alto riesgo de desarrollar HTA, tanto los pacientes como médicos deben entender, la vulnerabilidad de tener riesgo de desarrollar una enfermedad, indica que se debe realizar actividades de promoción y prevención para evitar que se desarrolle determinada enfermedad. Por lo que es indispensable el control de la presión arterial en cada visita al médico o durante las visitas domiciliarias y se debe educar a los pacientes en alimentación saludable, la importancia del ejercicio en la vida diaria ²⁰.

“Las personas que padecen enfermedades crónicas como Diabetes, Enfermedad renal crónica, se debe conseguir como objetivo una presión arterial menor de 140/90 o de 130/80, se puede iniciar la terapia farmacológica con dos agentes, uno de los cuales debería ser un diurético tiazídico, la presión solo se controlará si los pacientes están motivados a permanecer con el tratamiento farmacológico” ²⁰.

“La confianza en el médico y la empatía mejorarán la motivación y satisfacción de los pacientes” ²⁰.

Por lo que es fundamental tener una adecuada relación médico paciente que esté encaminada a ser una adecuada guía para cumplir las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, que mejorarán la calidad de vida de cada persona que padece una enfermedad crónica no trasmisible ²⁰.

El Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC) sugiere que todas las personas con HTA (Estadios 1 y 2) sean tratadas ²⁰.

El objetivo de realizar promoción y prevención en Atención Primaria va a disminuir el número de personas que presenten Hipertensión Arterial , implementando una dieta sana, la realización de ejercicio como hábitos saludables que constituirán una protección para impedir que se

desarrollen enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA que afecta a gran parte de la población.

La prevención y un manejo adecuado constituye el mayor desafío de los países desarrollados y en vía de desarrollo, ya que al realizar prevención adecuada en los grupos vulnerables se evitará que padezcan la enfermedad y las complicaciones que causa la misma, evitando impacto económico para las familias y para los centros de atención médica.

Se han identificado muchos factores que causan HTA como predisposición genética, hábitos alimenticios no saludables como el consumo excesivo de sal, la obesidad que es un factor de riesgo que está creciendo en forma desproporcionada, y afectando a la población indistintamente de la edad, el sedentarismo que afecta a la gran mayoría de personas, hábitos tóxicos como el alcoholismo que predispone a que se desarrolle una enfermedad crónica no transmisible ²⁰.

Si se encuentra predisposición a desarrollar esta patología y los hábitos personales no son saludables el porcentaje de personas que desarrollarán la enfermedad será mayor, es importante concientizar sobre el beneficio de hábitos saludables, evitar alimentos procesados y poner atención en la cantidad de sodio que tiene cada alimento evitando consumir en exceso los requerimientos que necesita el organismo.

De esta manera se contribuirá a disminuir los niveles de la presión arterial, beneficiando la calidad de vida de cada persona, y evitando las complicaciones que se presentan al no tener un adecuado control de esta.

En la prevención influye la cultura de cada sociedad en la que se desarrollan, el grado de educación ya que si tiene un nivel óptimo será más fácil comprender las indicaciones que prescriba el médico, pero si su educación es baja o nula se deberá encontrar otra forma de explicar las indicaciones para mejorar la recepción y cumplimiento de las mismas.

Para mejorar las barreras culturales se necesita un manejo multidisciplinario del personal de salud que laboran en cada centro médico de atención primaria, prestando atención a la población de todas las edades y educando para que cumplan las indicaciones prescritas de forma adecuada ²⁰.

Las personas que presenten valor normal de la presión arterial hasta los 50 años, no se han descartado de padecer esta patología en los años posteriores, se debe realizar un arduo trabajo dedicado a la promoción de hábitos saludables y a la prevención de enfermedades crónicas como la HTA, para dar un impacto en salud y beneficiar a las personas que acuden a los distintos centros de salud ²⁰.

El Séptimo Informe completo del Comité Nacional se basa en prevención, detección oportuna, evaluación y tratamiento de la HTA, proporciona información de los diferentes tratamientos con antihipertensivos para obtener un adecuado tratamiento de la población hipertensa ²⁰.

La propuesta está dirigida a la prevención y manejo adecuado teniendo como objetivos fundamentales los siguientes:

Entre los medicamentos se encuentran los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas receptores de la angiotensina II (ARA II), calcioantagonistas, para tener un control adecuado se puede combinar los diferentes fármacos para conseguir el objetivo que es disminuir la presión arterial sistólica y diastólica mejorando la calidad de vida de las personas y disminuyendo las complicaciones que pueden presentar cuando tienen un tratamiento inadecuado ²⁰.

La responsabilidad de un adecuado control de la presión arterial no solo depende del paciente y su médico, también influye su entorno, como el apoyo familiar, la economía que le permita adquirir los medicamentos, la

responsabilidad del ministerio de salud en proveer medicamentos a cada centro de salud para hacer llegar el medicamento a cada paciente e impedir que abandonen el tratamiento.

El comité reconoce que el juicio y la responsabilidad del facultativo sigue siendo crucial ²⁰.

Para prevenir el aumento de la presión arterial, deberían tomarse medidas de promoción y prevención para reducir o minimizar estos factores causales en la población, sobre todo en individuos pre hipertensos, o con factores de riesgo ²¹.

El Octavo Informe continúa con sus bases fundamentales en la detección oportuna, evaluación adecuada, y tratamiento que se brinde a las personas con Hipertensión Arterial ²⁰⁻¹⁴. (JNC) sugiere que la hipertensión es la condición más común que se observa en la Atención Primaria y conduce a infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente ²¹⁻¹⁴.

Los pacientes quieren estar seguros de que el tratamiento de la presión arterial reducirá su carga de morbilidad, mientras que los médicos quieren orientación sobre la gestión de la hipertensión utilizando la mejor evidencia científica. Este informe tiene un enfoque riguroso y basado en la evidencia para recomendar umbrales de tratamiento, las metas y los medicamentos en el tratamiento de la hipertensión en los adultos. La evidencia se obtuvo de los ensayos controlados aleatorios, que representan el estándar de oro para determinar la eficacia y la efectividad.

Se clasificaron en función de sus efectos sobre los resultados importantes. Existe una fuerte evidencia para apoyar el tratamiento de personas hipertensas de 60 años o mayores de esa edad a un objetivo de presión arterial menor de 150/90 mm Hg y personas hipertensas 30 a 59 años de edad con una presión diastólica de menos de 90 mm Hg. ²¹

Sin embargo, no hay pruebas suficientes en las personas hipertensas menores de 60 años para un objetivo sistólica, o en los menores de 30 años con un gol de diastólica, por lo que el grupo de expertos recomienda una presión arterial de menos de 140/90 mm Hg .

Se recomiendan los mismos umbrales y metas para los adultos hipertensos con diabetes o enfermedad renal crónica no diabética, que para la población general hipertensa menores de 60 años²¹. Hay pruebas moderadas para apoyar el inicio del tratamiento farmacológico con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina, antagonistas del calcio o diurético tipo tiazida en la población hipertensa no negra, incluyendo aquellos con diabetes ^{21- 14}.

Aunque esta guía ofrece recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la HTA y debe responder a las necesidades clínicas de la mayoría de los pacientes, estas recomendaciones no son un sustituto para el juicio clínico, y las decisiones sobre el cuidado deben considerar e incorporar las características clínicas y circunstancias de cada paciente individual ^{21- 14}.

La hipertensión es uno de los contribuyentes prevenibles más importantes para la enfermedad y la muerte. Hay abundantes pruebas de los ensayos controlados aleatorios que ha demostrado el beneficio del tratamiento antihipertensivo en la reducción de los resultados de salud importantes en personas con hipertensión ^{21- 14}.

Es una enfermedad crónica que requiere tratamiento de larga duración con adherencia al mismo y auto cuidado responsable. Se han descrito en las enfermedades crónicas, que luego de seis meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30% y el 80% de los pacientes dejaba de tomar la medicación; siendo mucho más baja la adherencia a las prescripciones de cambio en el estilo de vida o cambios de conductas²¹⁻¹⁴.

El manejo integral de la HTA se define como “el establecimiento de metas del tratamiento, manejo no farmacológico y farmacológico, educación del paciente, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones”. Para controlar el aumento de las cifras tensiionales en los enfermos, resulta imprescindible tener como meta mejorar la adherencia al tratamiento terapéutico y esta se basa en un compromiso mutuo entre los profesionales de la salud y el paciente, teniendo un control adecuado de la presión arterial logrando el objetivo deseado ²².

La adherencia terapéutica lograda mediante la educación del paciente y el fortalecimiento de las prácticas de auto cuidado, permiten un mejor control de las cifras de tensión arterial y reducción de la morbilidad a posteriori como lo evidencia un estudio realizado en el año 2010 en Barcelona que concluyó que el cumplimiento y la persistencia del tratamiento para la hipertensión mejoran el control terapéutico, ocasionando una reducción de eventos cerebro - vasculares y costes sanitarios totales ²³.

Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud define adherencia terapéutica como el cumplimiento de las indicaciones médicas prescritas al paciente, incluyendo la dieta, ejercicio, dando como resultado un estilo de vida saludable ¹.

Al no tener un adecuado acatamiento de las indicaciones prescritas, se presentan las complicaciones que ponen en riesgo la vida de la persona. Entre los factores que influyen se encuentra la cultura, la economía, el nivel de instrucción los síntomas de la enfermedad, accesibilidad al medicamento, relación con el personal de salud.

El bajo nivel socioeconómico, al analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo importantes en la poca adherencia al tratamiento antihipertensivo, otros factores relacionados son la deficiente

comprensión y la aceptación de la enfermedad, los costos, la toma de decisiones en relación con la enfermedad, la tolerabilidad al tratamiento, entre otros.

Existen formas de medición de adherencia al tratamiento. Los métodos de medición del cumplimiento terapéutico pueden ser directos e indirectos, los métodos directos cuantifican el fármaco o sus metabolitos en alguno de los fluidos orgánicos, y son fiables, objetivos, claros, sofisticados, caros, limitados a ciertos fármacos, útiles para ensayos clínicos. Los métodos indirectos son los más utilizados por ser sencillos, baratos y reflejan la conducta del enfermo, aunque pueden sobreestimar el cumplimiento, y ser menos objetivos y fiables, pero muy útiles en atención primaria de salud basándose en la entrevista clínica, test, y recuento de comprimido²⁴.

Existe una variedad de test de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico, que aunque tienen sus limitaciones son más útiles en Atención Primaria de Salud. Uno de los más utilizados es el test Martin Bayarre, que valora el cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial².

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

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

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

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

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

- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones. Bajo estos lineamientos, se busca una participación activa y voluntaria del paciente, en el cumplimiento de la terapéutica, el mismo que ha sido elaborado y aceptado bajo las estrategias y condiciones establecidas por mutuo acuerdo entre el paciente y el médico.

Se indica que las personas con Hipertensión Arterial al tener una enfermedad silenciosa abandonan el tratamiento cuando desaparece los síntomas por los que acude al médico, y de las personas que permanecen con el tratamiento, solo el 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos; por lo tanto, solo un 25% logra el control óptimo de la presión arterial. Es así que el grado de adherencia al tratamiento varía entre 50 y 70%; dependiendo fundamentalmente de la aceptación del tratamiento que influye en su cumplimiento.

Factores que interfieren con la adherencia terapéutica antihipertensiva:

Se determina el grado de adherencia terapéutica por los factores que influyen como socio-demográficos, familiares, relacionados con el medicamento y relacionados con el sistema de salud, y factores relacionados con la terapia ²⁴. La valoración de estos factores nos permite intervenir de una forma directa para mejorar la conducta y cumplimiento del tratamiento beneficiando de forma directa al paciente utilizando una

estrategia adecuada para conseguir el objetivo final: mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos

s²⁴.

1.- Factores socioeconómicos

La pobreza influye de forma directa en el abandono del tratamiento se hace evidente en los países en vías de desarrollo. Por otro lado en el estudio de Framingham²⁴. demostró que el nivel de educación es uno de los marcadores del estado socioeconómico y está relacionado en forma inversa con la prevalencia e incidencia de Hipertensión Arterial y con las complicaciones y evolución de ésta²⁵. Al valorar el grado de instrucción e HTA se comprobó una asociación estadísticamente significativa; este bajo nivel de instrucción podría explicar la falta de adherencia al tratamiento y el desconocimiento por parte de la población sobre las complicaciones que esta enfermedad puede causar²⁵. La educación se asocia con la mejoría en el control de la presión arterial; un nivel de educación menor al bachillerato es un factor de riesgo independiente y un reto para la “alfabetización de la salud”²⁵. Varios han sido los factores socioeconómicos que se han relacionado con la adherencia terapéutica entre los que se incluyen: la desocupación el bajo nivel escolar la pobreza el abandono familiar, entre otros; siendo los más representativos la pobreza y el coste elevado de los medicamentos, lo cual motiva a generar políticas gubernamentales que permitan precios accesibles a la medicación, protección del estado en el ámbito de salud y sistemas de distribución confiables de medicamentos, para lograr buenas tasa de adherencia a los tratamientos²⁵.

Los comités de salud deben evaluar las condiciones de cada paciente para apoyar al personal de salud teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas de su comunidad.

En un estudio realizado en Cartagena, Colombia²⁶, sobre los factores que influyen en la adherencia a tratamientos de personas con riesgo de

presentar complicaciones, se encontró que el 16.41% de los participantes se encontraba en riesgo moderado de no adherirse al tratamiento; sin embargo, un gran porcentaje de los encuestados opinó que el contar con el apoyo de la familia (tanto anímico como económico) ayuda a continuar con el tratamiento, lo cual favorecía de manera positiva la adherencia¹⁷

Por su parte, una investigación realizada en Sincelejo, reportó que el 95% de los encuestados contaba con apoyo familiar para cumplir el tratamiento, el 89% guardaba contacto con grupos de apoyo que les servían de ejemplo y un 68% contaba con disponibilidad económica para costearse los medicamentos; lo cual daba por resultado que un 95% de los participantes se encuentre en la categoría sin riesgo de no adherencia²⁶.

2.- Factores relacionados con el sistema de salud

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

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

Los pacientes que no cumplen su tratamiento creen que el sistema de salud de alguna manera afecta la atención a sus usuarios. Por ejemplo que no consigue atención con el mismo profesional médico, lo que implica repetir su historia clínica cada vez que acuden a control, riesgo de no establecer una buena relación médico paciente con el otro profesional o recibir orientaciones diferentes, lo que influye directamente en la falta de adherencia al tratamiento²⁷.

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

Por otra parte una investigación realizada en Brasil por MaGhalaes .¹⁹ sobre la relación que existe entre el médico y el paciente que no tiene adherencia al tratamiento, indica que una de las causas fundamental de este problema de salud es la pobre comunicación que no permite que se consiga adherencia al tratamiento ²⁷.

La investigación realizada en Barranquilla, encontró que un 76,72% de los pacientes consideró fundamental el trato del médico y la enfermera para volver a los controles, un 82.40% expresó que comprende claramente las explicaciones del médico y la enfermera, lo cual permitió que el 83.91% no tenga dudas acerca de la forma de tomarse los medicamentos²⁷. Al final, la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico²⁸. Finalmente, las intervenciones en este aspecto deben adaptarse a las exigencias particulares del paciente, poniendo énfasis en los procesos comunicativos del paciente proveedor de salud, donde se prioricen las inquietudes y dudas sobre la entrega de la información ²⁹.

3.- Factores relacionados con la terapia

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

Hay una variedad de medicamentos y efectos adversos que cada uno producen en menor o mayor porcentaje de acuerdo a la conducta terapéutica prescrita, cada persona debe tener suficiente información sobre el tratamiento que le han indicado y los efectos adversos que pueden presentar para dar un adecuado régimen terapéutico que controle las cifras de presión arterial tratando con la dosis adecuada que tiene

relación directa con la adherencia o abandono del tratamiento, evitando los efectos secundarios que influyen en el abandono.

Las atribuciones causales o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad van a ser otro factor implicado en la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud³⁰. De igual forma la variable apoyo social se ha demostrado que puede contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla. Igualmente los factores culturales determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en salud³⁰.

Algunas de ellas están destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias²³⁻²⁴.

Otras están orientadas a la modificación de la creencia del paciente en materia de salud, y otras se proponen modificar el apoyo social fomentando en el entorno inmediato del enfermo su adherencia a las prescripciones, o integrándolo a grupos de autoayuda³⁰.

La adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud, de una adecuada comunicación que forme principios de conducta en cada persona³⁰.

En la actualidad son múltiples las investigaciones que se llevan a cabo en torno al complejo problema de la adherencia terapéutica. Se han realizado numerosos estudios sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y su relación con la satisfacción del paciente así como también con la organización y calidad de los servicios de salud³⁰.

La deficiente adherencia a los tratamientos a largo plazo, compromete la efectividad del tratamiento. El paciente hipertenso que no cumple su terapia además de tener peores resultados sanitarios, también hace mal

uso de los recursos económicos, por lo que la primera tarea para optimizar recursos es identificar aquellos pacientes no adherentes³⁰.

El criterio utilizado para catalogar una terapia antihipertensiva como exitosa, es el control de cifras arteriales. Esto a su vez depende de una terapia adecuada y de la voluntad del paciente para cumplirla. Sin embargo el identificar aquellos pacientes no adherentes es el primer y fundamental paso para hacer efectivo un tratamiento³⁰.

Para hacer referencia al fenómeno de adherencia terapéutica médica se reconocen un conjunto de términos como son: cumplimiento, adhesión, adherencia terapéutica, para realizar un abordaje al mismo aspecto; lo que nos puede confundir a profesionales de la salud y pacientes. Está claro que el completo beneficio de una terapia medicamentosa, solo va a ser obtenida por aquellos pacientes que sigan los tratamientos prescritos de forma correcta, y un pilar fundamental para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial es la educación³⁰.

Colunga Rodríguez³⁰, plantea que en este tipo de pacientes es primordial impulsar el desarrollo de habilidades sociales, como son las capacidades de comunicación, de saber recibir y solicitar ayuda, la expresión de emociones y la afectividad, de aspectos que contribuye a disminuir las preocupaciones y el estrés que genera la enfermedad³¹.

