



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TÍTULO: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE MOTUPE.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MEDICO GENERAL**

**AUTORA:**  
**Paola Gabriela León Vanegas**

**DIRECTOR:**  
**Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez. Esp**

**Loja- Ecuador**

**2016**

## CERTIFICACIÓN

Loja, 28 de junio del 2016

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez. Esp.

Director de Tesis

Certifico:

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico General, titulado **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE MOTUPE”** de autoría de la estudiante, Paola Gabriela León Vanegas, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución por lo cual autorizo su presentación.

Atentamente,



Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez Esp.

DIRECTOR DE TESIS

## AUTORIA

Yo, Paola Gabriela León Vanegas, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE MOTUPE" y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autora:** Paola Gabriela León Vanegas

**Firma:** .....

**C.I.** 1104446008

**Fecha:** 28/09/2016

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Paola Gabriela León Vanegas, autora de la tesis: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE MOTUPE, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de Septiembre del 2016 firma su autora.

Firma:  .....

Autora: Paola Gabriela León Vanegas

Cédula: 1104446008

Dirección: Cdla Daniel Álvarez

Correo Electrónico: paogaby16@yahoo.com

Teléfono: 0981542840

#### DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez Esp.

Tribunal: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, MgSc

Tribunal: Dra. Verónica Montoya Jaramillo, MgSc

Tribunal: Dr. Augusto Yamil Prado Falconí. Esp

## DEDICATORIA

Quisiera dedicar el presente trabajo a mis padres Alberto y Lorena porque han sido el pilar fundamental al demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional, siendo ellos mi fuerza y motivación. A mis hermanas Alejandra y Dayanna que han sabido brindarme su ayuda y cariño sin condición. A mis abuelitos Tarquino y Dolores porque siempre han sido la fuente de sabiduría de nuestro hogar. A mis maestros que han sabido promover en mí el amor y compromiso por tan noble profesión

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo, compañía en los momentos difíciles. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en don estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

La autora.

## **AGRADECIMIENTO**

En el presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado, a la Universidad Nacional de Loja por haberme acogido con cariño, a mis docentes por su paciencia esfuerzo y dedicación.

La autora.

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE CUADROS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	9
4.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	9
4.1.1 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.....	10
4.1.1.1 DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL.....	11
4.1.1.2 ANAMNESIS.....	12
4.1.1.3 EXAMEN FÍSICO.....	13

4.1.1.4 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	15
4.1.1.5 VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR.....	26
4.1.2 COMPLICACIONES.....	18
4.1.2.1 A LARGO PLAZO.....	19
4.1.2.2 A CORTO PLAZO.....	19
4.1.3 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN.....	20
4.1.3.1 CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.....	20
4.1.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	22
4.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	26
4.2.1 FACTORES INFLUYENTES EN LA ADHERENCIA.....	28
4.2.1.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS.....	29
4.2.1.2 FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO .....	33
4.2.1.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD.....	33
4.2.1.4 FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO.....	34
4.2.1.5 FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE.....	35
4.2.2 MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA.....	36
5. METODOLOGÍA.....	39
6. RESULTADOS.....	42
7. DISCUSIÓN.....	48
8. CONCLUSIONES.....	51



9. RECOMENDACIONES.....	52
10. BIBLIOGRAFÍA.....	53
11. ANEXOS.....	56
11.1 CUESTINARIO DE MORISKY GREEN Y ENCUESTA.....	56
11.2 LISTA DE PARTICIPANTES INCLUIDOS EN EL PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.....	58
11.3 FORMATO DE CONCENTIMIENTO INFORMADO.....	60
11.4 OFICIO DE APROBACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	61
11.5. OFICIO DE PERTINENCIA DE PROYECTO DE TESIS.....	62
11.6 OFICIO DE AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL HOSPITAL DE MOTUPE.....	63

## ÍNDICE DE CUADROS

No. De Cuadro	Contenido	Página
<b>1</b>	Definición y Clasificación de los Valores de Presión Arterial	10
<b>2</b>	Umbrales de Presión Arterial (mmHg) para definir hipertensión con diferentes tipos de determinaciones	11
<b>3</b>	Exploraciones complementarias den el diagnóstico de hipertensión arterial	16
<b>4</b>	Estratificación de Riesgo Cardiovascular	18
<b>5</b>	Inicio de tratamiento antihipertensivo	21
<b>6</b>	Modificaciones en el modo de vida para controlar la hipertensión arterial	22
<b>7</b>	Situaciones que favorecen el uso de determinados fármacos antihipertensivos en vez de otros	23
<b>8</b>	Estrategias de tratamiento con monoterapia frente al tratamiento combinado	25
<b>9</b>	Factores Socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Hipertensión arterial que acuden al Hospital de Motupe	43
<b>10</b>	Factores Relacionados con el Sistema Sanitario que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Hipertensión que acude al Hospital de Motupe	44
<b>11</b>	Factores Relacionados con el tratamiento de los pacientes Hipertensos que acuden al Hospital de Motupe	45
<b>12</b>	Factores relacionados con la Enfermedad que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes Hipertensos que acude al Hospital de Motupe	46

**ÍNDICE DE FIGURAS**

No. De Gráfico	Contenido	Página
<b>1</b>	Factores que influyen en la Adherencia al tratamiento	21
<b>2</b>	Adherencia al tratamiento de los pacientes que acuden al Hospital de Motupe	42
<b>3</b>	Factores Relacionados con la Enfermedad de los Pacientes Hipertensos que acuden al Hospital de Motupe	47

## **1. TITULO**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE MOTUPE.**

## 2. RESUMEN

La adherencia al tratamiento y los factores que influyen en ella, ha sido un tema de gran relevancia, y un reto encontrar métodos que permitan mejorar los aspectos que impiden que un paciente cumpla adecuadamente con su tratamiento. Los objetivos de esta investigación fueron conocer el porcentaje de adherencia al tratamiento, así como también los principales factores que influyen en el tema. El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, se seleccionaron a los pacientes que acuden al Club de Hipertensos del Hospital de Motupe, con una muestra de 50 pacientes.

Mediante la aplicación del Test de Morisky Green y una encuesta previamente elaborada se obtuvieron los siguientes resultados: el 64% (n=34) no fue adherente al tratamiento, dentro de los factores relacionados el 96% (n=48) manifestó interés por mantenerse sano, y la totalidad 100% expresó no presentar ninguna molestia con la medicación. Concluyendo que el cumplimiento del tratamiento incluye varios aspectos que deben interactuar correctamente para permitir una respuesta óptima.

**Palabras claves:** *Hipertensión; adherencia; factores relacionados.*

## SUMMARY

The treatment adherence and the factors that influences it, had been a relevant theme, and a challenge to find a method which allows to improve the aspects that limits patients to accomplish the treatment. The objectives of this investigation were know the percentage of treatment adherence and also the principal factors which affects it. This was a descriptive, transversal and quantitative research, the partakers were selected from The Hypertension Club of “Hospital de Motupe”, with a sample of 50 patients. Applying Morisky Green Test and an out previously inquest were obtained these results: the 64% (n=34) weren't adherents to the treatment, whitin the relationated factors, the 96% (n=48) manifested interest to keep healthy, and the totality 100% didn't express any inconvenience with medication. Concluding, to accomplish a treatment includes some aspects that should interact correctly to get an optimun outcome.

**Keywords:** *Hypertension, adherence, relationated factors*

### 3. INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Se estima que en general, un 20-50% de los pacientes no toma su medicación como está prescrita, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología.

La Organización Mundial de la Salud considera que la falta de adherencia es un tema prioritario de salud pública debido a las consecuencias negativas que desencadena como: Fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización significativamente más altas (19% vs 28% en pacientes con hipertensión) y aumento de los costes sanitarios. (Infac- Boletín informativo 2011)

Las enfermedades cardiovasculares representan un problema prioritario de salud pública tanto en países industrializados como en vía de desarrollo, y son una de las primeras causas de morbilidad en la población adulta; además contribuyen considerablemente a la carga de discapacidad por enfermedad en la población productiva. En el 2010 se estimó que en los próximos 10 años ocurrirían aproximadamente 20,7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América.

Aproximadamente el 20% de la población mundial padece HTA y sólo entre el 3 y 34% controla su presión con un tratamiento antihipertensivo. La prevalencia de HTA constituye un problema importante en Europa, USA y Canadá, donde en el grupo de población mayor de 35 años, esta enfermedad afecta al 44% de los europeos y al 28% de los norteamericanos. Las cifras de algunos estudios en España señalan que entre el 29 y el 56% de los hipertensos no toman la medicación de forma indicada.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud 2004, la Hipertensión Arterial es responsable del 62% de las enfermedades cerebrovasculares y del 49% de la enfermedad cardiaca isquémica; se le considera como el principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares (Orozco, 2010)

A pesar de existir un tratamiento eficaz, la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año de diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, sólo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensor, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran el control óptimo de la presión arterial.