Los diferentes estudios realizados por Contreras, coinciden en que una actitud de compromiso por parte del paciente, con el cuidado de su salud; junto con un tratamiento efectivo y con resultados, ayudan de manera positiva hacia el cumplimiento de la terapéutica farmacológico y no farmacológico; tal como lo demuestran los resultados, donde el 98% de los participantes expresaron que el tratamiento es beneficioso y por tanto lo siguen tomando, un 94% sigue las recomendaciones acerca del control de peso, dieta y ejercicio, y un 93% consideró que los medicamentos aliviaban sus síntomas³².

Finalmente, la OMS³², plantea que la adherencia a los regímenes terapéuticos a largo plazo (como el caso de la Hipertensión Arterial), requiere un cambio comportamental, por lo que sugieren estrategias como proporcionar recordatorios (instrucciones escritas) y conformar grupos de autoayuda que permitan el intercambio de experiencias y sirvan de estímulos para las personas que se encuentran en igual situación ³³.

Efectos adversos

Hipotensión: El efecto adverso más frecuente que aparece al usar estos fármacos, ocurre con la primera dosis. El riesgo de sufrirla aumenta en pacientes con depresión de volumen o de sodio como diarreas, vómitos, tratados con diuréticos o con otros antihipertensivos ³³.

La dosis inicial puede producir hipotensión sintomática que se manifiesta por síncope, déficit neurológico e isquemia aguda del miocardio. La presión arterial sistólica disminuye en más de 50 mm Hg en el 10 % de las personas que reciben la primera dosis de Captopril o Enalapril ³³.

Por lo anterior se recomienda comenzar con dosis bajas y suspender al inicio los diuréticos de aparecer hipotensión grave se recomienda infusión de cloruro de sodio al 0,9 % o a la administración de un vasopresor ³³.

Nefrotoxicidad: Se han descrito al menos tres mecanismos en virtud de los cuales los IECA causan daños renales.

1. Al reducir la presión de filtración glomerular.
2. Al causar hipotensión sistémica.
3. Al inducir la glomérulonefritis.

Angioedema: Es un edema de la piel agudo, que no da el signo de la fòvea, de las membranas mucosas o de los tejidos subcutáneos, asociados a un eritema y que comúnmente afectan a la cara, los labios y la lengua ³³.

Tos: Los IECA producen tos en un 3-10 % de los pacientes tratados. La tos es persistente, no productiva y se acompaña de irritación de la garganta. A menudo empeora cuando el paciente está acostado. En general obliga a la retirada del tratamiento. La tos se resuelve en el término de una semana de suspensión del tratamiento con IECA³³.

En pacientes con tos inducida por IECA, aumenta la sensibilidad del reflejo de la tos inducida por la Capsaicina. Se cree que las fibras C son sensibles al estímulo químico producido por las prostaglandinas y las cininas. Por lo tanto la tos seca puede ser debido a un aumento de las concentraciones tisulares de cinina³³.

Alteraciones electrolíticas como la hiponatremia

Hipertrofia Vascular: El estudio de Framingham mostró que al aumentar la masa ventricular izquierda (MVI) el riesgo de accidentes cardiovasculares se multiplicaba por 4 en los hombres y por 5 en las mujeres para cualquier nivel de presión arterial (PA) alta. Por lo tanto, en la estrategia terapéutica además de reducir las cifras de PA, se enfatiza en la protección orgánica. Entre los fármacos con esta acción dual se señalan los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), debido a su efecto antihipertensivo y cardioprotector³³⁻²⁰.

Amlodipína

Dado que la vasodilatación inducida por Amlodipino es gradual al comienzo, raramente se ha informado hipotensión aguda luego de la administración oral del medicamento. Sin embargo, se debe tener precaución al administrar Amlodipino, al igual que con cualquier otro vasodilatador periférico, particularmente en pacientes con estenosis aórtica severa³³.

4.- Factores relacionados con el paciente

Constituyen los factores que menor influencia presentan en la no adherencia al tratamiento, entre ellos se encuentra en relación directa con las características socio-demográficas de cada persona³³. Las exigencias propias de la enfermedad para con el individuo, influyen en el comportamiento que este tenga hacia la adherencia. La hipertensión se caracteriza por su sintomatología silenciosa que causa daño a órganos diana no siempre se diagnostica en una etapa incipiente. La presencia de otros síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión y gravedad de la enfermedad, repercuten negativamente en la percepción de riesgo que tienen los pacientes y en la importancia que le otorgan al seguimiento de la enfermedad que permitan mejorar su adaptación a los cambios que deben incorporar en su quehacer cotidiano³⁵.

Según la OMS³⁵, entre los factores relacionados con el paciente se encuentra la angustia, el estrés psicosocial, la baja motivación y la no aceptación de la enfermedad³⁵.

En educación para la salud, existirían dos categorías teóricas básicas que permitirían trabajar en el cambio de conductas. La teoría cognoscitiva que se preocupa de cosas "dentro de la cabeza" como son el conocimiento, las actitudes, valores, creencias, y variables similares que de alguna forma residen en el cerebro, estas variables son consideradas como determinantes de la conducta y por tanto, cuando se desea cambiar la conducta de la gente, se empieza a comunicar con ella directamente con instrucciones o persuasión diseñada para cambiar su actitud³⁴⁻³⁵.

Un enfoque educativo debe tener una función, quiere decir, debe relacionarse con el problema de salud que cada persona enfrenta cada día y, por lo tanto, el programa educativo debe estar orientado a ayudarlos a entender mejor los problemas de salud que tienen, discutir sus orígenes y analizar la mejor manera de solucionarlos estimulando a participar activamente en las acciones que dicha solución requiere³⁴.

Los programas educativos deben basarse en la motivación de las personas y la comunidad para participar, para ello se deben emplear técnicas educativas de fácil comprensión y asimilación, sin que se requieran niveles altos de escolaridad para practicar las actividades propuestas y poder beneficiarse con lo aprendido ³⁵.

La estrategia educativa debe aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada persona o comunidad. Se debe adoptar, siempre que sea posible, técnicas de transmisión de información y conocimientos a las que la comunidad o personas estén acostumbradas para conseguir los resultados esperados deberán ayudarse de las siguientes teorías.

- Pirámide de necesidades.
- Teorías que apoyan. (Motivación. Comportamiento).

Se estableció una serie de necesidades experimentadas por el individuo, dando origen a la llamada “pirámide de necesidades” ³⁵. Según esta teoría, la satisfacción de las necesidades que se encuentran en un nivel determinado lleva al siguiente en la jerarquía, sin embargo se dan zonas de coincidencia entre un nivel y otro ya que no se da una satisfacción total de las necesidades ³⁶.

Al inicio se valoró los niveles de necesidades de cada persona y los clasificó por orden de importancia que tienen. En la base de la pirámide se encuentran las necesidades básicas o primarias, y en la cúspide las de orden psicológico o secundarias ³⁷.

Cuando se han cubierto las necesidades vitales, son los deseos de cada individuo los que establecerán el orden de necesidades e incluso podrá modificar la jerarquía con el paso del tiempo. En el momento actual, cuenta con ocho etapas distribuidas en las mismas necesidades más la de trascendencia en el vértice de la pirámide ³⁷.

- Teoría de la Motivación

La motivación es la respuesta al deseo de una persona de satisfacer ciertas necesidades. Puesto que la naturaleza y fuerza de las necesidades específicas es una cuestión muy individual, es obvio que no se va a encontrar ninguna guía ni métodos universales para motivar a la gente ³⁷.

Existen muchas teorías de la motivación. Cada teoría de la motivación pretende describir qué son los humanos y qué pueden llegar a ser³⁰. Por consiguiente, se puede decir que el contenido de una teoría de la motivación radica en su concepción particular de las personas ³⁷.

La teoría de la motivación es de gran interés para el conocimiento humano, se han producido diversos enfoques que abarcan desde la teoría de motivación humana, teoría de motivación en el aprendizaje, el afirma que los seres humanos tienen una escala de necesidades que cumplir tales como: fisiológicas, seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización ³⁸.

En la base a esta teoría Quezada indica los sistemas complejos del comportamiento del ser humano para cumplir sus necesidades fisiológicas y en la cúspide la autorrealización, es necesario cumplir todas las necesidades desde la base para pasar a las siguientes, es decir hasta que no se cubran las necesidades fisiológicas no podrán pasar a las de seguridad y así consecutivamente ³⁸.

Algunas investigaciones nos indican sobre el reto que presenta la motivación para ayudar a formar hábitos que beneficien a cada persona "La Manera Ideal" de considerar la motivación ³⁸.

- Teorías del Comportamiento

Se define como las actividades del individuo orientadas a adquirir y dar uso a bienes y/o servicios, incluyendo los procesos de decisión que consiguen determinar esas actividades. Esta apreciación psicológica apareció como resultado del desacuerdo con el estructuralismo, ya que

los asociacionistas consideraban a la introspección como un procedimiento muy poco confiable³⁸.

Y si en sus orígenes esta corriente se interesó por la asociación de las ideas en la mente, pronto perfiló su interés hacia la conducta de los cuerpos. Es decir, apreciaron que la psicología sólo se convertiría en una verdadera ciencia, si centraba sus estudios en las manifestaciones corporales y evidencias que pudieran ser observadas y verificadas en público³⁸. En conclusión: su ideal era que la psicología fuera tan científica como lo es la física y la alternativa que contrapusieron a la introspección, fue la de emplear metodologías que tomaran en cuenta, exclusivamente, formas de comportamiento observable³⁸.

“La razón fundamental que interviene de forma directa en el cumplimiento terapéutico es la responsabilidad que cada individuo tiene frente a su salud ”³⁹.

El paciente no es responsable con las obligaciones que emanan del rol de enfermo por falta de voluntad. Aquí se manifiesta ausencia del carácter voluntario y participativo de las acciones que definen la conducta de adhesión³⁹. También se refirieron a la falta de motivación por el tratamiento, el olvido, la no ejecución en el plano comportamental de una indicación importante como es la asistencia a los controles, y por último se destacó con cierta consistencia la creencia de que cuando la presión arterial está controlada no es necesario realizar el tratamiento³⁹.

Este resultado apunta hacia la carencia de una adecuada educación del paciente hipertenso dirigida, entre otros aspectos, hacia la implicación personal responsable que debe asumir ante su enfermedad, la que muchas veces disminuye en función de la identificación social como propias del personal de la salud, roles y responsabilidades que corresponden intrínsecamente a los pacientes y no a sus médicos o enfermeros. El apoyo familiar constituye un pilar fundamental para cumplir con el tratamiento, lo que refleja la importancia que tiene la familia como

soporte para el paciente hipertenso tanto en lo emocional como en lo económico, aspectos que facilitan una adecuada continuidad en el tratamiento y en las recomendaciones que debe seguir el paciente en el cuidado de su salud. En conclusión, se observa que la problemática de la adherencia terapéutica es multifactorial, donde se encuentran íntimamente relacionadas las dimensiones antes mencionadas; siendo imposible dividir las o tratarlas por separado, puesto que las mismas influyen como un todo de manera positiva o negativa en el accionar del paciente ⁴⁰.

Conceptualización de las variables

La hipertensión como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos⁴⁰. En general, como sucede en el caso de otros trastornos crónicos, varios datos muestran que el grado de cumplimiento a largo plazo por los pacientes de las prescripciones es pobre. De hecho, el problema de la falta de cumplimiento en los tratamientos muy prolongados está bien documentado, con numerosos estudios que muestran como los pacientes hipertensos no logran seguir adecuadamente las instrucciones del personal sanitario en relación al tratamiento farmacológico y/o higiénico – dietético ⁴⁰.

Hipertensión arterial

Se define cuando una tensión arterial sistólica (TAS) es >140mmHg y/o de una tensión arterial diastólica (TAD) >90mmHg, la HTA es considerada como una enfermedad crónica, que constituye uno de los factores de riesgo de mayor prevalencia en producir enfermedades ⁴⁰.

Tipos de hipertensión:

Hipertensión Sistólica Aislada (HSA)

Es más frecuente en personas mayores de 65 años. Se considera cuando la presión arterial sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la presión arterial diastólica es igual o mayor de 90 mmHg⁴⁰.

Hipertensión de la Bata Blanca

Se consideran en personas que tienen elevación de la presión arterial durante la visita a la consulta del médico, mientras es normal su presión.

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

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

Hipertensión Refractaria o Resistente

Según la definición de la American Heart Association (AHA) del año 2008 deben ser considerados hipertensos refractarios o resistentes aquellos pacientes que no logran llegar a las cifras objetivo de PA con tres fármacos que incluyan un diurético. La definición contempla dos aspectos, por un lado las cifras de PA por encima de la cual el control no es el deseable y, por otro, el uso de tres fármacos. Con respecto a las cifras

objetivo de la PA, tradicionalmente son cifras menores de 140/90 mmHg para la población hipertensa en general y menores de 130/80 mmHg en los pacientes diabéticos, en los pacientes con insuficiencia renal o en pacientes con proteinuria igual o mayor de 300 mg en 24 horas. Es conveniente aclarar que las cifras objetivo para el control de la PA surgen de la publicación del 2008 de la AHA.⁴⁰.

Con respecto a los tres fármacos:

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

Hipertensión Maligna

Es la forma más grave de HTA; se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes tiene insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva grado II –IV ⁴⁰.

La crisis hipertensiva es una elevación aguda de la presión arterial (PA) que puede ser asintomática y suele tener consecuencias graves si no se controla. La crisis hipertensiva es una situación clínica que puede amenazar la vida del paciente hipertenso e incluso puede aparecer en personas que no tengan el diagnóstico de hipertensión arterial

Las crisis hipertensivas se definen como aumento agudo de la presión arterial (PA) que puede producir alteraciones estructurales o funcionales sobre los órganos diana. Las cifras para definir crisis hipertensiva es de una presión sistólica mayor o igual a 180mmHg y una presión diastólica de 110mmHg de acuerdo a la última recomendación de Joint National

Committee (JNC). Se subdividen en emergencias y urgencias hipertensivas⁴⁰.

Emergencia hipertensiva: implica un estado de mayor gravedad y peor pronóstico por la presencia de daño a un órgano blanco y la evidencia inminente de un rápido o progresivo deterioro a nivel neurológico, cardíaco o renal⁴⁰.

- **Emergencia hipertensiva:** La elevación de la PA se asocia a lesión aguda de órganos diana que puede comprometer la vida del paciente de forma inminente. Requiere un descenso rápido de las cifras de PA (minutos-horas) con tratamiento específico preferentemente por vía parenteral precisando ingreso hospitalario (en planta o en UCI). Las formas clínicas de presentación más habituales son: el dolor torácico (27%), disnea (22%) y déficit neurológico (21%). La mayoría de sujetos que presentan una emergencia hipertensiva son hipertensos conocidos con tratamiento antihipertensivo.
- **Urgencia hipertensiva:** El ascenso de la PA no se acompaña de lesión aguda sobre órgano diana. El paciente puede estar asintomático o con síntomas inespecíficos (cefalea, mareo, ansiedad, etc) que en ningún caso pueden comprometer su vida de forma inmediata. Requiere el descenso de las cifras de presión arterial en las próximas 24-48 horas. Su tratamiento será oral y no suelen precisar asistencia hospitalaria. No es conveniente reducir las cifras de PA demasiado rápido, pues podría producir hipoperfusión en órganos diana. Las situaciones más habituales son la crisis asintomática idiopática, la HTA acelerada-maligna no complicada, HTA pre y postoperatorio y el abandono terapéutico.

Medición de la presión arterial

La medición de la presión arterial debe cumplir requisitos importantes para lograr con exactitud la misma. El paciente descansará 5 minutos antes de tomarle la presión arterial. No debe haber fumado o ingerido

cafeína por lo menos 30 minutos antes de la toma³⁻⁵. Debe estar sentada y con el brazo apoyado. En ancianos y diabéticos deberá tomarse la presión arterial de pie. El manguito del esfigmomanómetro debe cubrir dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estará desnudo. Se insufla el manguito, se palpa la arteria radial y se sigue insuflando hasta 20 o 30 mmHg por encima de la desaparición del pulso. Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa ante cubital y se desinfla el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja a una velocidad de 2 mmHg por segundos o lentamente.

Factores de riesgo

- Tabaquismo.
- Obesidad.
- Inactividad física.
- Dislipidemia.
- Diabetes mellitus.
- Edad mayor de 55 años.
- Antecedentes familiares de patologías cardiovasculares.

Clasificación de la hipertensión arterial

La presión arterial tiene una distribución unimodal en la población, así como una relación continua con el riesgo cardiovascular hasta valores sistólicos y diastólicos de tan solo 115-110 y 75-70 mmHg, respectivamente. Este hecho hace que la palabra hipertensión sea científicamente cuestionable y que su clasificación basada en valores de corte sea arbitraria. Sin embargo, el cambio de una terminología ampliamente conocida y aceptada puede generar confusión, y el uso de

Valores de corte simplifica el abordaje diagnóstico y terapéutico en la práctica clínica diaria⁴¹.

En consecuencia se mantiene la clasificación de la hipertensión arterial utilizada en varias guías⁴¹.

Tabla 1. Clasificación y manejo de la PA en adultos

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara (ver Tabla 8)
Normal	<120	y < 80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
Prehipertensión	120- 139	ó 80- 89	Si		
HTA: Estadío 1	140- 159	ó 90- 99	Si	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC)
HTA: Estadío 2	>160	ó >100	Si	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	según sea necesario

* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

** La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

*** Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

Tomada de la rev. JNC 7

Fisiopatología de la hipertensión arterial patrón hemodinámico

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

descienda, produciendo isquemia cerebral o miocárdica ⁴¹.

Factores genéticos y ambientales

Los genes tienen un porcentaje muy bajo en el desarrollo de HTA, se calcula que el 60-70% de la HTA esencial con agrupación familiar puede deberse a factores genéticos, siendo el 40-30% restante resultado de influencias ambientales⁴¹.

Retención excesiva de sodio

En diversas poblaciones, el aumento de la PA con la edad se relaciona directamente con la ingesta de sal. El sodio intracelular facilita la entrada de calcio con el consiguiente aumento de contractilidad en el músculo liso y aumento de resistencias periféricas ⁴¹.

Sistema renina-angiotensina- aldosterona (SRAA)

SRAA tiene un papel importante en el mantenimiento de la HTA y en el daño orgánico secundario. La inhibición o bloqueo farmacológico de sus componentes reduce la PA y disminuye el daño tisular ⁴¹.

Hipertrofia vascular

Las alteraciones hemodinámicas en la HTA inician un proceso de adaptación en los vasos de resistencia que se caracteriza por hipertrofia o hiperplasia de la capa muscular, aumento de la matriz extracelular, y aumento de resistencia ⁴¹.

Disfunción endotelial

En los últimos años se ha conocido la participación del endotelio en la función del sistema cardiovascular. Las células endoteliales son capaces de responder a diferentes estímulos (hemodinámicos y humorales), sintetizando o activando sustancias vasoactivas y factores de crecimiento celular. De esta forma, el endotelio regula el tono vascular, interviene en

el remodelado vascular, en la hemostasia local (adhesión y agregación plaquetaria y fibrinólisis) y participa en la inflamación por mediadores pro y antiinflamatorios⁴¹.

Manifestaciones clínicas de daño en órganos diana.

Cardíaco.

La compensación cardíaca de la excesiva carga de trabajo impuesta por el incremento de la presión arterial sistémica se logra al principio mediante hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, caracterizada por aumento del espesor de la pared ventricular. Al final se deteriora la función de esta cámara, la cavidad se dilata, apareciendo los signos y síntomas de insuficiencia cardíaca. Puede aparecer una angina de pecho a consecuencia de la combinación de enfermedad coronaria acelerada y aumento de las necesidades miocárdicas de oxígeno⁴¹.

Neurológico.

En pacientes con hipertensión es frecuente la disfunción del sistema nervioso central. Las cefaleas occipitales, más frecuentes por la mañana, constituyen uno de los síntomas precoces más notables de la hipertensión. Pueden observarse mareos, inestabilidad, vértigo, acúfenos y visión borrosa o síncope, pero las manifestaciones más graves se deben a oclusión vascular, hemorragias o encefalopatía⁴¹.

Renal

Las lesiones arterioscleróticas de los ovillos glomerulares, las arteriolas aferente y eferente, son las lesiones vasculares renales más frecuentes en la hipertensión que causan disminución del filtrado glomerular y disfunción tubular.

Adherencia al tratamiento

Definición.

Se define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas por parte del paciente las mismas que son prescritas por su médico⁴¹.

Aunque existe poco consenso en su definición, y por tanto en su evaluación e intervención, los planteamientos actuales en el tema firman que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que involucra una serie de comportamientos diarios, los cuales deben coincidir y ser coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, reflejando una implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. No obstante, esta forma de entender la adherencia al tratamiento no ha trascendido completamente a los servicios de salud que trabajan con la población hipertensa, en los que aún se sigue considerando la adherencia únicamente como la toma de medicamentos, la asistencia a citas médica y por tanto, sigue interviniéndose de esta manera⁴¹.

Los comportamientos de adherencia hacen referencia a la incorporación o mantenimiento de hábitos en el estilo de vida, la modificación de aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad, la búsqueda de conocimiento y el desarrollo de habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con los objetivos terapéuticos.⁴¹

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

Es importante identificar los factores de riesgo individuales que tienen influencia directa sobre el cumplimiento del tratamiento para evitarlos e

impedir la presencia de complicaciones que afecten a la población hipertensa.

Otros determinantes son:

- Los factores socio-demográficos individuales.
- Conocimientos sobre la enfermedad.
- Experiencia positiva del médico para dar tratamientos adecuados.
- Favorable relación entre el médico y el enfermo.
- Provisión de los medicamentos.
- Dosis correcta.

La pobreza de la gran cantidad de población con enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial, constituye el pilar de la adherencia al tratamiento ya que proveer a su familia de condiciones básicas para el diario vivir y no pueden adquirir el medicamento para controlar su patología.

Las complicaciones y la mortalidad, asociadas a la HTA, traen como consecuencia altos costos económicos y sociales ⁴¹.

Para resolver este problema, se tiene tratamiento farmacológico y no farmacológico dirigido a modificar los estilos de vida asociados al incremento de la presión arterial ⁴¹.

Evaluación de la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial

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

⁴¹.

En condiciones crónicas es importante conocer las razones por las cuales un paciente no mejora, pues las estrategias de control deben ser diferentes. Desde los primeros estudios empíricos sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes, en 1968, los investigadores han tratado de evaluar, comprender, predecir y cambiar las respuestas de los pacientes al tratamiento, argumentando que está relacionada con los resultados clínicos⁴⁴. No obstante, los resultados son insuficientes y en ocasiones contradictorios, frente a lo cual los expertos han hecho un llamado para mejorar su evaluación⁴¹.

Para tener una adecuada evaluación del grado de adherencia al tratamiento es necesario contar con instrumentos de medición confiables y enfocar las investigaciones por enfermedades. Sin embargo, existen pocas herramientas de evaluación de la adherencia al tratamiento, y de éstas pocas han sido validadas objetivamente⁴¹.

Medir la adherencia en la práctica clínica es difícil y la mayoría de métodos disponibles tienen grandes desventajas, son indirectos y susceptibles de error además, la forma en que se conciba la adherencia (como una serie de comportamientos complejos o sólo como la toma de medicamentos) se refleja también en la forma de evaluación⁴¹.

Instrumento

Existen instrumentos indirectos para medir la adherencia terapéutica entre ellos y de fácil aplicación es el cuestionario de Martín Bayarre Grau⁴, que se utilizó en esta investigación, el cual está validado en Ecuador, es fácil de usar, no es invasivo y es relativamente rápido. Sin embargo, es susceptible de ser manipulado por el paciente por su alto grado de participación y dependen de su colaboración, puede estar sujeto a una sobreestimación de la adherencia al tratamiento por parte del paciente con el fin de agradar al profesional de salud, así como a sesgos de memoria y de reporte, constituyen una forma no amenazante de investigar la adherencia.

2.5 Hipótesis

H₀ La adherencia terapéutica en pacientes hipertensos no depende de la influencia de factores personales, familiares, medicamentos y servicios médicos que reciben.

H₁ La adherencia terapéutica en pacientes hipertensos depende de la influencia de factores personales, familiares, medicamentos y servicios médicos que reciben.

2.6 Señalamiento de variables de la hipótesis

Variable dependiente: adherencia terapéutica.

Variables independientes: factores influyentes

Capítulo 3.

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

La investigación está basada en un enfoque cuantitativo porque se determinó los diferentes factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos, se buscó una mejor comprensión y conocimiento sobre el tema, para lo cual se asumió un enfoque contextualizado, se aplican métodos estadísticos para la obtención de los resultados.

3.2 Modalidad básica de la investigación.

Se realizó la modalidad de campo, se obtuvo la información de la comunidad donde habitan los pacientes hipertensos. La modalidad en la que se basó la investigación fue documental utilizando el cuestionario de Martin Bayarre, y se determinaron los diferentes factores personales que influyen en una mala adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

3.3 Nivel o tipo de investigación

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal el cual permite identificar los factores personales relacionados con la adherencia de pacientes con diagnóstico previo de Hipertensión Arterial que acudieron al Centro de Salud de San Marcos en los años 2015- 2016.

3.4 Población y muestra

El universo de estudio lo constituyeron los 69 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron al Centro de salud San Marcos en el periodo 2015-2016. Por las dimensiones de la población en estudio no fue necesario realizar muestreo.

Criterios de inclusión.

1. Pacientes con Hipertensión arterial que pertenezcan al Centro de Salud San Marcos, dispuestos a participar en el estudio.
2. Pacientes en tratamientos de hipertensión arterial.
3. No tener trastornos mentales que impidan contestar el instrumento.

Criterios de exclusión.

1. Pacientes que no den su consentimiento a participar en el estudio.
2. Pacientes con hipertensión arterial , que no hayan recibido ningún tipo de intervención médica, (farmacológica y no farmacológica)
3. Pacientes con registros incompletos en las historias clínicas.

Criterios éticos

El trabajo de investigación se basó en normas y criterios de confidencialidad, se tendrán en cuenta los principios bioéticos (Autonomía, Beneficencia, No maleficencia, Justicia) reservándose el anonimato de los pacientes incluidos en el estudio a través de la designación de un código. A los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos se les informo de forma verbal y escrita la descripción de los objetivos, procedimientos, y beneficios de la investigación. Se les comunico sobre la confidencialidad, privacidad y anonimato de la información recolectada. Todos estos aspectos están registrados en el consentimiento informado que fue firmado por el paciente.

3.5 Operacionalización de las variables

Variable independiente. Factores influyentes: Son aspectos condicionantes basados en los factores personales, relacionados con la familia, con la accesibilidad a los medicamentos, y con los servicios de salud que intervienen en la adherencia al tratamiento

Categorías	Indicadores	Escala	Ítems	Tca./Inst.
Factores socio demográficos y personales	Edad	35 a 64 años Más de 65 años	¿Cómo Influye la edad en la adherencia terapéutica?	Registros Específicos Fichas Médicas Encuesta Cuestionario
	Sexo	Femenino Masculino	¿Cómo Influye el sexo en la adherencia terapéutica?	
	Instrucción	Analfabeto Educación básica Educación Superior	¿Cómo influye la instrucción en la adherencia terapéutica?	
	Ocupación	Ama de casa Jornalero Cuenta propia	¿Cómo influye la ocupación en la adherencia terapéutica?	
	Relación médico paciente	Buena Mala	¿Cuál es la relación médico paciente?	
	Cumplimiento del tratamiento	Si No	¿Cumplen adecuadamente el tratamiento?	

Factores familiares	Apoyo familiar	Si No	¿Tienen apoyo familiar?
	Supervisión familiar	Siempre Casi siempre A veces Nunca	¿Cuándo hay supervisión de la familia?
Relacionados al medicamento	Tipo de antihipertensivo	IECA ARA 2 Combinados	¿Qué tipo de antihipertensivo Usan?
	Dosis	Mono terapia, terapia combinada Terapia combinada	¿Cómo influye la dosis en la adherencia?
	Efectos adversos	Si (Tos y edema de miembros inferiores) No	¿Existen efectos adversos al tratamiento?
Servicios de salud	Accesibilidad al tratamiento	Si No	¿Cómo influye la accesibilidad al tratamiento ?

TABLA N°2 Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE: Adherencia al tratamiento se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación a los medicamentos que debe tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud, resalta sobretodo la participación activa del paciente en la toma de decisiones.

Categorías	Indicadores	Items Básicos	Técnicas e instrumentos
Grados de adherencia	Adheridos totales	¿Cuál es el grado de Adherencia terapéutica, de los pacientes hipertensos?	Registros Específicos Fichas Medicas Encuesta
	Adheridos parciales		
	No adheridos		
Años de evolución de la enfermedad	0 – 5 años	¿Cuál es el tiempo de evolución de la enfermedad?	
	Más de 6		
Tipos de hipertensión	Grado I	¿Qué grado de hipertensión presentan los pacientes?	
	Grado II		
	Grado III		
Control de la hipertensión	Si	¿Cuál es el porcentaje de personas hipertensas controladas? (Adultos jóvenes <140/90 mmHg, mayores de 60 años <150/90 mmHg. Adultos mayores de 60 años con DM 2, IR <140/90 mmHg.)	
	No		

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

3.5.1 Validación de los instrumentos de recolección

El cuestionario está constituido por 12 preguntas que constan con cinco ítems con una escala de Lickert compuesta por cinco opciones cuyas respuestas y puntaje van desde: nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4) hasta nunca, alcanzando un puntaje general de 48 a 38 cuando se obtiene adherencia total, con adherencia parcial de 18 a 37 y menor de 17 cuando no son adheridos ⁴. (Anexo 2.5)

3.6 Recolección de la información

Primeramente se aplicará la encuesta a todo el universo de los pacientes hipertensos pertenecientes a los barrios San Marcos, de forma individual, se les brindará la información general del porqué de su aplicación, el beneficio del estudio, especificando las normas para responderlas, se auto aplicarán tanto en consulta como en visita domiciliaria, conservando el anonimato, se recolectarán además datos a través de fuentes primarias como la observación, entrevista no estructurada y la historia clínica individual.

Para la realización de las entrevista previamente se organizaron los documentos necesarios, se fijó un límite de tiempo para la misma, con esta se completó la información necesaria para la investigación y además a través de esta se detectaron las necesidades de aprendizaje para el diseño de la estrategia educativa, utilizando el método de David Leyva ³⁶.

3.7 Procesamiento y análisis

Se realizó la tabulación o realización de cuadros según variables propuestas, se aplicó una base de datos para el análisis estadístico, la representación gráfica automatizada se utilizó el programa EPIDAT 3.0, para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 20, los datos obtenidos se llevaron a cuadros y gráficos, diseñados para expresar el valor cuantitativo de cada una las variables estudiadas, calculándose porcentaje para las variables cualitativas y cuantitativas discretas y medidas de tendencia central

para variables cuantitativas continuas, para lograr realizar un análisis de las causas que provocan el abandono del tratamiento.

El análisis de los resultados estadísticos se aplicó de acuerdo a los objetivos planteados y la interpretación de estos se realizó apoyándose en el marco teórico.

A cada pregunta de la encuesta se le realizó un análisis e interpretación de los resultados.

Se utilizó para el análisis de los niveles de adherencia las siguientes categorías.

- Adherencia total.
- Adherencia Parcial.
- No adheridos.

Para el análisis del factor relacionado con el horario de la medicación, se agrupó en adheridos y no adheridos, se analizó de esta manera por la escasa relevancia que aporta utilizar los tres niveles de adherencia, a diferencia de los demás factores influyentes donde sí se tuvo en cuenta la escala con las tres categorías.

Se aplicaron técnicas de estadística inferencial, con un nivel de significancia de 0.05, esta se utilizó con el propósito de identificar la relación de las variables del estudio. Para probar la hipótesis se utilizó la prueba de ji cuadrado (χ^2).

Capítulo 4.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados

4.2 Interpretación de datos

4.3 Análisis estadístico

Se realizó una investigación descriptiva - transversal para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes Hipertensos que acudieron a consulta del centro de salud San Marcos periodo 2015-2016. La población objeto de estudio estuvo integrada por 69 pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial, de los cuales se excluyeron pacientes con, datos incompletos en las historias clínicas y que decidieron voluntariamente no participar en esta investigación. De la población en estudio 69 pacientes cumplían con los criterios de inclusión, tenían diagnóstico previo de Hipertensión Arterial y se encontraban en tratamiento antihipertensivo.

Factores socio demográficos y adherencia al tratamiento

Edad y adherencia al tratamiento

La población en estudio presenta una edad mínima de 35 años y una máxima de 85 años con una media general de 61.2.

Tabla N° 1. Distribución de pacientes hipertensos según grupos de edad, antecedentes familiares y niveles de adherencia terapéutica.

Edad	Antecedentes Familiares	Niveles de Adherencia						Total	%
		Adheridos Totales	%	Adheridos Parciales	%	No adheridos	%		
35 a 64	Si	1	33,3%	2	66,7%	0	0	3	4,3%
	No	1	2,5%	39	97,5%	0	0	40	57,9%
más de 65	Si	1	20%	4	80%	0	0	5	7,24%
	No	2	7,6%	17	80,9%	2	9,5%	21	30,43%
Total	Si	2	2,89%	6	8,69%	0	0,0%	8	11,5%
	No	3	4,34%	56	81,15%	2	2,8%	61	88,4%
Total	Total	5	7,24%	62	89,85%	2	2,8%	69	100,0%

χ^2 4,178 g/2 p=0,028s

Fuente: Encuesta de Martín Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.1 De los 69 pacientes con HTA, 43 se encuentran en la edad comprendida entre: 35 - 64 años, de estos ocupando la cifra mayor (40) para un 57,9% sin antecedentes familiar de HTA y de ellos (39) con un (97,5%) se encuentran adheridos parcialmente. En este grupo de edad (3) correspondientes al 4,3% tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Mientras que 26 pacientes se encuentran en el grupo de 65 años y más, de estos 17 con un 80,9 2% que no tienen antecedentes familiares y adheridos parcialmente y solamente 5 mayores de 65 años presentan antecedentes familiares (Tabla N° 1)

4.2.1 La enfermedad hipertensiva afecta al 25% - 35% de la población adulta, llegando a alcanzar por encima de los 65 años al 50% de la población y en mayores de 80 años a un 75% ⁴².

Los resultados alcanzados muestran que el mayor número de personas que padecen de hipertensión arterial se encuentran en la categoría de adultos y en menor número los adultos mayores, la mayoría de los pacientes no posee

antecedentes familiares, los datos expuestos muestran cifras muy bajas y la adherencia total a la terapéutica es mínima, siendo superada por la adherencia parcial donde se ubican el número mayor de pacientes.

Según las literaturas relacionadas al tema en la HTA esencial la historia familiar es clave ⁴², en esta investigación no guardó relación alguna con la presencia de la enfermedad, pudieran relacionarse los resultados con los estilos de vida no saludables que cada vez se hacen más evidentes desde edades juveniles.

Según la OPS los cambios significativos en los estilos de vida son en la actualidad los principales determinantes de los factores de riesgos y de las enfermedades en todas las edades⁴³.

La presión arterial varía a lo largo de la vida, de tal forma que en el paso de los años, la Presión Arterial Sistólica (PAS) se va elevando progresivamente, sube de forma natural con la edad, siendo la HTA mucho más frecuente en las personas mayores⁴⁴. En España se sitúa alrededor del 35% en adultos, pero supera el 65% por encima de los 60 años⁴⁵. A diferencia de los resultados obtenidos en este estudio fue el de Noack de la F et al, Chile, en el año 2012 predominando los adultos mayores con HTA⁴⁶.

El Envejecimiento poblacional presente en Ecuador hace que la prevalencia de la hipertensión sea cada vez más evidente, sin embargo en el área de atención de San Marcos el adulto mayor alcanza un 10 % de la población total, y esta patología no es frecuente en este grupo de edad.

Según el informe de OMS (2004)³² señala que la edad es un factor que puede mediar en la adherencia al tratamiento de manera anormal ³².