Los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varían entre el 50 y 70%. Esta variación se relaciona con las diferencias en los grupos de estudio, la duración del seguimiento, los métodos de evaluación de la adherencia y los regímenes medicamentosos empleados en diferentes estudios. (OMS, 2004)

Es así que en el estudio realizado por la Universidad de Almería, España, se indicó que sólo el 11,7% informaron no tener problemas en el cumplimiento del tratamiento, por el contrario , el 13,5% indicó tener problemas con el tratamiento completo (informe de falta de adherencia) y la gran mayoría 74,9% presentó problemas con alguno de los componentes del tratamiento (informe de adherencia parcial); las mayores dificultades en la adherencia se relacionan con la dieta y el plan de ejercicio; sólo el 57% conoce un concepto de hipertensión como enfermedad crónica y en un importante porcentaje de pacientes no se aprecia correspondencia entre creencias sobre consecuencias de la enfermedad e información facilitada en la consulta médica. El



40.9% emitieron un informe de cambios en el estilo de vida tras el diagnóstico que indicaría fallos en la adherencia desde el inicio del tratamiento. (Genoveva Granados Gámez, 2007)

A nivel de Latinoamérica, la prevalencia de hipertensión arterial ajustada para la edad en la población adulta general en los diferentes países, varía entre el 26-42%.

En un estudio realizado en Montería de Córdoba en Colombia se encontró que 39% de los participantes presentaban una tendencia positiva para la adherencia al tratamiento mientras que el 42% mostró una propensión negativa, y el 19 no pudo responder con los comportamientos de adherencia (Herrera, 2012); En contraste con una publicación en la cual el 98% se encontraron sin riesgo a la no adherencia como factor relevante se encontró que el 95% manifestó contar con el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento. Demostrando así que los factores socioeconómicos son determinantes poderosos del estado de salud que afectan los tratamientos médicos, atribuyéndoles un efecto considerable sobre la adherencia al tratamiento. (Orozco, 2010)

Igualmente en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima Perú se descubrió control de la presión arterial en 62,1% de los pacientes y la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%; se encontró asociación estadística entre los pacientes adherentes y el estado civil viudo ( $p < 0,05$ ). (Rolando Charhuallanqui, 2010)

Otro estudio realizado en un Centro de Atención Primaria en Salud en Paraná – Argentina al valorar la adherencia al tratamiento se halló que el 65,82% de los pacientes si era adherente mientras que el 34,18% no; además el 62.03% indicó ser conocedor de la enfermedad, por lo contrario el 37,92% que expresaron no tener

información acerca de la misma, así también el 81% de los pacientes presentó riesgo cardiovascular alto o muy alto. (Ferrera, 2010)

Según estadísticas brindadas por el INEC 2011, En Ecuador la enfermedad hipertensiva esencial representa una morbilidad del 17,12% y una mortalidad del 34,34%; sin embargo no existen investigaciones que evalúen la adherencia al tratamiento a nivel Nacional.

En el estudio realizado en la ciudad de Cuenca, los resultados sobre adherencia farmacológica muestran que en Atención Primaria un 89,8% de la muestra refiere haber consumido correctamente la medicación prescrita, así mismo un 38,6% expresa haber dejado de tomar la medicación en alguna ocasión y el 36,8% no cumple correctamente con el horario dispuesto; las principales causas reportadas en este estudio sobre la falta de adherencia fueron ovido 47,5%, falta de síntomas 20,3% y vacaciones 15,8%. (Juan Pablo Salazar Adum, 2011)

En la provincia de Loja, Vilcabamba, un estudio realizado en el 2009 en una muestra de 417 personas, los resultados mostraron que 74 (17,7%) tenían pre hipertensión, 103 (24,7%) tenían Fase I y (15,3%) tenían hipertensión en estadio II. (Ortiz, 2013).

La adherencia al tratamiento de pacientes con HTA es un problema relevante y prioritario en los modelos de asistencia sanitaria, los riesgos y complicaciones a los que se encuentran expuestos son realidades que necesitan de una intervención eficaz e inmediata. Varios son los factores que influyen en su cumplimiento, identificarlos es indispensable para modificar las conductas y condiciones que representan un obstáculo para su correcto desarrollo. Conociendo la importancia y relevancia del tema, el presente trabajo de investigación se ha planteado

dentro de sus objetivos: conocer el porcentaje de adherencia de los pacientes, así como también los principales factores relacionados con la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que acuden al Hospital de Motupe,

## 4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 4.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Epidemiológicamente no existe una cifra clara de presión arterial que sirva para definir a la hipertensión, esto fue demostrado por un metaanálisis que abarcó casi un millón de participantes en el cual la mortalidad por cardiopatía isquémica, apoplejía y otras causas vasculares guarda relación con la cifra de presión arterial, que comienza en 115/75mmHg. Sin embargo por razones prácticas sobretodo asociadas al diagnóstico y tratamiento, se ha determinado valores universales que permitan clasificarla y establecer distintos métodos de intervención según esta clasificación. (Theodore, 2012, pág. 2047)

Clínicamente se puede definir a la Hipertensión arterial como el nivel de presión arterial en la cual el tratamiento que se emprenda disminuye las cifras de morbilidad y mortalidad por presión arterial. Los valores a tomarse en cuenta son: presión sistólica  $\geq 140$ mmHg y presión diastólica  $\geq 90$ mmHg.

Históricamente, se ha puesto mayor énfasis en la presión arterial diastólica que en la sistólica como predictor de los episodios de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Esto se refleja en las guías iniciales del Joint National Committee, que no tuvieron en cuenta la presión arterial sistólica y la hipertensión sistólica aislada en su clasificación de la hipertensión. Lo mismo se reflejó también en el diseño de los primeros ensayos clínicos aleatorizados, que se basaron casi invariablemente los criterios de selección de pacientes en los valores de la presión arterial diastólica. Sin embargo, un gran número de estudios observacionales ha puesto de manifiesto que la morbilidad y la mortalidad cardiovasculares mantienen una relación continua tanto con la presión arterial sistólica como con la diastólica. El ictus y los episodios coronarios son las principales complicaciones asociadas a la Hipertensión Arterial.

**Cuadro No. 1:**

Definición y clasificación de los valores de presión arterial (mmHg)			
Categoría	PAS		PAD
<b>Óptima</b>	>120	Y	<80
<b>Normal</b>	120-129	y	80-84
<b>Normal alta</b>	130-139	y/o	85-89
<b>Hipertensión grado 1</b>	140-159	y/o	90-99
<b>Hipertensión grado 2</b>	160-179	y/o	100-109
<b>Hipertensión grado 3</b>	≥180	y/o	≥110
<b>Hipertensión sistólica aislada</b>	≥140	Y	≤90
<b>PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica. El grado de la hipertensión sistólica aislada debe ser calificado (1,2,3) en función de los valores de presión sistólica indicados.</b>			
<b>Fuente:</b> Guía Europea de práctica clínica para tratamiento de la hipertensión arterial 2007 <b>Elaborado por:</b> Paola Gabriela León Vanegas			

#### 4.1.1 Evaluación Diagnóstica

Los procedimientos diagnósticos tienen como objetivos: a) determinar la presión arterial; b) identificar posibles causas secundarias de hipertensión, y c) evaluar el riesgo cardiovascular general mediante la búsqueda de otros factores de riesgo, lesiones de órganos diana y enfermedades simultáneas o trastornos clínicos acompañantes.

Los procedimientos diagnósticos incluyen:

- Determinaciones repetidas de la presión arterial.
- Anamnesis
- Exploración Física
- Análisis de laboratorio y exploraciones instrumentales
- Valoración del Riesgo cardiovascular

#### 4.1.1.1 Determinación de la presión arterial

La presión arterial se caracteriza por presentar variaciones espontáneas amplias tanto durante el día como entre distintos días, meses y temporadas. En consecuencia, el diagnóstico de la hipertensión debe basarse en determinaciones múltiples de la presión arterial, obtenidas en momentos diferentes durante cierto tiempo.

Si la presión arterial está sólo ligeramente elevada, se debe obtener determinaciones repetidas durante varios meses para definir la presión arterial habitual del paciente. En cambio, si el paciente presenta una elevación más intensa de la presión arterial, signos de lesiones de órganos relacionadas con la hipertensión o un perfil de riesgo cardiovascular alto o muy alto, se debe efectuar determinaciones repetidas en períodos más cortos (de semanas o días).