La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares⁴⁷. Se ha calculado que el 40% de los casos de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) o de Accidente Cerebrovascular es atribuible a la hipertensión⁴⁸.

Es alarmante que la adherencia total al tratamiento de esta investigación es mínima, siendo la HTA una enfermedad que causa serias complicaciones cuando no es controlada, y si desde edades tempranas se padece esta patología y no se cumple con las indicaciones médicas, las consecuencias perjudiciales aparecen precozmente, siendo proporcional este resultado a que en esta etapa de la vida existen más dificultades de los enfermos de adherirse.

4.3.1 En esta tabla el nivel de adherencia en relación al grupo de edad y a los antecedentes familiares es estadísticamente significativa.

Sexo y niveles de adherencia al tratamiento.

El género influye en la adherencia terapéutica, tienden las mujeres a cumplir el tratamiento indicado, suelen estar más dispuestas a utilizar los servicios de salud que los hombres, a la búsqueda de ayuda profesional y además se muestran más sensibles a las señales internas de su cuerpo y comunican más acerca de la percepción de los mismos. (Tabla 2).

Tabla Nº 2 Niveles de Adherencia en relación al género

		Niveles de Adherencia						Total	%
		Adheridos Totales		Adheridos Parciales		No adheridos			
Sexo			%		%		%		%
Sexo	Masculino	2	2,9%	21	30,4%	0	0,0%	23	33,3%
	Femenino	2	2,9%	42	60,9%	2	2,9%	46	66,7%
Total		4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100%

χ^2 1,500 g/2 p=0,472ns

Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.2 Se observa que de 69 pacientes las mujeres representan el 66,7%, y los hombres el 33,3%, predominando en ambos sexos la adherencia parcial con sus porcentajes máximos en un 60,9% y 30,4% respectivamente.

4.2.2 En esta investigación existe mayor cantidad de mujeres con HTA, y para ambos sexos las cifras más relevantes se encuentran en la adherencia parcial al tratamiento.

Sin embargo este resultado difiere con los alcanzados en España (Barcelona, 2007) por Puras¹¹, en donde no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en relación con la adherencia, así como el de Colombia⁹ (2011) realizada por Maldonado donde los hombres alcanzaron mayores puntajes respecto a las mujeres, atribuyendo este hecho a los roles de género que se adoptan en el cuidado de la salud en la pareja, las mujeres asumen mejor el rol de cuidadoras de sus familiares y esposos lo que garantiza apoyo al seguimiento de indicaciones médicas.

En cambio coincide con el resultado obtenido por Piñaloza Galarza en un estudio similar realizado en Ambato, Ecuador, (2014), donde predominó el sexo femenino con un 62%⁴⁹.

A partir de la 5ta década de la vida, el aumento de la PAS (Presión Arterial Sistólica) es mayor en el sexo femenino⁵⁰. La presentación de la HTA en las mujeres es más baja que la de los hombres antes de la menopausia, sin embargo en este estudio una parte de ellas se encuentran en esta fase de la vida, por lo que pudiera corresponderse con el predominio de este sexo.

Las hormonas sexuales (HS) femeninas, incrementan el depósito de elastina en relación al colágeno (efecto protector contra la esclerosis)⁵⁰, por supuesto esto es sugerente cuando se encuentran en edades antes de que comience el declive de esas hormonas.

A pesar de que las féminas tienden a ser más preocupadas por su salud, suelen ser más sistemáticas y responsables en el seguimiento de las indicaciones médicas recibidas, es preocupante como la mínima cantidad se adhieren al tratamiento.

Según el comportamiento epidemiológico las mujeres tienen tasas de mortalidad coronaria más baja a cualquier nivel de presión, sin embargo el estudio de Framingham demostró importantes consecuencias de la HTA para las mujeres⁵⁰.

4.3.2 El sexo no presenta variación significativa con los niveles de adherencia al tratamiento.

Ocupación y niveles de adherencia al tratamiento.

La actividad que desempeñan constituyen una multiplicidad de roles que puede ser un factor que afecta de manera importante a las personas trabajadoras, ya que las condiciones cotidianas de trabajo influyen de manera desfavorable en diversos aspectos del tratamiento, las personas dedican mucho tiempo a sus actividades cotidianas y olvidan el horario del medicamento, impidiendo que tengan adherencia al mismo. (Tabla 5).

Tabla Nº 3 Ocupación y Niveles de Adherencia al tratamiento.

	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos Totales	%	Adheridos Parciales	%	No adheridos	%		
Ama de Casa	0	0,0%	19	27,5%	1	1,4%	20	29,0%
Jornalero	2	2,9%	26	37,7%	0	0,0%	28	40,6%
Cuenta propia	2	2,9%	18	26,1%	1	1,4%	21	30,4%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

χ^2 3,227 g/2 p=0,0521ns
 Encuesta de Martin Bayarre.
 Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.3 Podemos observar que de los 69 pacientes del estudio el mayor porcentaje se encuentra en jornalero (40,6%) y cuenta propia (30,4%), coincidiendo ambos con sus mayores cifras en adheridos parciales (26) para un 37,7% y (18) con un 26,1% respectivamente.

4.2.3 En la población investigada más del 50% realizan actividad productiva, coincidiendo con una adherencia parcial, lo cual nos lleva a confirmar que mientras realizan labores olvidan con facilidad el tratamiento, se encuentran limitados a cumplir con las indicaciones, así como lograr incorporar estilos de vida saludables.

Estudios expuestos nos informan que la adherencia terapéutica tiene

relación directa con la labor que se desempeña, en investigación realizada en Brasil en el 2010 por Mendonca, se obtuvo como resultado que los pacientes jubilados tienen mejor adherencia a los tratamientos ya que cuentan con mayor tiempo para acceder a los medicamentos, y el personal que se encuentra en edad productiva no tienen tiempo para ocuparse de su salud⁵¹.

Con similar resultado fue el alcanzado por el estudio de Coque Tutasig en el año 2011, Ecuador, en pacientes hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín, obteniendo que más del 75% de los pacientes mantiene algún tipo de actividad laboral⁸.

Nivel de instrucción y niveles de adherencia al tratamiento.

La instrucción constituye el proceso mediante el cual cada persona atraviesa un periodo de adquisición de conocimientos en un campo determinado, constituye una amplia gama de tareas orientadas a desarrollar algún tipo de destreza. (Tabla4).

Tabla Nº 4 Instrucción y Niveles de adherencia

	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos Totales	%	Adheridos Parciales	%	No adheridos	%		
Analfabeto	1	1,4%	19	27,5%	1	1,4%	21	30,4%
Educación básica	3	4,3%	42	60,9%	1	1,4%	46	66,7%
Superior	0	0,0%	2	2,9%	0	0,0%	2	2,9%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

χ^2 0,607 g/4 p=0,962ns

Encuesta de Martín Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.4 De las personas del estudio el 66,7% tienen una instrucción de educación básica, seguida en orden decreciente los analfabetos con un 30,4% y solo 2 personas tienen estudios superior, representado el 2,9% predominando en todas las categorías los adheridos parciales, mostrándose dentro de la Educación básica las cifras más altas (42) para un 60,9%

correspondiendo a la adherencia parcial. (Tabla4).

4.2.4 La instrucción elevada guarda relación con la adherencia al tratamiento. Según los resultados obtenidos la educación básica es predominante, en esta la mayoría de encuentra adheridos parcialmente, solo 3 cumplen el tratamiento indicado, existe una cifra importante que son analfabetos, de esa categoría educativa solo 1 se adhiere totalmente al tratamiento y en la educación superior existen 2 pacientes adheridos parcialmente, para las tres categorías de instrucción sus cifras máximas se encuentran en la adherencia parcial, por lo que el nivel educativo (bajo o alto) no influye para que los hipertensos se adhieran totalmente a las indicaciones médicas.

A diferencia de un estudio realizado en Cuba (2008), por Agámez Paternina, concluyendo que a mayor escolaridad menos adherencia presentaron los pacientes de la investigación⁵².

El nivel educativo no está en las posibilidades de ser modificado por el médico, pero si es posible tener en cuenta para potenciar las acciones educativas siempre buscando herramientas de apoyo para la buena comprensión.

Grados de hipertensión y niveles de adherencia al tratamiento.

La hipertensión arterial es común en la atención primaria, lleva a complicaciones si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente, es este el mejor escenario para desarrollar políticas de prevención, y evitar que siga constituyendo la principal enfermedad crónica en afectar a la población en estudio. (Tabla5)

Tabla Nº 5 Grados de hipertensión y Niveles de adherencia

	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos Totales	%	Adheridos Parciales	%	No adheridos	%		
Grado I	4	5,8%	20	29,0%	0	0,0%	24	34,8%
Grado II	0	0,0%	40	58,0%	0	0,0%	40	58,0%
Grado III	0	0,0%	3	4,3%	2	2,9%	5	7,2%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

χ^2 34,135 g/2 p=0,000s

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.5. De los 69 pacientes estudiados, la mayor frecuencia en relación a la totalidad corresponde al Grado II (40) para un 58,0%, adheridos todos parcialmente, siguiendo el Grado I (24) para un 34,8% alcanzando su cifra máxima (20) para un 29,0%, en la adherencia parcial, el Grado III afecta a 5 personas (7,2%) de igual manera adheridos parcialmente. (Tabla 5).

4.2.5 Es alarmante como siendo el Grado II de HTA el que prevalece, donde en esta categoría las cifras tensionales son altas y la mayoría se adhiere parcialmente a la terapéutica, siendo un factor predictor para la presentación de posibles complicaciones.

Existen múltiples estudios en los que se manifiesta que el poco control de las cifras tensionales se acompaña de daño en los órganos diana: corazón, cerebro y riñones y cuando es eficiente el control reduce la aparición de las complicaciones.

Se ha comprobado como el tratamiento y control de la hipertensión se ha asociado con una disminución de hasta un 40% del riesgo de infarto cerebral y de un 15% en el caso de infarto de miocardio⁵³.

Todos los territorios de las arterias y las arteriolas sufren el impacto de las altas presiones, pero ello se traduce clínicamente en accidentes

cerebrovasculares, miocardiopatías, nefropatías etc⁵⁴. El daño cardiovascular se sustenta a través de las lesiones arteriales por la sobrecarga cardíaca, inducidas a largo plazo por la HTA⁵⁴.

4.3.5 Se observa que la relación de adherencia terapéutica con grados de hipertensión es estadísticamente significativa, el p valor obtenido es menor del establecido para la investigación, por lo que este factor expuesto (Grado de HTA) guarda relación con el nivel de adherencia.

Años de diagnóstico de la hipertensión y niveles de adherencia al tratamiento.

Los años de diagnóstico de la hipertensión influyen en la adherencia al tratamiento. (Tabla 6)

Tabla Nº 6 Años de diagnóstico de la hipertensión y Niveles de adherencia.

Años de diagnóstico

	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos		Adheridos		No			
	Totales	%	Parciales	%	adheridos	%		
0 a 5	1	1,4%	38	55,1%	0	0,0%	39	56,5%
más de 6	3	4,3%	25	36,2%	2	2,9%	30	43,5%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100%

χ^2 4,587 g/2 p=0,101ns

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.6 Del total de las personas valoradas el mayor porcentaje corresponde al 56,5% relacionado a menos de 5 años de evolución de la enfermedad y en mayor de 6 años se encuentra en un 43,5%, en ambos sus cifras más altas se ubican en adheridos parciales con un 55,1% y 36,2% respectivamente. (Tabla 6).

4.2.6 Los pacientes del estudio tienen similar comportamiento con relación a los años de evolución de la enfermedad, tanto menores de 5 años como mayores no se adhieren en su totalidad, la minoría tiene adherencia total al tratamiento cuando no cabe dudas que esta enfermedad con el transcurso de los años y al no estar debidamente cumpliendo con las prescripciones médicas, tiene repercusiones muy serias, provocando complicaciones y a veces hasta la muerte.

Según literaturas revisadas resulta evidente que la probabilidad depende del tiempo de exposición, aumentando a medida que este transcurre⁵⁰.

4.3.6 Los años de diagnóstico de la hipertensión, no tiene relación con el nivel de adherencia ya que no es estadísticamente significativo.

Casos controlados y no controlados, grados de hipertensión y niveles de adherencia al tratamiento.

Las personas hipertensas con tratamiento farmacológico deben tener un control estricto de la presión arterial, tomando como base tres áreas que constituyen la clave para un control adecuado es decir con conocimientos adecuados, tratamiento accesible y tomas frecuentes de la presión arterial, para conseguir un control óptimo de la enfermedad.(Tabla 8).

El grado de hipertensión y el control de la enfermedad están en relación directa con el grado de adherencia.

Tabla Nº 7 Casos controlados y no controlados, Grados de hipertensión y Niveles de adherencia.

Casos controlados y no controlados			Niveles de Adherencia				Total	%		
			Adheridos		Adheridos				No adheridos	
			Totales	%	Parciales	%				
Controlados	Grado de HTA	Grado I	4	25,0%	12	75,0%		16	100%	
	Total		4	25,0%	12	75,0%		16	100%	
	No controlados	Grado de HTA	Grado I			8	15,1%	0	0,0%	8
		Grado II			40	75,5%	0	0,0%	40	75,5%
		Grado III			3	5,7%	2	3,8%	5	9,4%
	Total				51	96,2%	2	3,8%	53	100%
Total	Grado de HTA	Grado I	4	5,8%	20	29,0%	0	0,0%	24	34,8%
		Grado II	0	0,0%	40	58,0%	0	0,0%	40	58,0%
		Grado III	0	0,0%	3	4,3%	2	2,9%	5	7,2%
	Total		4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100%

χ^2 34,135 g/2 P=0,000s

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.7 De los 69 pacientes estudiados se encuentran controlados 16 correspondiendo al Grado I de HTA, de estos la cifra más alta (12) para un 75% corresponde a la adherencia parcial y (4) para un 25% con adherencia total.

No controlados se registraron 53, distribuidos en los tres grados de HTA, alcanzando la frecuencia máxima (40) para un 75,5% correspondiente al Grado II, todos adheridos parcialmente. (Tabla 7).

4.2.7 Las personas que padecen hipertensión arterial Grado I presentan mayor adherencia terapéutica, aunque 8 correspondientes a esta categoría se encuentran no controlados, es preocupante como los Grados II y III, están adheridos parcialmente, para ambos grados no existen pacientes con adherencia total, lo que traduce que la población estudiada no percibe el

riesgo.

Según estadísticas de cada 10 hipertensos adultos tratados farmacológicamente, prácticamente 8 no están controlados y en la práctica clínica aproximadamente 6 de cada 10 pacientes no muestra un adecuado control de la presión arterial⁵⁵.

4.3.7 El p valor alcanzado se comportó por debajo del establecido para la investigación, el resultado obtenido demuestra que es altamente significativo, guardando relación, al grado de HTA, el control de la enfermedad y el nivel de adherencia al tratamiento.

Relación médico paciente y niveles de adherencia al tratamiento.

La relación médico paciente incluye incentivar al paciente para crear confianza recíproca entre el enfermo y su médico tratante con una buena comunicación para obtener beneficios mutuos, aventajando la salud del paciente que padece hipertensión, teniendo como resultado una adherencia al tratamiento desde el inicio y tratar de mantener el mismo. La relación también depende del entorno emocional, afectivo, el rol de la sociedad, las costumbres y mitos. (Tabla 8)

Tabla Nº 8 Relación médico paciente y Niveles de adherencia.

	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos		Adheridos		No			
	Totales	%	Parciales	%	adheridos	%		
Buena	4	5,8%	46	66,7%	1	1,4%	51	73,9%
Mala	0	0,0%	17	24,6%	1	1,4%	18	26,1%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

χ^2 1,382 g/2 P=0,521ns

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.8 De 69 pacientes estudiados 51 tienen buena relación con su médico para un 73,9%, y 18 no tienen buena relación para un 26,1%, de los pacientes con buena relación la cifra más alta corresponde a la adherencia

parcial (46) para un 66,7%, en orden decreciente 4 presentan adherencia total (5,8%) y 1 no tiene adherencia (1,4%).

Los que no tienen buena relación presentan sus cifras más altas (17) correspondiente a la adherencia parcial para un 24,6% y no adherido (1) representando el 1,4%, no existen adheridos totalmente. (Tabla 8)

4.2.8 Con respecto a la relación médico – paciente el mayor porcentaje corresponde a la categoría de buena relación, sin embargo esto no ayuda a que exista adherencia terapéutica al tratamiento prescrito, solamente 4 pacientes están adheridos totalmente.

Múltiples literaturas relacionadas al tema, hacen alusión a la comunicación como pilar cardinal en dicha relación, aun cuando esta es favorable es válido asegurarse que exista comprensión por parte del paciente en cuanto a las indicaciones dadas.

En un estudio realizado en Colombia (Sincelejo 2010) por, Contreras, sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, no hubo asociación significativa con la comprensión de las indicaciones y el nivel de adherencia al tratamiento³⁹La mala adherencia puede ser resultado de un escaso entendimiento del régimen terapéutico, como concluyeron Soria y Colaboradores (2009), en una investigación que demostró que dos tercios de los pacientes incluidos olvidaron su diagnóstico y las explicaciones del tratamiento inmediatamente después de la consulta del médico²⁷.

A modo de reflexión, el médico debe interiorizar sobre la capacidad de entendimiento del paciente en cuanto a las indicaciones médicas, pero es fundamental que el paciente acepte el tratamiento y se incline por la necesidad de cumplirlo.

Según Rodríguez Arce en su libro Relación médico – paciente se debe enseñar las estrategias necesarias para cambiar su conducta respecto a su salud, en función de los valores que elija libremente, puesto que este

constituye una individualidad, la labor del médico es de persuasión⁵³.

A pesar de los esfuerzos que pueda asumir el médico en función de fomentar el cuidado de la salud, el paciente tiene una cuota importante de responsabilidad de velar por esta, siendo participante activo en el cumplimiento de las indicaciones.

4.2.8 No se evidencia una variación significativa entre las relaciones médico – paciente, y la adherencia al tratamiento, siendo un mínimo el número de las personas con adherencia total.

Indicaciones educativas y niveles de adherencia al tratamiento.

El ejercicio: tiene una serie de consecuencias, todas ellas muy favorables para la salud física y mental de los individuos. Se postula que este reduce la presión arterial sistólica al igual que la diastólica y que, por lo tanto, es capaz de restituir los estados de hipertensión arterial leve y moderada sin utilizar ninguna clase de medicamentos, aunque si acompañado de una ingesta más favorable de alimentos. (Tabla 9)

Dieta sin sal: numerosos estudios demuestran que reducir la cantidad de sodio en la dieta reduce la presión arterial, es necesaria en el organismo en pequeñas dosis, pero si se sobrepasa la cantidad adecuada se puede producir retención de líquidos y aumento de la presión arterial¹⁵. Necesitamos 1,25 g de sal al día y tratar de mantener su ingesta por debajo de los 6 g al día (1 cucharilla de café): 6 g de sal = 2,5 g de sodio = 2.500 mg de sodio reduce la presión arterial de 2 a 8 mmHg²⁷.

Los hábitos saludables como el ejercicio, el control del peso y una dieta adecuada pueden ayudar a controlar la HTA.

Tabla Nº 9 Indicaciones educativas y Niveles de adherencia.

Realizar ejercicio	Niveles de Adherencia								Total	%
			Adheridos		Adheridos		No adheridos			
	Totales	%	Parciales	%		%				
Si	Dieta	Si	1	3,4%	6	20,7%	0	0,0%	7	24,1%
	sin sal	No	3	10,3%	17	58,6%	2	6,9%		
	Total		4	13,8%	23	79,3%	2	6,9%		
No	Dieta	Si			11	27,5%			11	27,5%
	sin sal	No			29	72,5%				
	Total				40	100,0%				
Total	Dieta	Si	1	1,4%	17	24,6%	0	0,0%	18	26,1%
	sin sal	No	3	4,3%	46	66,7%	2	2,9%		
	Total		4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%		

χ^2 1,664 g/2 P=0,389ns

Fuente: Encuesta de Martín Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.9 De los 69 pacientes valorados 29 realizan ejercicio y 40 no, de las personas que realizan algún tipo de ejercicio 7 consumen una dieta sin sal y 22 la consumen en su dieta diaria, para un 24,1% y 75,9% respectivamente. De los 40 que no realizan ejercicio, la cifra más alta (29) que no realizan la dieta sin sal para un 72,5% (Tabla 9).

4.2.9 La actividad física y el ejercicio regular producen mejoras en la calidad de vida de los pacientes, resulta beneficioso y según recomendaciones de la OMS la práctica de ejercicio aeróbico moderado al menos tres veces a la semana, durante 30-45 minutos³³.

El mayor número de personas tiene una vida sedentaria, que además es coincidente con la utilización excesiva de la sal en la dieta diaria, esto nos hace reflexionar sobre la negativa que poseen los pacientes enfermos de cumplir con las orientaciones educativas que se le transmiten y que no son tomadas en cuenta.

El ejercicio en pacientes hipertensos resulta beneficioso por varios motivos como la reducción de peso corporal, prevenir la obesidad, disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular por un descenso de las resistencias periféricas y mejorar la sensación de bienestar disminuyendo la presión arterial de 4 – 9 mmhg. Estudios recientes han confirmado los efectos beneficiosos del ejercicio sobre los niveles de tensión arterial, indican también que si los pacientes conocen que la dieta y los ejercicios son importantes para su salud, están en mejores condiciones de mantener compensada y controlada su enfermedad⁵⁷⁻⁵⁸.

Similar resultado se obtuvo en una investigación realizada en Pujilí, (Provincia Cotopaxi- Ecuador), en el año 2014, por Gordon Guajan y Gualotuña Martínez, donde se estudió la hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida, alcanzando cifras altas en la no realización de actividad física⁵⁹. A diferencia de la realizada por Peña Sainz de la Maza, en Bilbao, España, (2014) donde el 68,9% cumple con la dieta baja en sal y 60% realizan ejercicio físico⁶⁰.

Existe una relación entre el consumo excesivo de sal y la elevación de la presión arterial⁶¹. Los hipertensos físicamente activos y con buena condición física aeróbica tienen riesgos de mortalidad marcadamente más bajos que los sedentarios y de pobre condición física⁶².

En una nota informativa emitida por la OMS en el año 2015, pronunciaba que se podrían evitar 1,7 millones de muertes cada año si el consumo de sal se reducía al nivel recomendado⁶³.

Al estar la mayoría de los pacientes del estudio no adheridos totalmente al tratamiento y con estilos de vida inadecuados, existe la probabilidad inminente de que aparezcan complicaciones, es por ello que se deben de realizar acciones emergentes encaminadas a mejorar esta problemática.

4.3.9 La relación entre indicaciones educativas y grados de adherencia no es estadísticamente significativo.

Tipo de medicamentos y niveles de adherencia al tratamiento.

El objetivo del tratamiento terapéutico es disminuir la morbimortalidad cardiovascular, esto se logra mediante la regulación de la presión arterial, en algunos casos se logra con la modificación de los estilos de vida, en otros con el tratamiento medicamentoso, para conseguir este resultado es importante la educación del paciente y a su familia, para obtener un buen cumplimiento del tratamiento, teniendo como metas terapéuticas mantener una cifra normal de la presión arterial. (Tabla 10).

Tabla N° 10 Tipo de medicamentos y Niveles de adherencia.

	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos Totales	%	Adheridos Parciales	%	No adheridos	%		
IECA	3	4,3%	4	5,8%	0	0,0%	7	10,1%
ARA II	1	1,4%	2	2,9%	0	0,0%	3	4,3%
Combinados	0	0,0%	57	82,6%	2	2,9%	59	85,5%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

χ^2 25,401 g/2 P=0,000s

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.10 Podemos observar que de las frecuencias totales, 59 pacientes tienen tratamiento farmacológico combinado siendo el 85,5%, en esta categoría no existen pacientes con adherencia total, 57 presentan adherencia parcial (82,6%) y dos no presentan adherencia (2,9%), 7 pacientes son tratados con IECAS (10%), y 3 con ARA II (4,3%), en ambos sus mayores porcentajes se ubican en la adherencia parcial, y en no adheridos no existen enfermos. (Tabla 10).

4.2.10 El abandono a la medicación es más notable en las personas que tienen tratamiento farmacológico combinado, mientras que se observa que si solo tiene prescrito un medicamento la adherencia terapéutica es mejor.

La mayoría de los pacientes realiza el tratamiento combinado (85,5%), eso

supone que la monoterapia no contribuyó al control de la presión arterial, por lo que se accede a combinar antihipertensivos.

La desventaja de un esquema terapéutico complejo es que puede tornarse complicado para que el paciente lo lleve a cabo, y a medida que el tratamiento se prolonga, los sujetos tienden a renunciar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas como es el caso de la hipertensión arterial, ya que las señales internas no están proporcionando información acerca de los efectos de su comportamiento, la percepción que el paciente tiene del medicamento se debe tener en cuenta, en especial cuando éste afecta el desempeño cotidiano⁴².

4.3.10 La relación entre el tipo de medicamento que utiliza cada persona con el grado de adherencia tienen relación directa, es estadísticamente significativa.

Dosis de los medicamentos y niveles de adherencia al tratamiento.

El tratamiento integral de hipertensión arterial deberá sustentarse en medidas no farmacológicas y apoyo. (Tabla 11).

Tabla Nº 11 Dosis de los medicamentos y Niveles de adherencia.

	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos Totales	%	Adheridos Parciales	%	No adheridos	%		
Mono terapia	4	5,8%	6	8,7%	0	0,0%	10	14,5%
Terapia combinada	0	0,0%	57	82,6%	2	2,9%	59	85,5%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

X^2 25,052 g/2 p=0,000s

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.11 De los pacientes estudiados 10 tienen prescripción de un solo medicamento siendo el 14,5%, de los cuales 4 son adheridos totales (5,8%) y 6 adheridos parciales (8,7%), de los pacientes tratados con terapia combinada corresponden 59 para un 85,5%, la frecuencia máxima es de 57

pacientes con un 82,6%, presentando adherencia parcial y 2 no presentan adherencia al tratamiento (2,9%) (Tabla11).

4.2.11 La relación de uso de monoterapia y terapia combinada demuestra que los pacientes se adhieren mejor cuando usan un solo medicamento.

Hay que considerar que la monoterapia no suele controlar a más del 50% de los pacientes, por lo cual la mayoría necesitarán una asociación de fármacos⁵⁰. En este estudio el mayor grupo de personas presenta terapia combinada, siendo la mayoría adheridos parciales, solo 2 no se adhieren al tratamiento. Los esquemas terapéuticos mostraron tener una relación inversa entre el número de fármacos y el grado de adherencia, obteniéndose que un 82,6% de la población con adherencia parcial se encontrara bajo un régimen de terapia combinada (Tabla 11).

Los resultados de esta investigación concuerdan con lo expuesto en el estudio realizado en Chile (2006), sobre adhesión al tratamiento farmacológico, evidenciándose que la población no adherente tenía un esquema de politerapia y la población adherente tenía un esquema terapéutico de monoterapia³⁰ difiere el resultado alcanzado en la investigación realizada en Cuba (Habana 2009), obteniéndose una relación inversa sobre la adherencia al tratamiento en hipertensos, en la cual se obtuvo que el 41% de pacientes que utilizaban solamente un medicamento antihipertensivo, el 65,9% fue considerado como de menor adherencia³⁶.

4.3.11 La relación entre dosis de los medicamentos y adherencia al tratamiento es altamente significativa, el p valor obtenido alcanzó una cifra por debajo del establecido para la investigación, lo que traduce que el número de dosis influye en la adherencia al tratamiento.

Horario establecido de la toma de medicamentos y niveles de adherencia al tratamiento.

Para el control de las enfermedades se necesita un tratamiento apropiado y

la selección del fármaco eficaz y el diseño de una pauta de administración que consiga eficacia con el mínimo riesgo para el paciente. En la pauta de administración se establece la dosis, y la duración que debe tener el tratamiento para conseguir con la rapidez necesaria y durante el tiempo adecuado, un óptimo resultado en el paciente.

El protocolo de administración de un fármaco debe ser individual. Es muy importante seguir de forma estricta las indicaciones prescritas por el médico, es decir, utilizar el medicamento tal y cómo se le indicó en la receta (dosis, frecuencia con que se debe administrar y su duración) (Tabla 1)

Tabla Nº 12 Horario establecido de la toma de medicamentos y Niveles de adherencia.

Horario establecido	No adheridos				Total	%
	Si	%	no	%		
Con horario	2	2,9%	8	11,6%	10	14,5%
Sin horario	2	2,9%	57	82,6%	59	85,5%
Total	4	5,8%	65	94,2%	69	100,0%

4,320 χ^2 g/2 P=0,038s

Fuente: Encuesta de Martín Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.12 Se observa que de la totalidad de los pacientes estudiados, el porcentaje mayor es obtenido por los que toman el medicamento sin horario (59) para un 85,5%, existiendo 2 adheridos (2,9%) y no adheridos 57 para un 82,6%. Con horario establecido lo cumplen 10 hipertensos con un 14,5%, solamente adherido 2 (2,9%) (Tabla 12).

4.2.12 De las indicaciones prescritas por el médico la mayor cantidad de personas que padecen HTA no consumen los medicamentos en el horario establecido, no le conceden importancia al cumplimiento de este aspecto relacionado al fármaco, aun cuando la mayoría utiliza terapia combinada,

alterando de esta forma la vida media del medicamento.

4.3.13 Hay una relación directa entre el horario establecido y el grado de adherencia terapéutica.

Efectos adversos y niveles de adherencia al tratamiento.

La mayoría de los medicamentos para la presión arterial son fáciles de tomar, pero todos los medicamentos antihipertensivos tienen efectos secundarios, por lo general son leves y pueden desaparecer con el tiempo. Pero a veces los síntomas persisten por lo que las personas abandonan el tratamiento. (Tabla 13).

Tabla Nº 13 Efectos adversos en adheridos y no adheridos.

Efectos adversos	Adheridos Totales	Niveles de Adherencia				No adheridos	Total	%
		%	Adheridos Parciales	%	%			
SI	0	0,0%	18	26,1%		18	26,1%	
NO	4	2,9%	45	65,2%	2	51	73,9%	
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	69	100,0%	

χ^2 2,319 g/2p=0,314ns

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.13 De las personas que padecen Hipertensión Arterial 18 constituyen el 26% que presentan efectos adversos los cuales en su totalidad se adhieren parcialmente, no presentan efectos secundarios por el medicamento (51) con un 73,9%, de ellos la frecuencia superior (45) con un 65,2% se adhiere parcialmente. (Tabla 13)

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

Según las literaturas revisadas, cuando el medicamento provoca efectos secundarios el paciente lo abandona, por eso en la medida de lo posible se

debe de evaluar el régimen terapéutico y aplicar el que le sea factible al paciente para lograr su cumplimiento, entre los efectos adversos identificados se encontró tos productiva que se intensifica en la noche en 12 personas a las cuales se les prescribió Enalapril, 6 personas presentaron edema de miembros inferiores los mismos que eran tratados con Amlodipina, debido a estos efectos abandonaron el tratamiento.

4.3.13 No hay relación entre efectos adversos y el grado de adherencia.

Accesibilidad a los medicamentos y niveles de adherencia al tratamiento.

Capacidad de acceder al tratamiento, es decir conseguir los medicamentos si no les puede suministrar el centro de salud. (Tabla 14)

Tabla Nº 14 Accesibilidad tipo de medicamentos y Niveles de adherencia.

Accesibilidad a Medicamentos			Niveles de Adherencia				Total	%		
			Adheridos Totales	%	Adheridos Parciales	%			No adheridos	%
Si	Medicamentos	IECA	3	20,0%	2	13,3%	5	33,3%		
		Combinados	0	0,0%	10	66,7%	10	66,7%		
	Total		3	20,0%	12	80,0%	15	100,0%		
No	Medicamentos	IECA	0	0,0%	2	3,7%	0	0,0%	2	3,7%
		ARA II	1	1,9%	2	3,7%	0	0,0%	3	5,6%
		Combinados	0	0,0%	47	87,0%	2	3,7%	49	90,7%
	Total		1	1,9%	51	94,4%	2	3,7%	54	100,0%
Total	Medicamentos	IECA	3	4,3%	4	5,8%	0	0,0%	7	10,1%
		ARA II	1	1,4%	2	2,9%	0	0,0%	3	4,3%
		Combinados	0	0,0%	57	82,6%	2	2,9%	59	85,5%
	Total		4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

χ^2 27,500 g/2 P=0,000s

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.14 De la totalidad de los pacientes estudiados, tienen accesibilidad al

medicamento 15, de estos 3 (20%) están adheridos totalmente al tratamiento, parcialmente 12 (80%), no adheridos no existe ningún paciente, el tratamiento combinado alcanza la mayor cifra (10) para un 66,7%.

No tienen accesibilidad a la medicación (54), el mayor porcentaje lo obtiene el tratamiento combinado (87%) con adherencia parcial, 2 no están adheridos (3,7%) y ningún hipertenso presentó adherencia total. (Tabla 14)

4.2.14 La mayoría de las personas no tienen accesibilidad al tratamiento porque si no les suministra por el Centro de Salud, no pueden acceder para comprar, además no tienen un solo medicamento prescrito, poseen una terapia combinada, por lo que abandonan el tratamiento probablemente por no tener recursos económicos para poder adquirirlos.

A pesar de que el fármaco prescrito debe estar disponible, esto no se logra en su totalidad, existen antihipertensivos que no aparecen en el cuadro básico de medicamentos a los que se tiene acceso en los centros de salud.

4.3.14 Existe relación directa entre el tipo de medicamento prescrito, la accesibilidad al mismo y el grado de adherencia que presenta cada paciente.

Apoyo familiar y niveles de adherencia al tratamiento.

Numerosos estudios indican que una de las causas de baja adhesión al tratamiento se da por la disfuncionalidad familiar que impide que brinden apoyo a las personas que padecen alguna enfermedad crónica no trasmisible, el apoyo familiar es un factor importante para el éxito del tratamiento. (Tabla 15)

Tabla N° 15 Apoyo familiar y Niveles de adherencia.

Apoyo familiar	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos		Adheridos		No adheridos			
	Totales	%	Parciales	%		%		
Si	2	2,9%	26	37,7%	1	1,4%	29	42,0%
No	2	2,9%	37	53,6%	1	1,4%	40	58,0%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

X^2 0,171 g/2 P=0,918ns

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.15 De los 69 pacientes valorados 29 tienen apoyo familiar para un 42%, y 40 pacientes no tienen apoyo de la familia siendo el 58%.

De las personas que tienen apoyo, 2 presentan adherencia total al tratamiento (2,9%) y 26 presentan adherencia parcial (37,7%), 1 no tiene ningún grado de adherencia (1,4%). De los que no tienen apoyo familiar 2 presentan adherencia total (2,9%), 37 adherencia parcial (53,6) y 1 no presenta adherencia al tratamiento (1,4%). (Tabla 15).

4.2.15 Se observa que no hay relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento, 29 pacientes tienen apoyo de la familia y solo dos se adhieren al tratamiento, de manera tal que la influencia de la familia no determina si el paciente se adhiere o no al tratamiento indicado.

Sería oportuno reflexionar sobre la importancia de transmitir educación también a la familia sobre la enfermedad, hacerla participe del cumplimiento del tratamiento.

4.3.15 Las condiciones de adherencia al tratamiento con apoyo familiar no es significativo.

Supervisión familiar y niveles de adherencia al tratamiento.

La atención y cuidado de las personas que padecen enfermedades crónicas no trasmisibles, demandan de atención constante de la familia, para mejorar el proceso emocional de la persona que padece la enfermedad. (Tabla 16).

Tabla N° 16 Supervisión familiar y Niveles de adherencia.

Supervisión familiar	Niveles de Adherencia						Total	%
	Adheridos Totales	%	Adheridos Parciales	%	No adheridos	%		
Nunca	0	0,0%	15	21,7%	1	1,4%	16	23,2%
Casi Nunca	0	0,0%	5	7,2%	1	1,4%	6	8,7%
A veces	1	1,4%	29	42,0%	0	0,0%	30	43,5%
Casi siempre	3	4,3%	14	20,3%	0	0,0%	17	24,6%
Total	4	5,8%	63	91,3%	2	2,9%	69	100,0%

χ^2 11,910 g/2 P=0,048s

Fuente: Encuesta de Martin Bayarre.