En general, el diagnóstico de la hipertensión debe basarse en al menos 2 determinaciones de la presión arterial por visita y al menos 2-3 visitas, aunque en casos especialmente graves el diagnóstico puede basarse en determinaciones efectuadas en una sola visita. (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007)

#### Cuadro No.2:

Umbrales de presión arterial (mmHg) para definir hipertensión con diferentes tipos de determinaciones		
	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>
<b>Consulta o clínica</b>	140	90
<b>24H</b>	125-130	80
<b>Diurna</b>	130-135	85
<b>Nocturna</b>	120	70
<b>Domiciliaria</b>	130-135	85
<b>PAS: Presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica</b>		

**Fuente:** Guía Europea de práctica clínica para tratamiento de la hipertensión arterial 2007  
**Elaborado por:** Paola Gabriela León Vanegas

#### 4.1.1.2 Anamnesis

Muchas personas que padecen de hipertensión no presentan manifestaciones específicas atribuibles al incremento tensional. La cefalea aunque es considerada popularmente como una manifestación de incremento de la presión arterial, aparece por lo común sólo en individuos con hipertensión intensa.

De manera característica por la mañana surge una “cefalea por hipertensión” en la región occipital. Otras manifestaciones inespecíficas que podrían vincularse con el incremento tensional son mareos, palpitaciones, fatiga fácil e impotencia. Al aparecer los síntomas por lo común se deben a la enfermedad cardiovascular hipertensiva o como manifestación de hipertensión secundaria. (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007)

Aspectos sobresalientes en la anamnesis:

- Tiempo de evolución y valores de presión arterial previos elevados
- Indicios de hipertensión secundaria
  - Antecedentes familiares de enfermedad renal (riñón poliquístico) enfermedad renal, infección urinaria, hematuria, abuso de analgésicos.
  - Consumo de fármacos/sustancias: anticonceptivos orales, regaliz, carbenoxolona, gotas nasales, cocaína, anfetaminas, corticoides, Antiinflamatorios no esteroideos, eritropoyetina, coclosporina.
  - Episodios de sudoración, cefalea, ansiedad, palpitaciones (feocromocitoma)
  - Episodios de debilidad muscular y tetania (aldosteronismo)
- Factores de riesgo

- Antecedentes familiares y personales de hipertensión en enfermedad cardiovascular.
- Antecedentes personales y familiares de dislipidemia
- Antecedentes personales y familiares de diabetes mellitus
- Hábito tabáquico
- Obesidad; grado de ejercicio
- Ronquidos; apnea durante el sueño
- Personalidad
- Síntomas de lesión de órganos
  - Cerebro y ojos: cefalea, vértigo, deterioro de la vista, accidentes isquémicos transitorios, déficit sensitivo motor.
  - Corazón: palpitaciones, dolor torácico, dificultad respiratoria, edema maleolar.
  - Riñón: sed, poliuria, nicturia, hematuria
  - Arterias periféricas: extremidades frías, claudicación intermitente
- Tratamiento antihipertensivo previo
  - Fármaco(s) utilizado(s), eficacia y efectos adversos
- Factores personales, familiares y ambientales.

#### **4.1.1.3 Examen Físico**

Además de la presión arterial, debe registrarse cuidadosamente la frecuencia cardíaca (contando el pulso durante al menos 30s o más si se observan arritmias) puesto que la observación repetida de valores superiores a los normales puede indicar un mayor riesgo, un aumento de la actividad simpática o disminución de la parasimpática o una insuficiencia cardíaca.



La exploración física debe buscar signos de factores de riesgo adicionales, signos indicativos de una hipertensión secundaria y signos de lesiones de órganos. Debe medirse el perímetro de cintura con el paciente en bipedestación, y debe obtenerse el peso corporal y la talla para calcular el índice de masa corporal. (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007)

#### Signos de Hipertensión Secundaria y lesión de órganos

Manifestaciones de síndrome de Cushing

Estigmas cutáneos de neurofibromatosis (feocromocitoma)

Palpación de riñones agrandados (riñones poliquísticos)

Auscultación de soplos abdominales (hipertensión vasculorrenal)

Auscultación de soplos precordiales o torácicos (coartación aórtica o enfermedad aórtica)

Reducción o retraso de los pulsos femorales y reducción de la presión arterial femoral (coartación de aorta, enfermedad aórtica).

#### Signos de lesiones de órganos

Cerebro: soplos sobre las arterias del cuello, defectos motores o sensitivos.

Retina: anomalías en el examen del fondo de ojo

Corazón: localización y características del impulso apical, ritmos cardiacos anormales, galope ventricular, estertores pulmonares, edema periférico.

Arterias periféricas: ausencia, reducción o asimetría de pulsos, extremidades frías, lesiones isquémicas cutáneas.

Arterias carótidas: soplos sistólicos

Signos de Obesidad Corporal

Peso corporal

Aumento del perímetro de cintura (en bipedestación): varones, >102cm; mujeres, >88cm

Aumento del índice de masa corporal (índice de masa corporal= Peso corporal [en kilogramos]/talla<sup>2</sup> [en metros])

Sobrepeso, Índice de masa corporal  $\geq 25$ ; obesidad, Índice de masa corporal  $\geq 30$ .

**4.1.1.4 Exámenes Complementarios**

Las exploraciones complementarias están encaminadas a obtener signos indicativos de factores de riesgo adicionales, buscar una posible hipertensión secundaria y detectar la presencia o ausencia de lesiones de órganos. Los estudios deben utilizarse con una progresión de las más sencillas a las más complicadas.

Cuanto más joven sea el, paciente, mayor sea la presión arterial y más rápido sea el desarrollo de la hipertensión, más detallado debe ser el estudio diagnóstico.

**Cuadro No.3**

<p><b>Exploraciones complementarias</b></p> <p><b>Análisis y exploraciones de uso sistemático</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Glucosa plasmática en ayunas</li> <li>Colesterol total en suero</li> <li>Lipoproteínas de baja densidad en suero</li> <li>Lipoproteínas de alta densidad en suero</li> <li>Triglicéridos séricos en ayunas</li> <li>Potasio en suero</li> <li>Ácido úrico en suero</li> <li>Creatinina en suero</li> <li>Aclaramiento de creatinina estimado (fórmula de Cockcroft-Gault)</li> <li>Hemoglobina y hematócrito</li> <li>Análisis de orina (microalbuminuria)</li> <li>Electrocardiograma</li> </ul>
<p><b>Exploraciones recomendadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ecocardiografía</li> <li>Ecografía carotídea</li> <li>Proteinuria cuantitativa (si microalbuminuria es positiva)</li> <li>Índice de presión arterial tobillo-brazo</li> <li>Fondo de ojo</li> <li>Prueba de tolerancia a la glucosa (si la glucosa plasmática en ayunas es &gt;100mg/dl)</li> <li>Monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24h y presión arterial domiciliar</li> </ul>
<p><b>Evaluación ampliada (a cargo de especialistas)</b></p> <p>Búsqueda más detallada de posibles lesiones cerebrales, cardíacas, renales y vasculares. Imprescindible en caso de hipertensión complicada.</p> <p>Búsqueda de una posible hipertensión secundaria cuando lo indiquen los resultados de la historia clínica, exploración física y complementarios: determinación de renina, aldosterona, corticoides, catecolaminas en plasma y/o orina, arteriografías, ecografía renal y suprarrenal, tomografía computarizada y resonancia magnética.</p>

**Fuente:** Guía Europea de práctica clínica para tratamiento de la hipertensión arterial 2007  
**Elaborado por:** Paola Gabriela León Vanegas

#### **4.1.1.5 Valoración del Riesgo Cardiovascular**

La valoración del Riesgo Cardiovascular es indispensable ya que solamente una pequeña parte de la población hipertensa presenta únicamente una elevación de la presión arterial, y la gran mayoría tiene otros factores de riesgo cardiovascular adicionales, con una relación entre la magnitud de la elevación de la presión arterial y la de las alteraciones del metabolismo de la glucosa y los lípidos.