Elaborado por Miryan Janeth Cañar Jiménez

4.1.16 De las personas del estudio 17 presentan siempre supervisión de la familia para la administración de la medicación siendo el 24,6% presentando, 3 adherencia total siendo el 4,3% y 14 pacientes presentan adherencia parcial constituyendo el 20,3%.

Del total de pacientes 30 presentan a veces supervisión familiar siendo 43,5%, uno es adherido total y 29 presenta adherencia parcial (42%), 16 pacientes nunca (23,2%) y casi nunca 6 (8,7%).

4.2.16 De las personas que padecen hipertensión arterial las que presentan supervisión familiar no es relevante la adherencia total, es mínima, es válido que la familia influye sobre el proceso salud – enfermedad, es de suma importancia para el cumplimiento del tratamiento y la recuperación de cualquier proceso que presente alguno de sus miembros, pudiera relacionarse este resultado a que la familia ha estado ajena a la educación e indicaciones médicas recibidas por el hipertenso, por lo que esto nos avizora sobre la necesidad de involucrarla.

4.3.16 La relación entre supervisión Familiar y Niveles de adherencia son estadísticamente significativa.

La adherencia al tratamiento es un problema complejo en el que intervienen múltiples factores relacionados con el paciente, la enfermedad, medicación,

servicios sanitarios etc, en términos generales esta investigación ha permitido evidenciar la elevada falta de adherencia al tratamiento en la población hipertensa de San Marcos, a predominio del adulto y el sexo femenino pudiendo estar relacionado este resultado con la presencia de mujeres en la etapa menopaúsica, descartando la posibilidad de la influencia de los antecedentes familiares. Se pudo estimar que el nivel de instrucción sea alto o bajo no ha tenido repercusión para el cumplimiento total de las indicaciones médicas.

La mayoría mantiene buena relación con el profesional de la salud, pero esto no ha sido suficiente para obtener una respuesta favorable en correlación con la adherencia.

Predominan los pacientes con Grado II de HTA y los no controlados y la mayoría no se adhiere en su totalidad al tratamiento, siendo alarmante este resultado, esto alerta y hace reflexionar sobre la necesidad emergente de realizar acciones para modificar esta realidad. Es evidente que hay que prestarle especial atención a los inadecuados estilos de vida, los hipertensos del estudio son sedentarios y consumen sal en su dieta diaria.

Los efectos colaterales a causa del medicamento son mínimos, no cumplen con el horario establecido, la terapia combinada predomina e influye en que los pacientes no asuman las indicaciones, aunque pudiera relacionarse con la incompleta accesibilidad a ellos por el Centro de Salud y aunque las cifras sobre la ocupación laboral es alta, es lógico concluir que no es óptimo el sustento económico por lo que no priorizan la medicación.

Se constata que la familia no apoya, ni supervisa al enfermo con el que conviven, por lo que es sugerente involucrar a esta en la terapéutica, considerada piedra angular en el proceso salud - enfermedad.

La adherencia a la terapéutica requiere sobre todo de cambios comportamentales, para lograr efectos favorables el paciente debe tener conocimiento sobre la enfermedad, educación sobre el uso de la medicación,

asesoramiento por parte del profesional de la salud, pero sobre todas las cosas, este tiene que tener responsabilidad sobre el cuidado de su salud y apoyo de su familia.

La HTA es uno de los grandes problemas de la Salud Pública contemporánea, la adherencia al tratamiento es la opción que hará posible disminuir la morbilidad y mortalidad a causa de esta enfermedad.

4.2 Comprobación de hipótesis

En este estudio se acepta la hipótesis alterna debido a que la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos depende de la influencia de factores personales, familiares, medicamentos y servicios médicos que reciben, probándose por medio de la prueba de Chi cuadrado χ^2 quedando excluida la hipótesis nula.

Podemos observar que varios de los factores al realizar la validación estadística, el p valor fue significativo entre ellos la edad y los antecedentes familiares, los relacionados con la enfermedad: Grados de HTA y controlados y no controlados y sobre la medicación: tipo de medicamento utilizado, dosis, horario, accesibilidad y con relación a la familia supervisión realizada por esta, algunos valores alcanzados se comportaron altamente significativos.

Capítulo 5

CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

- La población hipertensa de este estudio presenta mala adherencia al tratamiento, predominando el adulto joven, sexo femenino, nivel de instrucción básica y ocupación laboral.
- Los pacientes que presentan hipertensión Grado II y III son los que abandonan el tratamiento con mayor frecuencia, manteniéndose no controlados, presentan mayor riesgo para la aparición de complicaciones.
- La relación médico – paciente en su mayoría se estimó como buena, aun así no ha sido efectiva para lograr la adherencia al tratamiento.
- La mayoría de las personas hipertensas no realizan actividad física, teniendo una vida sedentaria y no incorporan la dieta sin sal.
- En relación a la medicación prevalece la terapia combinada, son mínimos los efectos colaterales, no cumplen con el horario establecido del fármaco.
- La familia en su mayoría no apoya ni supervisa al hipertenso para que cumpla con las prescripciones médicas.

5.2 Recomendaciones

- Valorar la adherencia rutinariamente e individualizar el tratamiento, adaptándolo en lo posible a las actividades diarias del paciente, a su cultura y entorno familiar.
- Implementar la participación activa del médico y el equipo de salud para la prevención, detección y abordaje de la baja adherencia al tratamiento.
- Promover estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida, relacionados a la realización de ejercicios y la incorporación de la dieta sin sal.
- Involucrar y educar a la familia como red de apoyo para adherir al tratamiento a la totalidad de los hipertensos.
- Realizar educación sobre la medicación, su uso, horario y beneficios de su aplicación según prescripción médica.
- Solicitar a las autoridades que se encuentran en la Dirección, realizar una planificación estratégica para proveer a las unidades operativas una entrega adecuada de la medicación para personas con enfermedades crónicas no transmisibles de cada sector y evitar que haya meses sin proporcionar la entrega de los medicamentos.

Capítulo 6

PROPUESTA

TITULO: Estrategia educativa para el club de hipertensos.

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Institución ejecutora Centro de salud San Marcos.

6.1.2. Beneficiarios Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el centro de salud.

6.1.3. Entidad responsable Investigadora Miryan Janeth Cañar Jiménez, la enfermera, y el técnico de atención primaria.

6.1.4. Ubicación El Centro de salud San Marcos se encuentra ubicado en la provincia de Cotopaxi Cantón Salcedo Parroquia San Miguel en la calle principal vía a Yanayacu.

6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta Para la ejecución de la propuesta el tiempo estimado es de seis meses.
Inicio: Agosto 2016 **Final:** Enero 2017.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La información tiene un papel importante sobre el cumplimiento a través del proceso de instrucción orientado, para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más provechosa ofreciéndole los medios adecuados, apoyándose en que los pacientes desean tomar las indicaciones prescritas por el médico que les atienden habitualmente. El origen del incumplimiento es un proceso complejo de inicio multifactorial, por lo que parece ser lógico pensar que la combinación de varias intervenciones puede

obtener resultados más positivos que las intervenciones aisladas. Es trascendental la realización de intervenciones combinadas que sean informativas, y educativas para mejorar la conducta de cada paciente, es una estrategia al utilizar una intervención educación sanitaria con otra de recordatorio como una agenda diaria. Se ha descrito una infinidad de estrategias pero si no hay seguimiento los resultados no serán beneficiosos para mejorar la adherencia, con la evidencia disponible no se puede encomendar una intervención específica que sirva en todos los casos. Los estudios que evalúan las diferentes estrategias presentan mucha variabilidad, tanto en el tipo de estrategias evaluadas como en los pacientes incluidos, o los procedimientos utilizados para valorar la adherencia.

6.3 JUSTIFICACION

En el país los factores condicionantes de la adherencia han sido poco estudiados. No se cuenta con instrumentos que operacionalicen de modo comprensivo los factores que se puedan reconocer, y con base en ello se diseñan estrategias de prevención y promoción, en la que se establezca una verdadera relación de participación mutua entre el médico y el paciente que permitan tener un enfoque integral del paciente, por esta razón se propone una estrategia educativa para el club de pacientes hipertensos la misma que permita identificar los diferentes factores que intervienen en una mala adherencia, a través de la participación activa de los pacientes, se busca proveer a los profesionales de la Salud de un lugar que permita evaluar los factores que influyen en la adherencia, que permita simplificar el tratamiento informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento, hacer partícipe del paciente en el plan terapéutico, proporciona información escrita, involucrar a la familia, utilizar métodos de recordatorio, fijar metas, con la realización de monitoreo constante que estimulen la obediencia terapéutico del paciente.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

Elevar el nivel de conocimiento sobre la adherencia terapéutica para el mejoramiento del control de la Hipertensión Arterial, aplicando acciones de prevención, enfocado hacia el individuo, la familia y la comunidad, Centro de Salud San Marco, en el período 2015 – 2016.

.6.4.2 Específicos

1. Aplicar un programa sobre el conocimiento hacia la adherencia terapéutica para la HTA, (Estrategia educativa), fomentando estilos de vida saludables.
2. Desplegar acciones preventivas proyectadas hacia la superación de la calidad de vida.

6.5 Análisis de factibilidad.

La propuesta establecida tiene un nivel de posibilidad adecuado para su ejecución, la misma que cuenta con los recursos económicos, físicos y humanos para su óptima realización, los que serán obtenidos del comité de salud y del personal que labora en el centro de Salud San Marcos . Esto con el objetivo de mejorar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos y evitar complicaciones a futuro.

En el 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 sustenten el buen vivir. El estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; con 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 ⁴¹.

.Art. 97.- Toda persona está obligada a colaborar y participar en los programas de fomento y promoción de la Salud.

Art. 185.- La dirección Nacional de Salud requerirá a todas las instituciones de Salud, los datos estadísticos para centralizarlos y elaborarlos, a fin de satisfacer las necesidades de planificación y desarrollo de programas⁴¹.

6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO - CIENTÍFICA

La hipertensión es el motivo de consulta más frecuente en los Servicios de Salud, y es considerada como el factor de riesgo que más muertes causa en el mundo, debido a la comorbilidad cardiovascular⁶⁴.

La mayoría de los individuos del Ecuador en algún momento de su vida desarrollarán hipertensión arterial. Los factores que conducen al desarrollo de la hipertensión arterial son: el exceso de peso, la inactividad física, el elevado consumo de sal y las bebidas alcohólicas⁶⁴.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación a los medicamentos que debe tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud, resalta sobretodo la participación activa del paciente en la toma de decisiones. La OMS advierte que los pacientes con enfermedades crónicas no se adhieren al tratamiento alrededor del 50%. Por tanto se trata de un fenómeno de gran magnitud e impacto⁶⁴⁻¹.

Por lo antes señalado se considera que la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles necesitan mejorar el cumplimiento del tratamiento con un compromiso activo del paciente y del personal de salud para prevenir las complicaciones que puede presentar por no cumplir las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas prescritas por el Médico⁶⁴⁻¹.

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

Los pacientes pueden necesitar ayuda para usar adecuadamente los medicamentos. Una forma de hacerlo es mejorar el conocimiento que tienen sobre su enfermedad y tratamiento, o realizar cambios en el tipo o moderación del mismo. Es importante tener en cuenta que la dificultad que tienen los pacientes en adaptar las tomas a su rutina diaria tiene mayor importancia que la complejidad del régimen establecido. En cualquier caso, las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser discutidas con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales, incluyendo a la familia en este proceso.

Acciones relacionadas al paciente

- Analizar las creencias e inquietudes del paciente.
- La intervención debe ir dirigida a los problemas específicos atribuido a cada persona.
- Efectuar un registro de la toma de medicación del paciente.
- Realizar un monitoreo conjunto implicando de forma directa al paciente.
- Disminuir las dosis diarias si se logra un control adecuado.
- Dialogar con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos así como los beneficios a largo plazo de la medicación.
- Sugerir a los pacientes que lleven un registro diario de las tomas de medicación.

Acciones relacionadas a la familia

- Acciones educativas sobre el cuidado de la HTA y estilos de vida saludables.

Acciones relacionadas a la comunidad

- Divulgación sobre estilos de vida saludables.

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL CLUB DE HIPERTENSOS

Al incluir una estrategia educativa para el club de hipertensos con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud San Marcos, se recuerda que en la comunidad existe el club de pacientes hipertensos que es una organización de pacientes que debe estar bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, el mismo que sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la hipertensión arterial.

La estrategia educativa tendrá una participación activa e informada del paciente como un elemento indispensable para el auto cuidado. A través de esta se permitirá el intercambio de experiencias entre los pacientes con técnicas como lluvias de ideas, videoconferencias, técnica cara a cara, charlas grupales, conferencias dialogadas, esto facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad.

La organización de los pacientes contribuye a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud. Con una estrategia educativa adecuada se conseguirá una buena interacción entre el paciente y el profesional de la salud, mejorando la adherencia al tratamiento. Mediante la estrategia educativa se promueve la participación del personal de salud de los pacientes y familiares para realizar prevención en personas con riesgo.

6.7 Metodología, Modelo operativo

Se aplicará la Estrategia educativa diseñada y se tomará en cuenta el modelo de David Leyva para la identificación de las necesidades de aprendizaje.

Modelo de David Leyva para identificar las necesidades de aprendizaje

Tareas	Desarrollo
Acercamiento al problema (Situación problema)	Falta de adherencia terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos.
Identificar lo ideal	Toda la población se encuentre capacitada en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y las complicaciones de la misma.
Identificar lo real	Población hipertensa que no cumple con las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas.
Buscar la discrepancia o relación entre lo ideal y lo real.	Falta de conocimientos sobre la enfermedad que padece.
Analizar la necesidad	Conocimientos adecuados y suficientes para modificar modos y estilos de vida.
De acuerdo a la necesidad que debo hacer, trazar la meta.	Proponer una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre hipertensión arterial en todos los pacientes con un diagnóstico previo.
Buscar alternativas de solución.	Mejorar la comunicación, entre médico y paciente para fomentar el cumplimiento al tratamiento.
Analizar cada una de las alternativas	Trabajo intersectorial. Mejorar conocimientos sobre hipertensión arterial.
Priorizar las alternativas	Se debe trabajar de manera conjunta para lograr los objetivos trazados
Elaborar una propuesta educativa	Enfocada a mejorar los conocimientos, en un trabajo multidisciplinario que incluye el

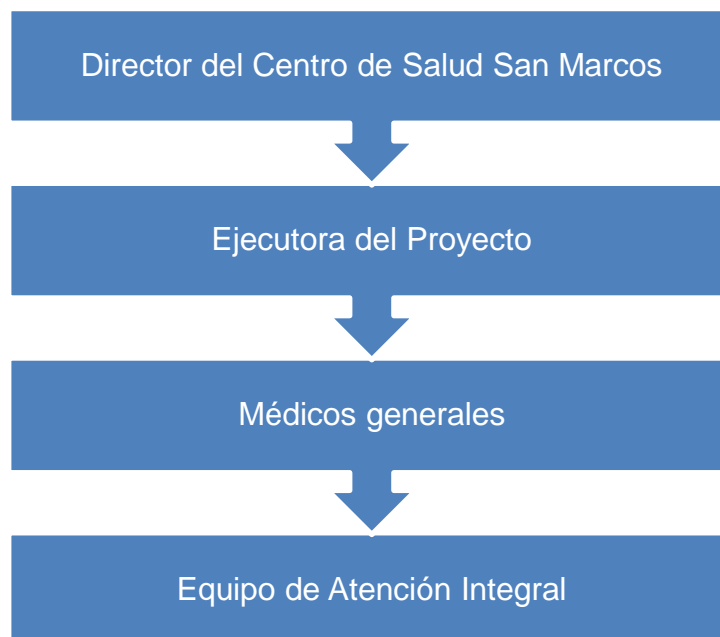
	personal de salud, los actores sociales, para en conjunto lograr los objetivos propuestos, evitar complicaciones, y mejorar la calidad de vida de los pacientes con HTA.
--	--

Elaborado por: Miryan Cañar Jiménez

Modelo Operativo

FASES	METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	FECHAS
PLANEACION	Lograr la incorporación de los pacientes en un 100%	Difundir material impreso como trípticos para motivar a la incorporación de los pacientes hipertensos.	Aceptación de los pacientes y participación activa en la estrategia propuesta	Agosto del 2016
EJECUCION	Obtener la participación activa de los pacientes	Aplicar Estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre la adherencia en la HTA.	Comprensión del conocimiento transmitido y la importancia de la adherencia al tratamiento.	Agosto 2016 a Enero 2017
EVALUACION	Conseguir el control de la enfermedad	Evaluar mensualmente la Estrategia educativa implementada.	Obtener índice de adherencia terapéutica alta.	Enero del 2017

6.8 Administración



6.9 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

El seguimiento de la participación de La Estrategia educativa se realizará a través de un cuestionario que se aplicará a los pacientes cada dos meses luego de haberla iniciado, lo que servirá para valorar el éxito o el fracaso de su instauración.

A las vez permitirá identificar los factores que afectan en mayor porcentaje para el abandono del tratamiento, al conocer las causas se puede intervenir para mejorar la adherencia al tratamiento.

Se realizará una identificación temprana y vigilancia continua de los abandonos que se identifiquen, debe haber contacto frecuente con el paciente, implementando visitas domiciliarias de monitoreo con apoyo del Técnico de Atención Primaria de Salud (TAPS).

Bibliografía

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Canadá. 2010. Resumen de orientación 2010 [citado 10 feb. 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
2. Lira M. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. Rev. Médica Clínica Las condes; Volumen 26:156-163.
3. Meena S, Kamran R. (2011). Hypertension Wright State School of Medicine EEUU. Recuperado el 2 de Octubre de 2013, de medscape:
<http://emedicine.medscape.com/article/241381-overview>
4. Martín L, Bayarre HD, Grau JA. Validación del cuestionario Martin Bayarre Grau para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet].2008 [consultada 14 de febrero del 2015]; 34 (1):8. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm
5. Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, et al . Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol . 2010 [10 de febrero del 2016] ; 29(1): 117-144. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&Ing.
6. López P, Sánchez R, Díaz M, et al. Consenso latinoamericano de hipertensión. rev.fac.med . 2013 June [cited 10 Ene 2016] ; 21(1): 113-135. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000100012&Ing=en.
7. Hernández, R. La hipertensión en Latinoamérica. Rev. Latinoamericana

de Hipertensión. 2006 (15 julio 2016); Vol (1): 10 – 17. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/1702/170217078002.pdf>

8. Organización Mundial de la Salud. (2013). Enfermedades Cardiovasculares. Ginebra. Rodríguez J. (2009). GREEN BOOK. España : Marbán.

9. Maldonado AN, Melo JO, Meza GA. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasaludese, Manizales (Colombia) 2011. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2012 [consultada 14 de febrero del 2015] Vol. 60 No. 3: 179-197. Disponible en:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/38401>

10.- Muñoz P. Nivel de adherencia farmacológico antihipertensiva. 2013. Repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2539/1/109177.pdf

11. Puras A. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y grado de control en la hipertensión: estudio epidemiológico ¿quién cumple menos, el paciente o el médico? Med Clin. Barcelona 2007; 116 (2): 101-4.

12. Martin Alfonso, L. Bayarre Vea, H. et al. Adherencia al tratamiento de pacientes atendidos en tres provincias cubanas. Rev. Cubana de Salud Pública. 2015 [consultada 14 de abril del 2016];41(1):33-45. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf

13. Cueto E, Espina A, Rodríguez S, González M. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. Psicothema, 2003; 15(1): 82-7.

14. Paul J, Suzanne O, Barry L, William C, Handler J, Daniel et al. Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos. JAMA 2014; 311 (5):507-520. doi: 10.1001/jama.2013.284427.

15. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional para la

prevención y control de las enfermedades Crónicas no trasmisibles. Argentina, 2014. Página 48.

http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1342:argentina-avanza-en-la-prevencion-de-enfermedades-no-transmisibles

16. Maldonado F, Vásquez V, Martínez J. et al. Prevalencia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario de Martín-Bayarre-Grau. Universidad Nacional Autónoma de México. 2011; (23):49-52. http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/54784/48668

17. Cothe P, Márquez E. Una aproximación Multidisciplinaria al Problema de Adherencia Terapéutica en las Enfermedades Crónicas. Estado de la situación y perspectiva de futuro. Sociedad Española de Hipertensión, 2012.

18.- Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. Health Education Monographs. 2001; 2, 324-473.

19. Constitución política de la República del Ecuador 2008, pg. 35 - 171, Artículos. 32, 34, 358

20. Aram V. Chombaniam G. Et al. Séptimo Informe del Comité Nacional conjunto en prevención, Detección, Evaluación, y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev. Hipertensión. 2003[acceso 20 de mar 2016]; 42:1206-1252. Disponible en: www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20094.pdf

21. Acosta Gonzalez M, Debs Perez G, Noval Garcia R, Dueñas Herrera A. Knowledge, believes and practices in hypertensive patients related to their therapeutic adherence. Rev. Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2015 Nov 11]; 21(3):1-1. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es)

22. Martín Alfonso LA, Grau Abalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev. cub. Salud pública . 2014 June [cited 2016 June 05]; 40(2): 222-238. Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=en.

23. Sicras Mainar A., Galera J, Muñoz, G, Navarro L. Influencia del cumplimiento asociado a la incidencia de eventos cardiovasculares y los costes en combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. 2011 [citado 02 ene 2015] . 136 (5): 183 – 191. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310009395>

24. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Salud Uninorte. 2010 [citado el 04 junio 2015]. 26(2): 201 – 211. Sincelejo, Colombia.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf>

25. Loucks E, Abrahamowicz M, Xiao Y. Associations of education with 30 year life course blood pressure trajectories: Framingham Offspring Study. BMC Public Health. 2011. [citado el 01 enero 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/139>

26. Herrera A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Rev Av Enferm 2008 [citado el 04 dic 2015]; 26(1) :36 – 42. Disponible en:

http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf

27. Moreira T, Leite de Araujo T. Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud.

Universidad Federal do Ceará – UFC. Brasil. [citado el 15 de septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/rev57/artic04.htm>

28. Soria R, Vega CZ, Nava C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*. 2009; 14(20): 89-103. Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

29. Ortiz R, Ortega F, Capacidad predictiva de la Adherencia al Tratamiento en Creencias en Salud, *Salud (México-Xalapa)* [revista en internet] 2011 [acceso 10 de Abril 2011]; 21(1): 79-90. Disponible en:

30. Ginarte Y. La adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Med Gen Integra* . 2001 Oct [citado 2016 Abr 14] ; 17(5): 502-505. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016

31. Colunga C. Hipertensión Arterial en la Clínica. Universidad de Guadalajara. Departamento de Clínicas Médicas. [documento en línea] México. Año 2006. [citado el 14 Septiembre 2013]. Disponible en:

http://www.cucs.udg.mx/iiso/files/File/Enfermedades%20cronicas/102_1%20Hipertensi%F3n%20arterial%20en%20la%20cl%EDnica.pdf

32. Price Y, Muñoz LA. Comprendiendo la Búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. *Rev Invest Educ Enferm* 2003 [citado el 10 septiembre 2013];21.(1):38-46.Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396706&indexSearch=ID>

33. OMS: Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington DC. 2004. [citado el 28

marzo 2016]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid

34. OMS: Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Ginebra. 2003. Ginebra. 2003. [citado el 20 septiembre 2015]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

35. Crespo N, Rubio VJ, Casado MI, et al. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio. Hipertensión. Fac Med Univ Complutense de Madrid. 2001[citado el 10 de enero del 2016; 17 (1)]. Disponible en:

http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta_adherencia.pdf

36. Jiménez L. Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. Rev. Costarric. Salud Pública . 2014 [citado 2016 Abr 10]; 23(1): 68-74. Disponible en:

<http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v23n1/art12v23n1.pdf>

37. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev. méd. Chile . 2007 [citado 2016 Abr. 10]; 135: 647-652. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014

38. Quezada A. Sistemas Complejos y Comportamiento Humano. Polis (Santiago). 2010[citado 2016 ene. 10]; 9(25), 337-344. Disponible en :

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682010000100020

39. Martín-Alonso L, Bayarre H. et al. Cumplimiento e Incumplimiento Antihipertensivo desde la perspectiva del individuo. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana 2006.

bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm

40. Herrera AL. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Rev Av Enferm . 2008 [citado el 04 ene 2016]; 26(1): 36 – 42. Disponible en:

http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf

bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm

41. Zanchetti A, Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial, Journal of Hipertensión [revista en internet] 2007 [acceso 25 de noviembre de 2010] 6 (2): 1-47. Disponible en:

[http:// www.bvs.sld.cu/revistas/html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/html)

42. Saban Ruíz J, Sánchez O. Patogenia de la hipertensión esencial. España 2012; 14

<https://www.libreriaproteo.com/libro/listadoAutorElectronico/pagina/1/id/76909/nombre/olivia-sanchez-sanchez.html>

43. OPS: Organización Panamericana de la Salud .Enfermedades no trasmisibles en las Américas. Construyamos un futuro más saludable. Washington 2011. [citado 2016 Abr. 15]; 1-47. Disponible en:

http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/red-icean/docs/OPS_politicas%20y%20estrategias_ENT%20en%20america_2011_REDICEAN.pdf.pdf

44. Arguedas, J. A., Pérez, M. I., Wright, J. M., & Santos, F. A. (2009). Es suficiente con reducir la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg. *Actualidad en farmacología y terapéutica*, 7(4): [citado 2016 Abr. 20]; 274-276. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3143748>

45. Caro J, Roca G., Moreno F, Benegas , Alsina D et-al. (2008). Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2006. *Medicina clínica*, 130(18), 681-687. [citado 2016 Ago. 20]; 274-276. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775308715471>

46. de la Karin Noack, F., Cornejo-Contreras, G., de la Karl Noack, F., & Juan Andrés Castillo, L. (2013). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. *Revista ANACEM*, 7(2). . [citado 2016 Ago. 25] . Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=07185308&AN=95691745&h=k9Zc7Kt4fkqJAWGNfek4kHQSIRG>

47. Hechavarria Torres Maricel, Fernández Álvarez Nelson, Betancourt Llopiz Ileana. Characterization of patients with hypertension in a rural area from Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Sep 11]; 18(4): 509-515.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400007&lng=es.

48. Del Duca Mérida, Gallegos J. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. 2013 *Biomedicina*, 8(1), 6-15: [citado 2016 Sep 11]

Disponible en:
http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf

49. Galarza P, Gabriela S. (2014). "factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato". [citado 2016 Sep. 17] Disponible en:

<http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8378>

50. Hipertensión Arterial, G. (2006). *Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria*. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina de Familia.

https://scholar.google.com.ec/scholar?q=Manual+de+HTA+en+la+pr%C3%A1ctica+cl%C3%ADnica+de+Atenci%C3%B3n+Primaria.+2006+Espa%C3%B1a.&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

51. Mendonca T, Soler O, Perfil de Adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima en Pará Brasil, *Rev. Pan-AmazSaude [Revista en internet]* 2010; [acceso 10 de Marzo del 2011]; 1(2): 113-120.

52. Agámez A P, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Revista Archivo Médico de Camagüey*; 2008. 12(5), 0-0

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009

53. Ruiz JS. La hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular:

Control global del riesgo cardiometabólico. Ediciones Díaz de Santos;2012 .p367-270.

Disponible en: books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=_wBgSbe5-WwC&oi=fnd&pg=PA367&dq=Libro+Hipertensi3n+Arterial++como+factor+de+rriesgo+cardiovascular

54. L3pez A, Macaya C. Hipertensi3n Arterial .En: Salud Cardiovascular del Hospital Cl3nico San Carlos y de la Fundaci3n BBVA. Bilbao: Primera edici3n 2009.p121-130.

Disponible en:
http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon.pdf

55. Fern3ndez VB, Fern3ndez PB. Hipertensi3n. Sociedad Espa3ola de M3dicos de Atenci3n Primaria. Espa3a 2007.

Disponible en:
books.google.com.ec/books?id=uzWjcXvP2hQC&pg=PA12&dq=Fundaci3n+Pharmaceutical+Care+Espa3a.+Sociedad+Espa3ola+de+M3dicos+de+Atenci3n+Primaria

56. Rodr3guez MA. Relaci3n M3dico Paciente. Asistente de Psicolog3a M3dica de la Facultad de Ciencias M3dicas de la Ciudad de la Habana . Editorial Ciencias M3dicas, 2008.p:1-106.Disponible en:

[ttp://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf)

57. Varo J, Mart3nez J, Mart3nez MA, Beneficios de la Actividad F3sica y Riesgos del Sedentarismo, MedClin (Barc) [revista en internet] 2003 [acceso 22 de Febrero 2011]; 121(17): 665-72. Disponible en: <http://www.educa.madrid.org>

58. Martínez K, Actividad Física en el control de la hipertensión arterial. IATREIA (Medellín-Colombia) [revista en internet] 2005 [acceso 01 de 102 Abril 2011]; 13(4): 230-236 Disponible en:[http://](http://www.iatreia.udea.edu.com)

www.iatreia.udea.edu.com

59. Gordon ME, Gualotuña MS. Hipertensión Arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al Centro de Salud tipo A. Pujili. 2014.p:1-56.

Disponible en:<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5133/1/T-UCE-0006-010.pdf>

60. Peña Sainz de la Masa J. Hipertensión arterial Estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en la población de Bilbao. Grados de Enfermería. Junio 2014:p1-27.

Disponible en:

<http://academica-navarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11277/JaionePe%C3%B1aSainzdelaMaza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

61. Jothishankar B, Staufenbiel M, Shen Y . Diagnostico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en primer nivel de atención. Mexico 2014.

Disponible en:

books.google.com.ec/books?id=-7ljCAAQBAJ&pg=PT171&dq=Diagnóstico+y+tratamiento+de+la+Hipertensión+Arterial+en+el+Primer+Nivel+de+Atención.

62. Márquez R, Garatechea N. Actividad Física y salud. Salud y Nutrición. Ediciones Días de Santos.2010.

www.editdiazdesantos.com/.../marquez-rosa-sara-actividad-fisica-y-salud-L03009340...

63. OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre alimentación Saludable. Naciones Unidas 2015.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

64. Masías I, "Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Presión Arterial". Ministerio de Salud Pública. Cuba 2008.

4.4 ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI) .

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a personas Hipertensas del Centro de salud San Marcos y se les invita a participar en la investigación adherencia terapéutica. Soy estudiante de Medicina Familiar, estoy investigando sobre la Adherencia terapéutica/ abandono de tratamiento que es común en esta comunidad. Les voy a dar información e invitarle a participar en esta investigación.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no trasmisible que afecta a nuestra población , la adherencia terapéutica adecuada evita complicaciones que pone en riesgo la vida de quien la padece y mejora su calidad de vida.

Autorizo participar en la investigación garantizándome que los resultados obtenidos, serán manejados con total confidencialidad, me comprometo a dar información fidedigna.

FECHA: -----

FIRMA: -----

Anexo 2

Cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG (Martín Bayarre Grau).

Código pcte...

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

Edad:... Sexo:..... Ocupación:..... Nivel de escolaridad:

Años de diagnosticada la enfermedad:.....

- A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico dietético:

1. Dieta sin sal o baja en sal ___ 2. Consumir grasa no animal ___ Realizar ejercicio físico.....

Afirmaciones	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
1. Toma los 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. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, decide de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia 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 del tratamiento que ha prescrito su médico					

2. Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos:
 1. Si.....
 2. No.....
3. A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda su situación particular:

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

Anexo 3



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA
TERAPEUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS, DEL SECTOR SAN
MARCOS 2015.2016**

ALUMNA: MIRYAN CAÑAR JIMENEZ

2016

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	115
PROPOSITO:.....	120
OBJETIVOS.....	120
DESARROLLO	120
CONCLUSIONES	117
RECOMENDACIONES	117
BIBLIOGRAFÍA	124
ANEXOS	126

INTRODUCCION

Al realizar el Análisis Situacional de Salud se identificaron las enfermedades crónicas no transmisibles de la población, en la que se identificaron la hipertensión arterial como la enfermedad que más afecta a la población y una de las dificultades que enfrenta el equipo de salud es el abandono del tratamiento ya que los pacientes no tienen conocimientos sobre la enfermedad que padecen y las complicaciones que pueden presentar que pone en riesgo su vida.

Si conseguimos que la población conozca sobre las patologías que padecen La adherencia al tratamiento mejoraría con la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. El término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Para la OMS la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. ¹.

Por lo antes señalado podemos, considerar que la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles necesitan mejorar el cumplimiento al tratamiento con un compromiso activo del paciente y del personal de salud para prevenir las complicaciones que puede presentar por no cumplir las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas prescritas por el profesional de salud.

Recordemos que la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible que constituye un trastorno crónico frecuente en el mundo,

y constituye un problema de considerable importancia en nuestros días, no sólo por los perjuicios que ocasiona, en la salud de las personas; también por el número de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta, por su condición de factor de riesgo de otras patologías: cerebro vasculares, cardíacas, renales, retinianas. También es reconocida como el mayor factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, esta enfermedad es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial, a nivel regional.²

América Latina vive una transición epidemiológica, con coexistencia de enfermedades infecciosas agudas y enfermedades cardiovasculares crónicas. La mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por todas las causas. Factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y sociales, como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial. Aproximadamente la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados están controlados.

Al aumentar la población añosa, aumenta el número de hipertensos, con predominio de la HTA sistólica, de mayor riesgo cardiovascular y más difícil control. Además, el envejecimiento se asocia con incremento de la comorbilidad general y cardiovascular. El bajo nivel socioeconómico y educacional favorece el desarrollo de la hipertensión, y contribuye a que se la reconozca y se la trate menos.

En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. De ellas, apenas el 40% está consciente de su enfermedad, mientras que apenas el 7% está en tratamiento. más de la mitad de los hipertensos desconoce su situación y sólo una pequeña parte de los que conocen su enfermedad está en tratamiento. Es mucho menor aún el porcentaje de los hipertensos que, estando bajo tratamiento, están adecuadamente controlados. La dificultad para lograr un buen control se debe a motivos diversos, atribuibles al médico o al paciente: falta de diagnóstico, retraso en el aumento o cambio de la

medicación, efectos adversos cantidad de medicamentos que debe consumir insatisfacción por la reducción moderada de presión arterial (PA) ligada a la falta de compromiso del paciente, con la adherencia al tratamiento por factores que influyen como, socioeconómicos, instrucción, cantidad de drogas, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución silente de la enfermedad que lleva a la suspensión de la medicación.

Para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas se han utilizado indistintamente los términos cumplimiento y adherencia, entendiendo estos como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad.

La adherencia terapéutica en la hipertensión implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud.

Existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido clasificados de la manera siguiente:

- Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.
- El régimen terapéutico.
- Las características de la enfermedad.
- Los aspectos psicosociales del paciente.

En la interacción profesional de la salud-enfermo cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la

satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutica.

Es importante conocer los siguientes aspectos previos.

1. En primer lugar conocer sobre la adherencia farmacológica en patologías crónicas.
2. Mejorar estilos de vida como actividad preventiva o como actuación ante los casos detectados, es aconsejable que estas intervenciones incluyan a todos los pacientes, o en su defecto al mayor número de los mismos, dado que toda mejora en la adherencia terapéutica contribuirá al aumento de la efectividad de los tratamientos.
3. Por último, mencionar que pese a la importancia dada a la prevención y mejora de la adherencia terapéutica, este no es más que un objetivo intermedio ya que el objetivo final debería ser la mejora en el control curación del proceso. Siguiendo este argumento, las investigaciones que evalúan estrategias para mejorar la adherencia, deben de expresar sus resultados en términos de mejora de dicha adherencia.

Al mejorar la adherencia terapéutica se puede reducir las complicaciones por los diferentes medios:

- Reduciendo el número total de Accidentes cerebro vascular.
- Reduciendo el número de pacientes que abandonen el tratamiento.
- Mejorando la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica no trasmisible.