Además, cuando son simultáneos, la presión arterial y los factores de riesgo metabólicos se potencian entre sí y dan lugar a un riesgo cardiovascular total superior a la suma de sus componentes. (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007)

##### Factores de riesgo modificables

Hipercolesterolemia

Tabaco

Hipertensión

Diabetes

Sobrepeso

Sedentarismo

##### Factores de riesgo no modificables

Edad

Género

Antecedentes familiares y personales

Cuadro No. 4

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR					
Presión Arterial (mmHg)					
Otros factores de riesgo, LO ó enfermedad	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HT grado I PAS 140-159 o PAD 90-99	HT grado II PAS 160-179 o PAD 100-109	HT grado 3 PAS $\geq$ 180 o PAD $\geq$ 110
Sin otros factores de riesgo	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto
1-2 factores de riesgo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional muy alto
3 o más factores de riesgo, SM, LO o diabetes	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional muy alto
Enfermedad cardiovascular o renal establecida	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto

*Estratificación del riesgo cardiovascular en cuatro categorías. El riesgo bajo, moderado, alto y muy alto hace referencia al riesgo a 10 años de un episodio cardiovascular mortal o no mortal. El término "adicional" indica que en todas las categorías el riesgo es superior al medio. La línea a trazos indica la manera en la que puede variar la definición de la hipertensión en función del grado de riesgo cardiovascular total. CV: cardiovascular; HT: Hipertensión; LO: Lesión subclínica de órganos; PAD: presión arterial diastólica; PAS: Presión arterial sistólica; SM: síndrome*

**Fuente:** Guía Europea de práctica clínica para tratamiento de la hipertensión arterial 2007  
**Elaborado por:** Paola Gabriela León Vanegas

#### 4.1.2 Complicaciones

La presión arterial y el deterioro de órganos deben evaluarse por separado, puesto que pueden encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos y, por el contrario, la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial, dependiendo del tiempo de evolución de la enfermedad.

#### 4.1.2.1 A largo plazo

Los órganos comprometidos a largo plazo son:

Corazón: Enfermedad coronaria, HVI (cardiopatía hipertensiva), Insuficiencia cardiaca congestiva.

Cerebro: Accidente isquémico transitorio, Evento cerebrovascular.

Retina: Aumento de la luminosidad de los vasos, cruces arteriovenosos, hemorragias o exudados, papiledema.

Riñón: microalbuminuria, proteinuria, daño renal.

Sistema Vacular periférico: Ausencia de uno o más pulsos periféricos con o sin claudicación intermitente.

#### 4.1.2.2 A corto plazo

Las crisis hipertensivas comprenden una gran variedad de situaciones en las cuales se presenta una elevación significativa de las cifras de tensión arterial de tal modo que se requiere una reducción inmediata de la presión arterial (no necesariamente hasta valores normales) para evitar o limitar el compromiso de órgano blanco.

Desde el punto de vista fisiopatológico y terapéutico se deben considerar dos grupos de pacientes:

##### Emergencia Hipertensiva:

En este grupo de pacientes predomina un estrés vascular intenso con daño estructural y consecuencias inmediatas en el sistema nervioso central, en la circulación coronaria renal y periférica. Tales consecuencias tienen como manifestación clínica el compromiso de órgano blanco. El objetivo terapéutico es controlar las cifras de presión arterial de manera inmediata, usando drogas intravenosas y con monitoreo continuo.

### Urgencia Hipertensiva:

En este grupo de pacientes se presentan presiones arteriales muy por encima del valor normal pero con adaptaciones estructurales y cardiopatía severa, lo que se traduce en un endurecimiento arterial generalizado que no cursa con daño de órgano blanco agudo clínicamente detectable. En este grupo el objetivo es controlar las cifras de presión arterial en términos de horas, usualmente con medicamentos oral y sin monitoreo continuo. (Analida, 2015)

### **4.1.3 Tratamiento de la Hipertensión**

La decisión de iniciar un tratamiento antihipertensivo debe basarse en 2 criterios: a) los valores de presión arterial sistólica y diastólica según su clasificación y b) el grado de riesgo cardiovascular total. (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007)

#### **4.1.3.1 Cambios en el Estilo de vida**

Los cambios en el estilo de vida están recomendados para la personas con presión arterial alta y como complemento de la farmacoterapia en sujetos hipertensos. Estas intervenciones deben estar orientadas a superar el riesgo global de enfermedad cardiovascular. (Theodore, 2012)

Las medidas de estilo de vida en las que se ha demostrado trascendencia en el tratamiento de la enfermedad hipertensiva o riesgo cardiovascular son: a) dejar de fumar, b) reducción de peso en los individuos con sobrepeso; c) moderación del consumo de alcohol; d) actividad física; e) reducción del consumo de sal, y f) aumento

del consumo de frutas y verduras y reducción del consumo de grasas saturadas y grasas totales. (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007)

**Cuadro No. 5**

<b>INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO</b>					
Presión Arterial (mmHg)					
Otros factores de riesgo, LO ó enfermedad	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HT grado I PAS 140-159 o PAD 90-99	HT grado II PAS 160-179 o PAD 100-109	HT grado 3 PAS $\geq$ 180 o PAD $\geq$ 110
Sin otros factores de riesgo	Ninguna intervención respecto a PA	Ninguna intervención respecto a PA	Cambios de estilo de vida durante varios meses, seguido de tratamiento farmacológico si la PA no esta controlada	Cambios del estilo de vida durante varias semanas, seguido de tratamiento farmacológico si la PA no está controlada	Cambios del estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato
1-2 factores de riesgo	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida durante varias semanas, seguido de tratamiento farmacológico si la PA no está controlada	Cambios de estilo de vida durante varias semanas, seguido de tratamiento farmacológico si la PA no está controlada	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato
3 o más factores de riesgo, SM, LO	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida y considerar tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato
Diabetes	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida+ tratamiento farmacológico			
Enfermedad cardiovascular o renal establecida	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato	Cambios de estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato

*Inicio del tratamiento antihipertensivo. HT: hipertensión; LO: lesión subclínica de órganos; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; SM: Síndrome metabólico.*

**Fuente:** Guía Europea de práctica clínica para tratamiento de la hipertensión arterial 2007

**Elaborado por:** Paola Gabriela León Vanegas



**Cuadro No. 6**

Modificaciones en el modo de vida para controlar la hipertensión	
<b>Disminución de peso</b>	Alcanzar y conservar un IMC <25mg/m <sup>2</sup>
<b>Disminución de sal de mesa</b>	<6g de Na/día
<b>Adaptar el plan dietético de tipo DASH</b>	Dieta con abundantes frutas, verduras y productos lácteos con poca grasa y un menor contenido de grasas saturadas y totales.
<b>Moderación del consumo de bebidas alcohólicas</b>	Para sujetos que consumen alcohol, es importante que ingieran ≤2 copas/día en varones y ≤1 copa/día en mujeres
<b>Actividad física</b>	Actividad aeróbica regular como la marcha acelerada y constante durante 30minutos/día.
<b>Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; DASH: Estrategias alimentarias para interrumpir la Hipertensión (estudio)</b>	
<b>Fuente:</b> Guía Europea de práctica clínica para tratamiento de la hipertensión arterial 2007 <b>Elaborado por:</b> Paola Gabriela León Vanegas	

**4.1.3.2 Tratamiento Farmacológico**

La farmacoterapia es recomendable en personas con presiones arteriales  $\geq 140/90$ mmHg. El grado de beneficio obtenido de tales fármacos depende de la magnitud de la disminución de la presión arterial. (Theodore, 2012)

La Sociedad Española de Hipertensión y la Sociedad Española de Cardiología en el año 2003 concluyeron que: los diuréticos tiazidicos (así como clortalidona e indapamida), los bloqueadores beta, los antagonistas de calcio, los IECA y los antagonistas de los receptores de angiotensina pueden reducir suficiente la presión arterial y causar una disminución significativa e importante de los episodios cardiovasculares.

## Cuadro No.7

Situaciones que favorecen el uso de determinados fármacos antihipertensivos en vez de otros			
<b>Diuréticos tiazídicos</b>	<b>Bloqueadores beta</b>	<b>Antagonistas del calcio (dihidropiridínicos)</b>	<b>Antagonistas del calcio verapamilo/diltiazem</b>
<b>Hipertensión sistólica aislada (ancianos)</b> <b>Insuficiencia cardiaca</b> <b>Hipertensión en raza negra</b>	Angina de pecho Tras infarto de miocardio Insuficiencia cardiaca Taquiarritmias Glaucoma Embarazo	Hipertensión sistólica aislada (ancianos) Angina de pecho Hipertrofia del VI Aterosclerosis carotídea/coronaria Embarazo Hipertensión en raza negra	Angina de pecho Aterosclerosis carotídea Taquicardia supraventricular
<b>IECA</b>	<b>Antagonistas de los receptores de angiotensina</b>	<b>Diuréticos antialdosterónicos</b>	<b>Diuréticos de asa</b>
<b>Insuficiencia cardiaca</b> <b>Disfunción del VI</b> <b>Tras infarto de miocardio</b> <b>Nefropatía diabética</b> <b>Hipertrofia del VI</b> <b>Aterosclerosis carotídea</b> <b>Proteinuria/microalbuminuria</b> <b>Fibrilación auricular</b> <b>Síndrome metabólico</b>	Insuficiencia cardiaca Tras infarto de miocardio Nefropatía diabética Proteinuria/microalbuminuria Hipertrofia del VI Fibrilación auricular Síndrome metabólico Tos inducida por IECA	Insuficiencia cardiaca Tras infarto de miocardio	Enfermedad renal en fase terminal Insuficiencia cardiaca
<b>IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; VI: ventrículo izquierdo</b>			
<b>Fuente:</b> Guía Europea de práctica clínica para tratamiento de la hipertensión arterial 2007 <b>Elaborado por:</b> Paola Gabriela León Vanegas			

La identificación de la primera clase de fármacos que utilizar en el tratamiento de la hipertensión ha sido siempre objeto de debate. Sin embargo, en la actualidad hay evidencia concluyente, basada en ensayos clínicos, de que en la mayoría de los pacientes es necesario un tratamiento combinado para controlar la presión arterial. Sin embargo, las diversas clases de fármacos difieren en el tipo y la frecuencia de los efectos adversos que pueden inducir, y diferentes individuos pueden tener propensiones diferentes a un determinado efecto adverso. Además, los fármacos pueden tener efectos distintos en los factores de riesgo, las lesiones de órganos y los episodios de causas específicas. Esto hace que sea imprescindible o aconsejable la

elección de un determinado fármaco para utilizarlo solo o en combinación con otros en función de las circunstancias.

Los médicos deben dar preferencia a los fármacos que tienen un efecto de larga duración y una capacidad documentada de reducir eficazmente la presión arterial durante 24h con una sola administración diaria, ya que, la simplificación del tratamiento mejora el cumplimiento.

En la elección inicial de los fármacos, así como en las modificaciones posteriores del tratamiento, debe prestarse especial atención a los efectos adversos, aun cuando sean puramente subjetivos (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007) puesto que son la causa más importante de falta de cumplimiento.

Los efectos adversos que se presentan durante el tratamiento antihipertensivo no son evitables por completo, ya que en parte tienen un carácter psicológico, y de hecho se describen también durante la administración de placebo. Sin embargo, debe hacerse todo lo posible por limitar los efectos secundarios relacionados con la medicación y preservar la calidad de vida, mediante el cambio de tratamiento suspendiendo el fármaco causal por otro, o evitando aumentos de dosis innecesarios.

Los efectos secundarios de los diuréticos tiazídicos, los bloqueadores beta y los antagonistas del calcio están relacionados con la dosis, mientras que la dosis en los efectos adversos de los Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina y Antagonistas de los Receptores de Angiotensina es escasa o nula.

### Monoterapia

El tratamiento puede iniciarse con un solo fármaco, que debe administrarse a dosis bajas. Si no se controla la presión arterial, puede utilizarse una dosis plena del fármaco inicial o puede pasarse a un fármaco de una clase diferente (que

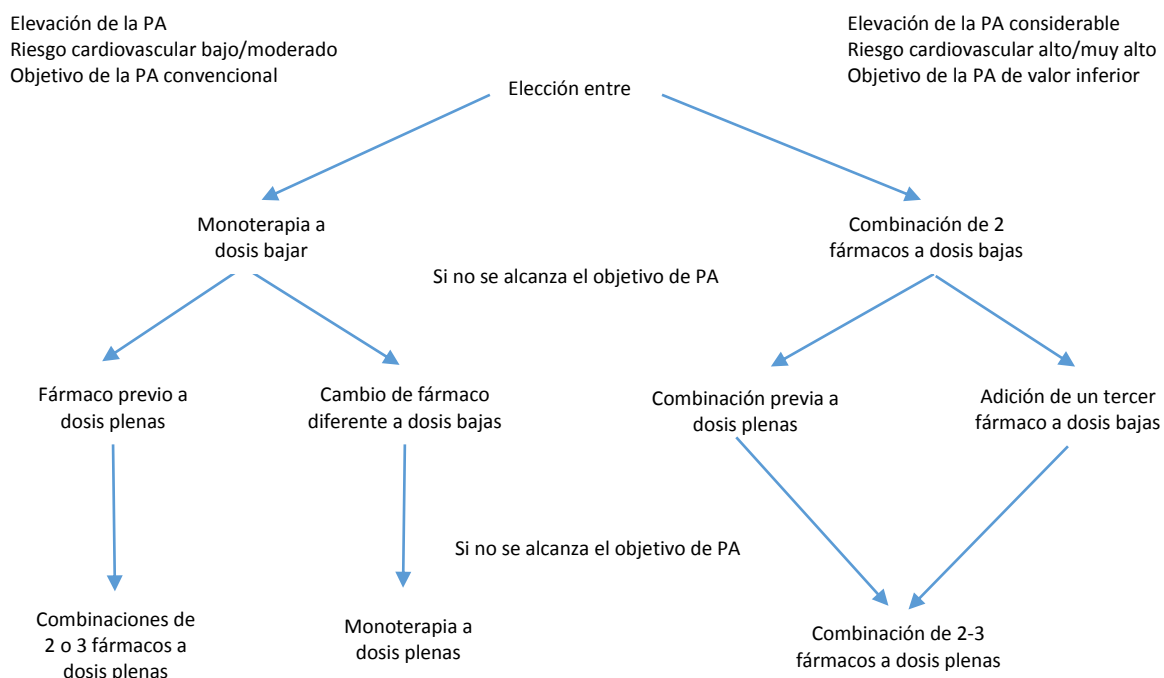
deberá administrarse primero a dosis bajas y luego a dosis plenas). El cambio a otro fármaco de una clase diferente es imprescindible en el caso de que el primer fármaco no haya producido una reducción de la presión arterial o haya inducido efectos secundarios importantes. (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007)

### Tratamiento Combinado

La combinación de dos o más fármacos ha sido la pauta de tratamiento más ampliamente utilizada para reducir la presión arterial de manera efectiva y alcanzar el objetivo predeterminado. Además es aún más necesario y frecuente en los pacientes diabéticos, renales y de alto riesgo y en general siempre que se pretenda obtener valores de presión arterial más bajos. (Sociedad Europea de Hipertensión, 2007)

### **Cuadro No.8**

#### **Estrategias de tratamiento con monoterapia frente a tratamiento combinado**



**Fuente:** Guía Europea de práctica clínica para tratamiento de la hipertensión arterial 2007  
**Elaborado por:** Paola Gabriela León Vanegas

## 4.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Para la Organización Mundial de la Salud la adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. (OMS, 2004)

En la literatura sobre el tema se emplean diversos términos para conceptualizarlo. Los más utilizados han sido “cumplimiento del tratamiento” y “adherencia al tratamiento” o “adherencia terapéutica” aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión, concordancia y conformidad. (Alfonso, 2009)

Haynes en 1976 propone la expresión “cumplimiento del tratamiento”, definiéndola como “el grado en que la conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Sin embargo este término generó polémicas, Ferrer, 1995 señala un alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que se pretende abarcar. Se considera que se refiere a la obediencia del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, asumiendo un rol pasivo y sumiso que lo presupone incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir las recomendaciones que se le proponen. Según esta conceptualización la conducta del paciente debe “coincidir” con la instrucción recibida.

(Alfonso, 2009)

Según Karoly, 1993 se trata de una definición con importantes deficiencias ya que tiende a ser unidimensional: es así que las personas son “cumplidoras” o “no cumplidoras”, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden

existir en relación con el cumplimiento; está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento; es reduccionista, sólo tiene en cuenta el componente relacional y no considera los aspectos subjetivos que intervienen en este proceso como, por ejemplo: las creencias y motivaciones del paciente. (Alfonso, 2009)

De otra parte, se plantea que en la práctica médica este concepto suele utilizarse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente de una forma determinada sin incluir aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las citas subsecuentes. (Basterra, 1999)

La denominación adherencia ha sido más aceptada que el cumplimiento del tratamiento, ya que éste último término tiene un carácter peyorativo, en la medida que considera al paciente como alguien que únicamente sigue las “órdenes” de su médico, pero que no participa en el proceso. En cambio, al referirnos a la adherencia terapéutica, incluimos la conducta del paciente y la responsabilidad y decisión de éste en la adhesión a las conductas de salud, dándole mayor importancia a la relación médico paciente. (Martos, 2010)

Además de la definición de “adherencia al tratamiento”, es importante también identificar el grupo de enfermedades a las cuales puede aplicarse este término.