La educación para la salud es un pilar fundamental para mejorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas no trasmisibles.

Una de las dificultades que enfrenta el equipo de salud es la mala

adherencia de los pacientes al tratamiento. En la medida en que los pacientes logran adherirse al tratamiento, logran también una mejor calidad de vida. La información que entreguemos a los pacientes hipertensos y a sus familias sobre la enfermedad mejorara la calidad de vida de cada paciente y se comprometerán a cumplir con el tratamiento.

Se ha demostrado que la educación debe centrarse en el comportamiento de las personas, ya que en la medida que se conocen las causas de determinados comportamientos, es posible seleccionar los métodos de educación adecuados para enfrentar problemas como son la mala adherencia. Por lo tanto, los programas educativos deberían centrarse en identificar los determinantes de las conductas de salud específicos de las personas, aquí tendrían relevancia, las teorías que explican la adherencia. En educación para la salud, existirían dos categorías teóricas básicas que permitirían trabajar en el cambio de conductas. La teoría cognoscitiva que se preocupa de cosas "dentro de la cabeza" como son el conocimiento, las actitudes, valores, creencias, y variables similares que de alguna forma residen en el cerebro, estas variables son consideradas como determinantes de la conducta y, por tanto, cuando se desea cambiar la conducta de la gente, se empieza a comunicar con ella directamente con instrucciones o persuasión diseñada para cambiar su actitud.

El enfoque educativo debe ser funcional, es decir, debe estar relacionado con la no adherencia al tratamiento que presentan las personas que padecen hipertensión arterial, el Ministerio de Salud ha invertido recursos en los programas de atención a personas con enfermedades crónicas los problemas concretos que las personas enfrentan diariamente y, por lo tanto, el programa educativo debe estar orientado a ayudarlos a entender mejor los problemas de salud que tienen, discutir sus orígenes y analizar la mejor manera de solucionarlos estimulando a participar activamente en las acciones que dicha solución requiere.

Los programas educativos deben basarse en la motivación de las personas

para participar, para ello se deben emplear técnicas educativas de fácil comprensión y asimilación, sin que se requieran niveles altos de escolaridad para practicar las actividades propuestas y poder beneficiarse con lo aprendido.

La estrategia educativa debe aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada persona. Se debe adoptar, siempre que sea posible, técnicas de transmisión de información y conocimientos a las que las personas estén acostumbradas.

PROPOSITO: Concientizar a la población de hipertensos sobre la importancia de adherencia al tratamiento para evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS

General

Mejorar el nivel de conocimiento sobre la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del centro de salud San Marcos el año 2015.

Específicos

1. Mejorar los conocimientos sobre la hipertensión arterial.
2. Elevar el nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludables en los pacientes hipertensos.

DESARROLLO

LIMITES .

Espacio: Barrio San Marcos.

Tiempo: Año 2015- 2016

Universo: Pacientes hipertensos.

AUDIENCIA PRIMARIA

- Población dispensarizada del grupo III con hipertensión arterial del barrio San Marcos .

AUDIENCIA SECUNDARIO

- Enfermera del EAIS:
- Técnicos de Atención Primaria de salud.
- Cuidador principal, o integrante de la familia que ejerce el principal apoyo para el paciente hipertenso.
- Promotores de salud.

TECNICAS o ESTRATEGIAS

Exposición

Lluvia de ideas

Videoconferencias

Técnica cara a cara

Charlas grupales

Conferencia dialogada

ACTIVIDADES (Anexo1)

Se realiza actividades para mejorar la educación de todas las personas que padecen hipertensión.

Se realizara 4 charlas en las que se dará información a los pacientes para un manejo adecuado de su enfermedad.

RECURSOS:

HUMANOS

Equipo de atención integral de salud (Médico posgradistas, Técnico de atención primaria, enfermera o auxiliar designada para el equipo).

MATERIALES

Instalaciones: Casa barrial.

Equipo: computadora, proyector, parlantes y pantalla.

De oficina: franelografo, marcadores de tiza liquida, esferos, cuadernos, lápiz, borrador y otros.

FINANCIEROS

Aautofinanciados por el comité de salud y seguridad, además financiados por el equipo de atención Integral de salud.

CRONOGRAMA:

Se realizara desde Agosto 2016 a enero del 2017 y se fortalecerá para su continuidad en el tiempo. (Anexo 3)

EVALUACION:

INDICADORES DE PROCESO

Pacientes hipertensos capacitados / población de hipertensos de EU 13 San Marcos.

INDICADORES DE RESULTADOS

Pacientes hipertensos que incrementan la adherencia terapéutica / Pacientes hipertensos capacitados.

INSTRUMENTACIÓN

(Anexo 2)

Actividades a desarrollar.

Las actividades que están propuesta en el programa educativo, incluye las actividades de grupos e individuales (entrevistas en consultas).

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS;2004.
2. Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev. ChilCardiol [Internet]. 2010 [citado 2016 Abr 26] ; 29(1): 117-144. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602010000100012>.
3. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2009.
4. Bonada C, Guarner MA, Et al. Cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. Atención Primaria 1985; 2:167-171 1985; 2: 167
5. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra. 1985.
6. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M: Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ Psychol Bogotá (Colombia) 2006; 5: 535-547.
7. Organización Mundial de la Salud 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
8. Guidelines C; 2007 European Society of Hypertension European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007;25: 1105-1187.30. Knobel H: Cómo y porqué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento 2002; 20: 481-483.
9. Nuria V. Ferrera*, Dante H. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en

un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná;
Rev Fed Arg Cardiol 2010; 39 (3): 194-203.

ANEXOS DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

Anexo 1. Modelo de David Leyva para identificar las necesidades de aprendizaje (Estrategia educativa)

ANEXOS

Tareas	Desarrollo
Acercamiento al problema (Situación problema)	Falta de adherencia terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos.
Identificar lo ideal	Toda la población se encuentre capacitada en enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y las complicaciones de la misma.
Identificar lo real	Población hipertensa que no cumple con las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas.
Buscar la discrepancia o relación entre lo ideal y lo real.	Falta de conocimientos sobre la enfermedad que padece.
Analizar la necesidad	Conocimientos adecuados y suficientes para modificar modos y estilos de vida.
De acuerdo a la necesidad que debo hacer, trazar la meta.	Proponer una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre hipertensión arterial en todos los pacientes con diagnóstico previo.
Buscar alternativas de solución.	Mejorar la comunicación, entre médico y paciente para fomentar el cumplimiento al tratamiento.
Analizar cada una de las alternativas	Trabajo intersectorial Mejorar conocimientos sobre hipertensión arterial.

Priorizar las alternativas	Se debe trabajar de manera conjunta para lograr los objetivos trazados
Elaborar una propuesta educativa	Enfocada a mejorar los conocimientos, es un trabajo multidisciplinario que incluye al personal de salud, los actores sociales, para en conjunto lograr los objetivos propuestos, evitar complicaciones, y mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos

Anexo 2.Actividades (Estrategia educativa)

TEMA	ACTIVIDADES	TECNICAS	LUGAR	HORA	RESPONSABLE
Objetivo 1.- Elevar el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos					
Inauguración	Presentación de participantes y equipo e salud	Participativas - acogida y presentación	Casa barrial	1	Equipo de salud
Tema 1. Contexto general de Hipertensión Arterial y adherencia al tratamiento.	Conferencia de contexto de HTA.	Exposición	Casa barrial	1	Médica Posgradista
	Adherencia al tratamiento.	lluvia ideas	Casa barrial	2	Equipo de salud
	Sensibilización sobre prevención de complicaciones	lluvia ideas	Casa barrial	2	Equipo de salud
Tema 2. Medicamentos antihipertensivos	Charla sobre el tipo de medicamento	charla al grupo	Casa barrial	2	Médica Posgradista
	Sensibilización sobre la dosis	lluvia ideas	Casa barrial	2	Equipo de salud

Objetivo 2: Elevar el nivel de conocimientos sobre los estilos de vida saludables en pacientes hipertensos.

Tema 3. Información, educativa sobre dieta, ejercicio y hábitos saludables.	Presentación de Video	Grupal - Video debate.	Casa barrial	2	Equipo de salud
	Información sobre ejercicio	Conferencia dialogada	Casa barrial	2	Médico Posgradista
	Educación sobre dieta saludable	Taller grupal	Casa barrial	2	Médico Posgradista
	Educación sobre hábitos saludables	Taller grupal	Casa barrial	Permanente	Equipo de salud

Objetivo 3: Capacitar a los TAPS para darle continuidad al trabajo desplegado.

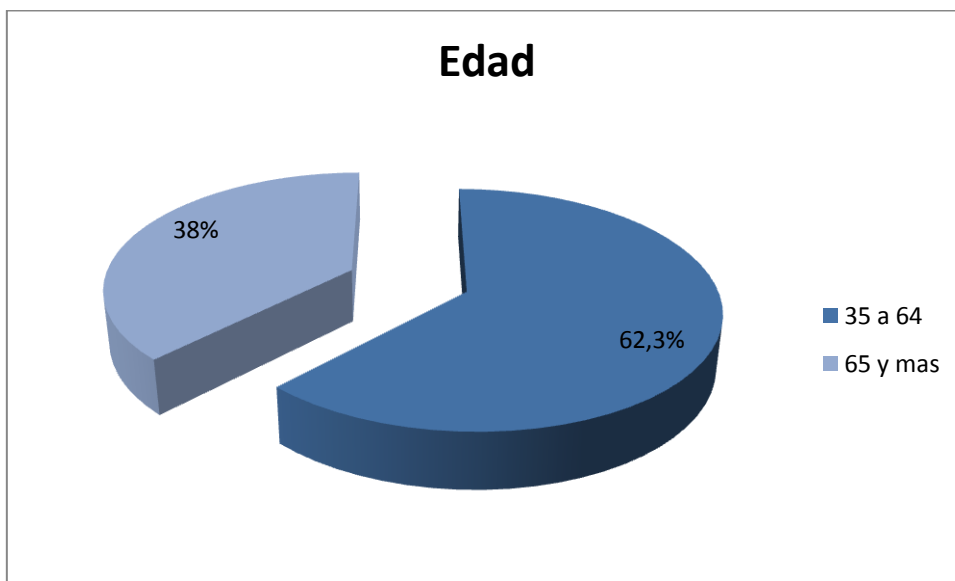
Tema 4. Capacitar al personal sanitario del Centro de salud San Marcos, sobre HTA y adherencia al tratamiento.	Taller sobre la HTA, complicaciones y factores influyentes para su adherencia.	Lluvia de ideas	Casa barrial	Permanente	Equipo de salud
--	--	-----------------	--------------	------------	-----------------

Anexo 3. Cronograma (Estrategia educativa)

TEMA	Días	Inicio	Final	SEMANAS																							
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Tema 1 Contexto general de Hipertensión Arterial	3	01/08/2016	19/08/2016																								
Tema 2. . Medicamentos antihipertensivos	5	22/08/2016	20/09/2016																								
Tema 3 Información, educativa sobre dieta, ejercicio	5	20/09/2016	23/11/2016																								
Tema 4. Adherencia terapéutica	5	06/12/2016	30/01/2017																								

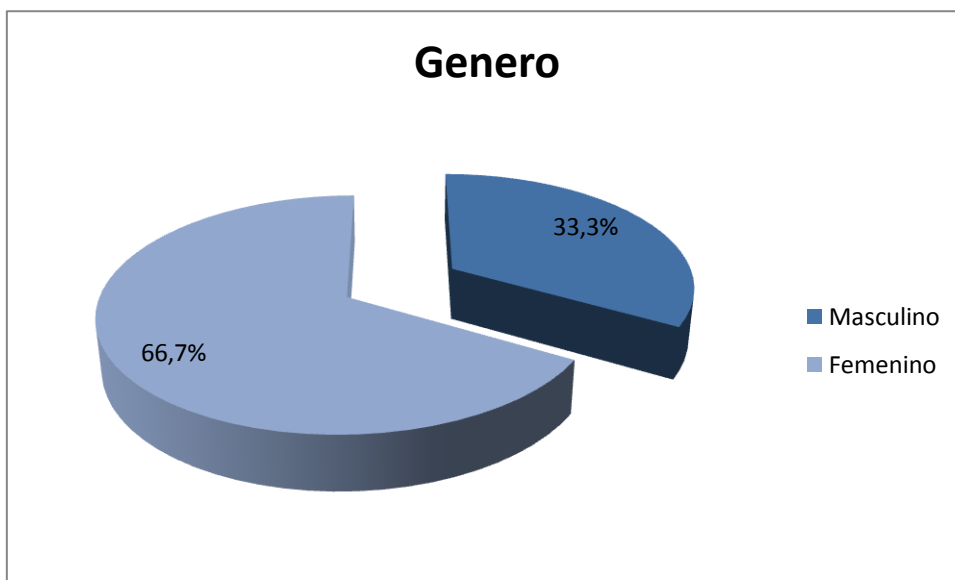
Anexo 4

Gráfico No. 3



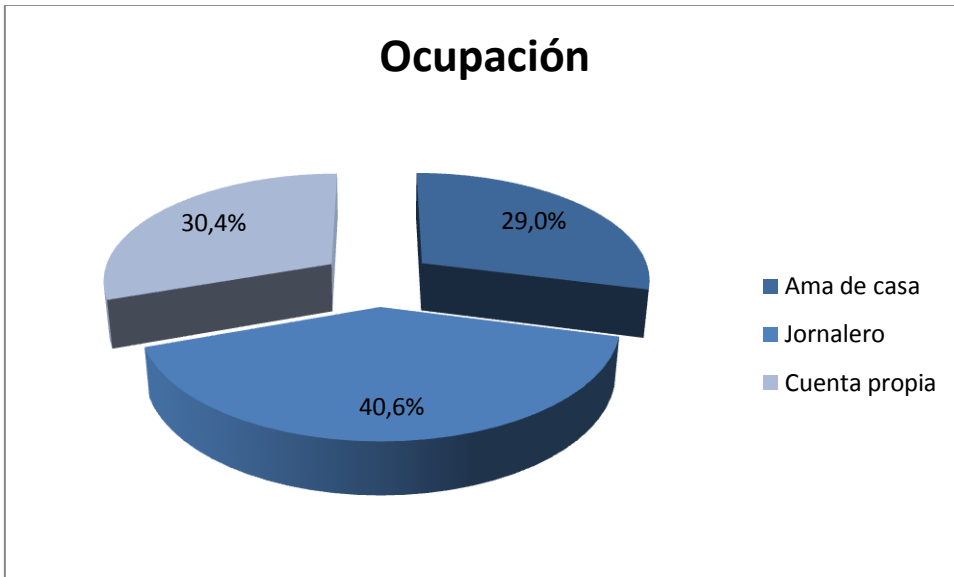
Fuente: Cuestionario
Elaborado por: Miryan Cañar Jiménez

Gráfico No. 4



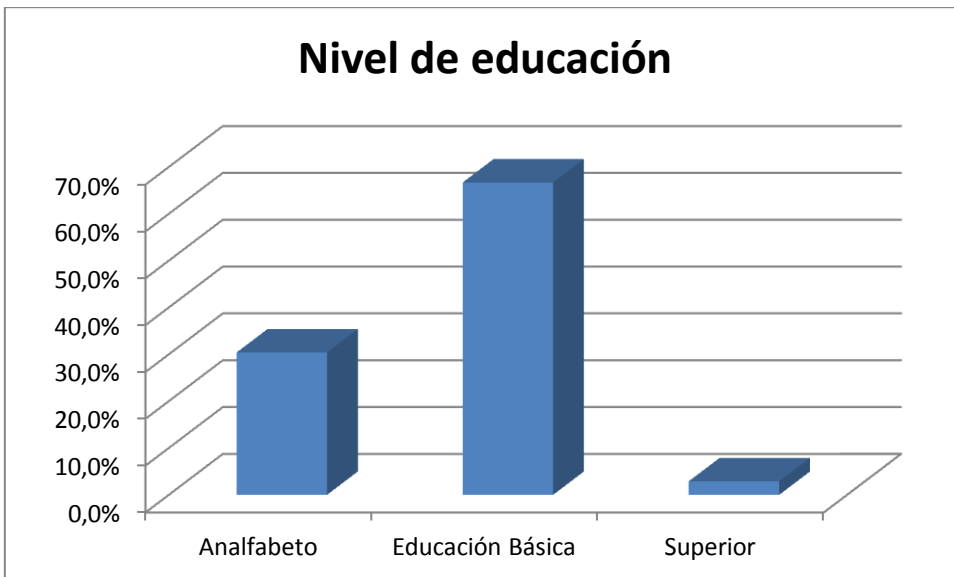
Fuente: Cuestionario
Elaborado por: Miryan Cañar Jiménez

Gráfico No. 5



Fuente: Cuestionario
Elaborado por: Miryan Cañar Jiménez

Gráfico No. 6



Fuente: Cuestionario
Elaborado por: Miryan Cañar Jiménez

LATACUNGA, COTOPAXI 16 ENERO DEL 2016
DICTAMEN DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

A la **MSc. Doctora Margarita Miranda Vázquez**

**COORDINADORA DOCENTE DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
DEL PARALELO COTOPAXI**

Doctora por la presente ponemos en su conocimiento que hemos analizado los instrumentos de evaluación del trabajo de la posgradistas **Dra. Miryan Janeth Cañar Jiménez** con un tema **sobre adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en su área de salud**. Es nuestra consideración que los instrumentos propuestos por la Posgradistas cumplen con los requisitos exigidos para su implementación en el desarrollo de su futura investigación de posgrado. La encuesta que utilizará la posgradista según las investigaciones realizadas, pudimos comprobar que se encuentra validada en varios trabajos que sobre este tema han sido publicados.

Atentamente.

Msc. Dr. Jorge Luis Vázquez Cedeño.

Especialista de 1er y 2do grado en Medicina Interna y Medicina Intensiva.
Profesor Auxiliar. Master en Urgencias Médicas.

Msc. Dr. Idalberto Creagh Bandera.

Especialista en Medicina familiar y Comunitaria
Profesor Asistente. Marter en Longevidad Satisfactoria.