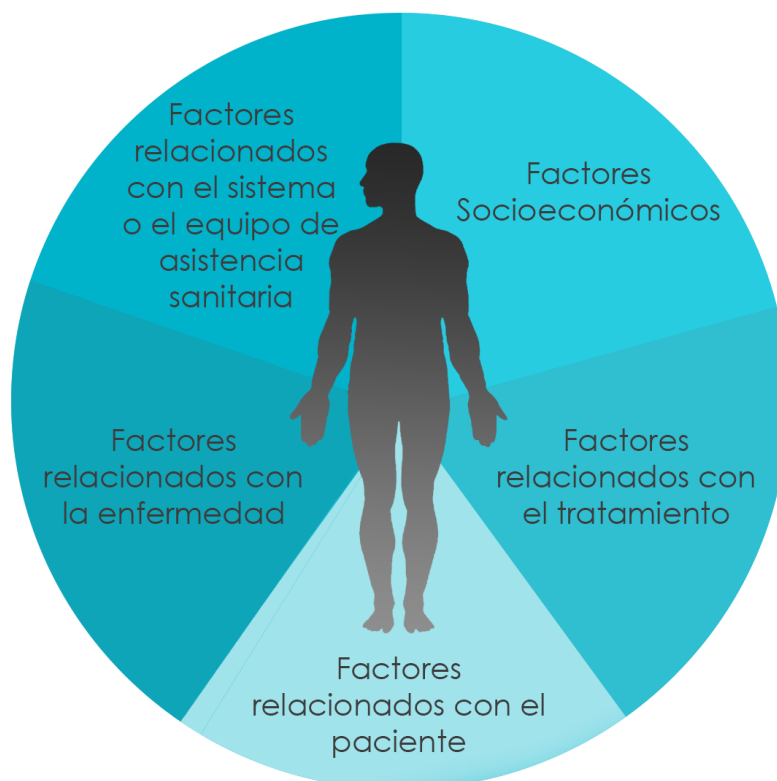
Según su cronología las enfermedades pueden clasificarse en agudas y crónicas; siendo las últimas las que pueden causar más problemas en su cumplimiento ya que su prolongación en el tiempo implica que muchos pacientes deserten o no lleguen a adaptarse totalmente a todos lo que implica el control de su enfermedad.

Es así que según la Organización Mundial de la Salud las enfermedades crónicas en las que es vital una adherencia al tratamiento para su control, pueden definirse como: “Las enfermedades con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un periodo largo de supervisión, observación o atención” (OMS, 2004)

#### 4.2.1 Factores que Influyen en la Adherencia al tratamiento

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de actores, denominados “dimensiones” los cuales muestran un enfoque más amplio de los factores que pueden influir en el cumplimiento del tratamiento.

**Gráfico No.1**



#### **4.2.1.1 Factores Socioeconómicos**

Aunque no se ha comprobado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia. (OMS, 2004)

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar. (OMS, 2004)

Algunos estudios han informado que los factores de organización están más relacionados con la adherencia terapéutica que los sociodemográficos, pero esto quizá varíe de un entorno a otro. Un estudio en Albaz, en Arabia Saudita, concluyó que las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes. (OMS, 2004)



La raza se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales, pero, no con menos frecuencia, las desigualdades sociales confunden estos resultados. Ejemplo de ello, en el Reino Unido, se ha detectado que los africanos negros seropositivos al VIH tienen una experiencia del tratamiento diferente debido al temor a que se experimente con ellos, desconfianza de la profesión médica y temor por la discriminación. (OMS, 2004)

También se ha informado que las guerras influyen en la adherencia a los tratamientos, incluso una vez finalizadas. Esto se debe principalmente a las experiencias de la guerra, como las dificultades económicas, la falta de control médico, el fatalismo y la anarquía. (OMS, 2004)

La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos).

(OMS, 2004)

La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados. Varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más

pequeños. La adherencia de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de tratamiento en gran parte es determinada por la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir con el tratamiento recomendado. A medida que la edad aumenta, los niños tienen la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo las tareas de tratamiento, pero siguen necesitando supervisión de sus padres. (OMS, 2004)

Los niños en edad escolar se ocupan de tareas vinculadas con el desarrollo, aprenden a regular su propio comportamiento y a controlar el mundo que los rodea. A medida que los niños ingresan en la escuela, pasan menos tiempo en el hogar con sus padres y son cada vez más influidos por sus compañeros y el ambiente social. (OMS, 2004)

Al mismo tiempo, el creciente número de padres únicos y que trabajan ha desplazado más la responsabilidad del tratamiento de la enfermedad al niño. Asignar demasiada responsabilidad a un niño para la gestión de su tratamiento puede conducir a la adherencia deficiente. Por ejemplo, los estudios indican que, como los adultos, los niños en su autonotificación exageran sus comportamientos de adherencia. (OMS, 2004)

Los adolescentes, si bien son capaces de mayor autonomía para seguir las recomendaciones, luchan con la autoestima, la imagen corporal, la definición de funciones sociales y los asuntos vinculados con los compañeros. La adherencia deficiente en los adolescentes puede reflejar la rebelión contra el control del régimen de sus vidas. La mayor parte de los estudios indica que los niños y adolescentes que

asumen temprano toda la responsabilidad de su régimen terapéutico se adhieren menos a la terapia y controlan mal el tratamiento de su enfermedad. (OMS, 2004)

Los ancianos representan el 6,4% de la población mundial y su número crece a razón de 800.000 individuos todos los meses. En muchos países en desarrollo, se han convertido en el sector de crecimiento más rápido de la población.

Esta transición demográfica ha conducido a una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas que son particularmente comunes en los ancianos. Muchos pacientes ancianos se presentan con múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad. Además, los ancianos son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. En los países desarrollados, las personas mayores de 60 años consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados (hasta tres veces más per cápita que la población en general) y explican 60% de los costos relacionados con la medicación, aunque solo representen 12 a 18% de la población en estos países. (OMS, 2004)

La adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes ancianos y es, por lo tanto, un componente sumamente importante de la atención. En los ancianos se ha detectado que no adherirse a las recomendaciones y el tratamiento médico, aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y de causar complicaciones innecesarias, lo que conduce a mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura. (OMS, 2004)

La adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad. Sin embargo, la prevalencia de deficiencias cognoscitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta su riesgo de adherencia deficiente. Las múltiples comorbilidades y los regímenes médicos complejos comprometen adicionalmente la adherencia terapéutica. Las alteraciones relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia. (OMS, 2004)

#### **4.2.1.2 Factores relacionados con el equipo o el sistema sanitaria**

Aunque existe relativamente poca información sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. (OMS, 2004)

#### **4.2.1.3 Factores relacionados con la enfermedad**

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos

determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la depresión (en la diabetes, hipertensión o infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y el abuso de drogas y alcohol, son modificadores importantes del comportamiento de adherencia. (OMS, 2004)

#### **4.2.1.4 Factores relacionados con el tratamiento**

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. (OMS, 2004)

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

#### **4.2.1.5 Factores relacionados con el paciente**

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal o no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones del tratamiento; la falta de aceptación de monitores, o las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad. (OMS, 2004)

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad. Las inquietudes por la medicación surgen de manera característica de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia. Se relacionan con las perspectivas negativas acerca de los medicamentos en su totalidad y las sospechas de que los médicos prescriben en exceso, así como a una “visión del mundo” más amplia caracterizada por las sospechas de sustancias químicas en los alimentos y el ambiente y de la ciencia, la medicina y la tecnología. (OMS, 2004)

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficio) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse complementariamente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general. (OMS, 2004)

#### **4.2.2 Métodos de evaluación de la adherencia**

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

medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. Indiscutiblemente, no existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica, y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias.

Un enfoque de medición es solicitar a prestadores y pacientes sus calificaciones subjetivas sobre el comportamiento de adherencia. Sin embargo, cuando los prestadores evalúan el grado en que los pacientes siguen sus recomendaciones sobreestiman la adherencia. El análisis de los informes subjetivos de pacientes ha sido asimismo problemático. Los pacientes que revelan no haber seguido las recomendaciones terapéuticas tienden a describir su comportamiento con exactitud, mientras que los que niegan el no haberlas seguido informan sobre su comportamiento inexactamente. Otros medios subjetivos para medir la adherencia terapéutica son los cuestionarios estandarizados administrados por los pacientes. Las estrategias típicas han evaluado las características de pacientes o los rasgos de “personalidad” globales, pero estos resultaron ser magros factores predictivos del comportamiento de adherencia terapéutica.

Inicialmente, puede parecer que las estrategias objetivas constituyen un avance respecto de los enfoques subjetivos, pero todas tienen inconvenientes para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica. Las unidades de dosis remanentes (por ejemplo, comprimidos) pueden contarse en las visitas al consultorio; sin embargo, los errores de recuento son comunes y dan lugar de manera características a la sobreestimación del comportamiento de adherencia terapéutica, y no se capta la información (por ejemplo, oportunidad de la dosificación y tendencias de las dosis



perdidas) usando esta estrategia. Una innovación reciente es el dispositivo electrónico de monitoreo (sistema de monitoreo del episodio de medicación, por su sigla en inglés MEMS) que registra la fecha y la hora cuando se abrió un envase de medicamento, y por ende describe mejor la manera en que los paciente toman sus medicamentos. Lamentablemente, el costo de estos dispositivos excluye su uso generalizado. Las bases de datos de las farmacias pueden usarse para comprobar el momento en que las prescripciones se despachan inicialmente, redespachan con el tiempo y se interrumpen prematuramente. Un inconveniente de este enfoque es que la obtención de medicamento no asegura su uso. Además, tal información puede estar incompleta porque los pacientes pueden recurrir a varias farmacias o los datos pueden no captarse sistemáticamente.

Con independencia de la técnica de medición empleada, los umbrales que definen la “buena” y “mala” adherencia terapéutica se usan ampliamente a pesar de la falta de pruebas que los apoyen. En la práctica, quizá no exista en realidad la “buena” y “mala” adherencia terapéutica porque el fenómeno dosis-respuesta es una función continua.

## 5. METODOLOGÍA

- **TIPO DE ESTUDIO:** La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo ya que se limitará a señalar las características del fenómeno de estudio, de corte transversal debido a que las variables estudiadas se compararan en un único momento temporal, con un enfoque cuantitativo porque se realizará de manera sistemática, mediante técnicas estadísticas que buscan dar respuesta a la hipótesis planteada al inicio de la investigación.

### ÁREA DE ESTUDIO:

- **LUGAR, UBICACIÓN Y TIEMPO:** La presente investigación se la realizará en la ciudad de Loja, en el Hospital Universitario de Motupe, en el periodo de tiempo Enero-Agosto 2015.
- **UNIVERSO:** La población a investigar está compuesta por los/las pacientes hipertensos mayores de 20 años pertenecientes al Club de Hipertensos y que acuden a la consulta Externa del Hospital Universitario de Motupe, conformada por 50 pacientes.

**MUESTRA:** Pacientes pertenecientes al Club de Hipertensos y pacientes hipertensos que acuden a la Consulta Externa del Hospital de Motupe, total 50 pacientes.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Se incluyeron en el estudio pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial al momento de la investigación en el área de estudio seleccionada. Se escogieron pacientes de 20 años de edad o más con hipertensión esencial. De tal manera que los criterios de inclusión serán:
  - Tener diagnóstico de Hipertensión arterial esencial
  - Estar bajo tratamiento médico por más de 1 año

- Tener 20 años o más
  - No tener trastornos mentales o físicos que imposibilite contestar los instrumentos
  - Ser paciente del Hospital Universitario de Motupe.
  - Desear colaborar con la investigación
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Los menores de 20 años ya que los individuos adolescentes asumen un comportamiento con características diferentes a la etapa adulta y también personas con trastornos o deficiencias mentales o físicas que impidan la comprensión y respuesta de las técnicas de recolección de la información

### **CRITERIOS ÉTICOS**

Para el desarrollo de esta investigación se cumplirán con los principios básicos del proceso investigativo. Pidiendo la aprobación y colaboración de los directores del Hospital así como también médicos implicados en el proceso investigativo.

Se brindará información al equipo de asistencia sanitaria sobre los objetivos de la investigación y los métodos utilizados para alcanzarlos.

A los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión anteriormente mencionados se les solicitará con anticipación su consentimiento informado y se garantizará la confidencialidad de los datos, la privacidad y anonimato.

## **MÉTODOS Y TÉCNICAS**

**MÉTODOS:** La aplicación del TEST DE MORISKY GREEN que valorara la adherencia al tratamiento de los paciente hipertensos, y una encuesta enfocada en valorar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, que será previamente elaborada nos permitirá mediante el método estadístico medir los datos obtenidos y proyectarlos como tablas y gráficos.

### **INSTRUMENTOS:**

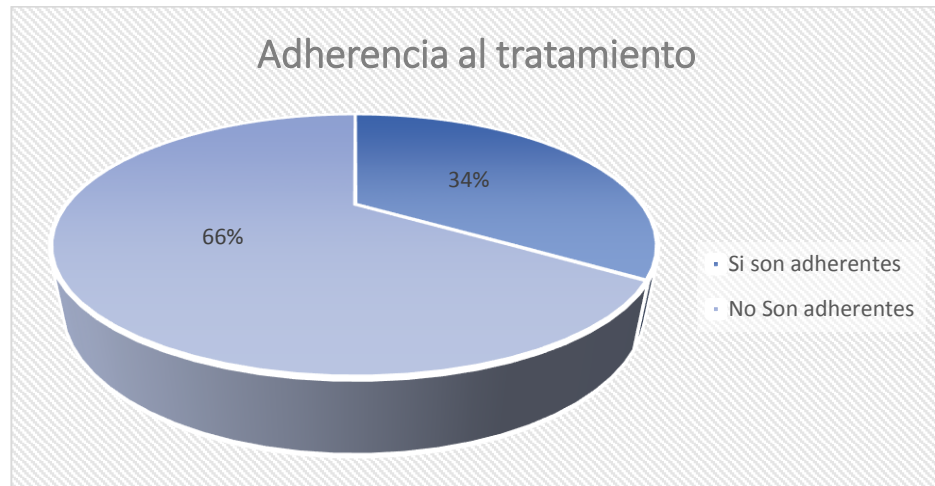
Test de Morisky Green, Cuestionario previamente elaborado que se aplicará a los pacientes, en el Hospital Universitario de Motupe.

### **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La información obtenida será ordenada y tabulada mediante la estadística descriptiva y los resultados obtenidos se emitirán a través de tablas de frecuencia y gráficos esto se realizará mediante el programa de computacion Excel.

## 6. RESULTADOS

**Gráfico No. 2:** Adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que acuden al Hospital de Motupe.



Fuente: Test de Morisky Green  
Elaboración: Paola Gabriela León Vanegas

**Interpretación:**

Del total de pacientes encuestados el 34% (n=17) son adherentes a su tratamiento, mientras que el 66% (n=33) no lo son.

**Cuadro No. 9:** Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que acuden al hospital de Motupe.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Si son adherentes		No son adherentes	
	F	%	f	%
<b>EDAD</b>				
31-40	1	2%	1	2%
41-50	0	0%	8	16%
51 o más	16	32%	24	48%
<b>INSTRUCCIÓN</b>				
Ninguna	3	6%	2	4%
Primaria	14	28%	26	52%
Secundaria	0	0%	5	10%
<b>GÉNERO</b>				
Masculino	1	2%	7	14%
Femenino	16	32%	26	52%
<b>OCUPACIÓN</b>				
Quehaceres domésticos	16	32%	26	52%
Agricultura	1	2%	3	6%
Comerciante	0	0%	4	8%
<b>DISPONIBILIDAD ECONÓMICA</b>				
Si	6	12%	7	14%
No	4	8%	15	30%
Algunos	7	14%	11	22%
<b>ACCESIBILIDAD AL LUGAR DE CONSULTA</b>				
Muy Bueno	14	28%	25	50%
Bueno	3	6%	5	10%
Malo	0	0%	3	6%
<b>APOYO FAMILIAR</b>				
Si	12	24%	22	44%
No	5	10%	9	18%
Algunas veces	0	0%	2	4%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Paola Gabriela León Vanegas

#### Interpretación:

Dentro de los factores socioeconómicos, el grupo etario que predominó fue el de 51 años o más tanto para los adherentes (32% n=16) como para los no adherentes (48% n=24) ; el género femenino aventajo al masculino con el 32% (n=16) y

52% (n=26) dentro de los grupos adherentes y no adherentes respectivamente; así mismo la ocupación de los participantes en su mayoría correspondió a los quehaceres domésticos con el 32% (n=16) para los adherentes y 52% (n=26) para los no adherentes.

**Cuadro No. 10:** Factores Relacionados con el Sistema Sanitario que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al Hospital de Motupe.

FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA SANITARIO	Si son adherentes		No son adherentes	
	F	%	f	%
<b>TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO</b>				
Si	16	32%	30	60%
No	1	2%	3	6%
<b>INSTRUCCIONES DEL PERSONAL DE SALUD</b>				
Si	16	32%	26	52%
No	0	0%	2	4%
A veces	1	2%	5	10%
<b>DISPONIBILIDAD DE LA MEDICINA EN EL HOSPITAL</b>				
Siempre	12	24%	15	30%
A veces	5	10%	14	28%
Nunca	0	0%	4	8%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Paola Gabriela León Vanegas

**Interpretación:**

Dentro de los factores relacionados con el sistema sanitario la mayor parte de los pacientes adherentes 32% (n=16) así como los que no fueron adherentes 60% (n=30) indicaron que si recibieron un tratamiento individualizado; así como también una cantidad representativa de ambos grupos expresó que sí recibió instrucciones por parte del personal de salud 32% (n=16) para los adherentes y 52% (n=26) para los no adherentes.

**Cuadro No.11:** Factores relacionados con el tratamiento de los pacientes hipertensos que acuden al Hospital de Motupe.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO	Si son adherentes		No son adherentes	
	F	%	f	%
<b>ACTIVIDADES DIARIAS</b>				
Si	5	10%	17	34%
No	12	24%	12	24%
A veces	0	0%	4	8%
<b>DUDAS EN LA TOMA DE LA MEDICINA</b>				
Si	2	4%	4	8%
No	14	28%	22	44%
Algunos	1	2%	7	14%
<b>EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS</b>				
Si	0	0%	0	0%
No	17	34%	33	66%
<b>CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA</b>				
Si	15	30%	16	32%
No	0	0%	2	4%
Algunos	2	4%	15	30%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Paola Gabriela León Vanegas

Interpretación:

En los factores relacionados con el tratamiento encontramos que la mayoría de los pacientes adherentes 32% (n=16) así como de los no adherentes 66% (n=33) indicaron que los medicamentos no les ocasionan ninguna molestia. El 30% (n=15) de los pacientes adherentes indicó que sí realizó los cambios en el estilo de vida y un elevado porcentaje de los no adherentes 44% (n=22) no presentar dudas en cuanto a la toma de la medicación.



**Cuadro No.12:** Factores relacionados con el Paciente hipertenso que acude al Hospital de Motupe.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	Si son adherentes		No son adherentes	
	F	%	F	%
<b>INTERÉS POR MANTENERSE SANO</b>				
Siempre	17	34%	31	62%
A veces	0	0%	2	4%
Nunca	0	0%	0	0%
<b>INTERÉS POR CUMPLIR EL TRATAMIENTO</b>				
Siempre	17	34%	23	46%
A veces	0	0%	8	16%
Nunca	0	0%	2	4%

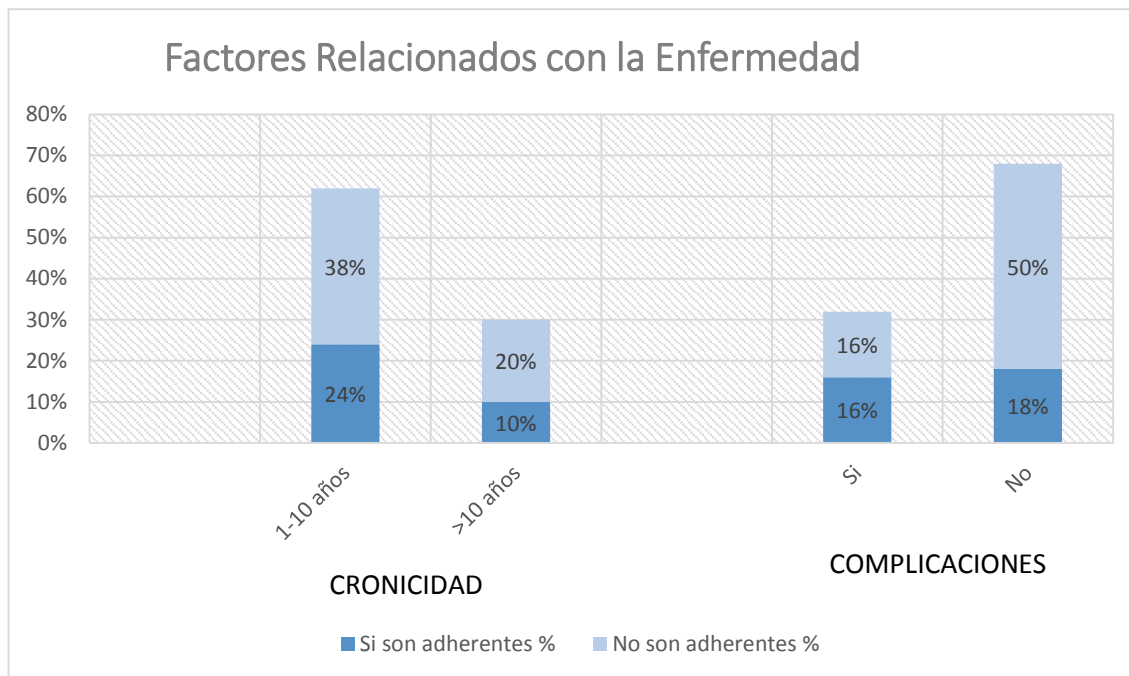
Fuente: Encuesta

Elaboración: Paola Gabriela León Vanegas

Interpretación:

Dentro de los factores relacionados con el paciente, la mayor parte de pacientes adherentes 34% (n=17) y no adherentes 62% manifestó siempre presentar interés por mantenerse sanos; así también un porcentaje representativo de los pacientes adherentes 34% (n=17) y no adherentes 46% (n=23) expresó siempre mostrar interés por cumplir correctamente el tratamiento.

**Gráfico No.3:** Factores Relacionados con la Enfermedad de los pacientes hipertensos que acuden al Hospital de Motupe.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Paola Gabriela León Vanegas

#### Interpretación:

En los factores relacionados con la enfermedad encontramos que el 38% (n=19) de los pacientes que no fueron adherentes presentaron la enfermedad en un periodo comprendido de 1 a 10 años, así mismo el 50% (n=25) de este mismo grupo no presentó ninguna complicación relacionada con la hipertensión arterial.

## 7. DISCUSIÓN

La Hipertensión Arterial es una entidad a la que se debe prestar especial importancia, no solo por su alta prevalencia sino también por sus inconvenientes a corto y largo plazo; la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es marcador importante de la efectividad del sistema de salud y su capacidad para establecer estrategias que permitan alcanzar un cuidado óptimo de la salud y prevención de complicaciones.

En el estudio realizado en Bucaramanga y su área metropolitana se aplicó un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, el cual demuestra que la mayor parte de sus participantes se encuentran en ventaja para adherirse a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, estos datos contrastan con los resultados del estudio realizado en los pacientes hipertensos que acuden al Hospital de Motupe en el cual el porcentaje de pacientes no adherentes al tratamiento fue superior. (Bonilla, 2008)

En el estudio realizado en la Ciudad de Cartagena con una muestra aleatoria de 177 personas se encontró que dentro de los factores socioeconómicos un poco más de la mitad de los participantes manifestaron que algunas veces pueden costearse sus medicamentos y algunas veces se les dificulta el cambio de dieta, debido al costo de los alimentos recomendados. Además, la mitad de la población siempre cuenta con el apoyo de su familia y allegados para cumplir el tratamiento. (Guerra, 2010). Dentro de los datos obtenidos en el presente trabajo un grupo significativo de los participantes manifiesta no contar con los recursos económicos suficientes para cumplir adecuadamente el tratamiento o solamente puede autofinanciarse parte del mismo; así también la mayor parte de los colaboradores respondieron afirmativamente

en cuanto al apoyo de que reciben de su familia, todos estos datos correspondiendo de forma parcial con los resultados del estudio citado anteriormente.

En el estudio realizado en Sincelejo (Colombia) en una muestra de 276 pacientes indica que en relación a los factores relacionados con el sistema y equipo de salud, la gran mayoría consideró que el trato que reciben del personal de salud lo animan a volver a los controles, así también expresó su conformidad al conseguir los medicamentos a través del carnet. (Orozco, 2008). Estos datos coinciden con los obtenidos en el presente trabajo de investigación puesto que la mayor parte de los participantes refiere haber recibido un tratamiento individualizado e instrucciones claras por parte del personal de salud; sin embargo en cuanto a la disponibilidad de medicina en el hospital el grado de conformidad es inferior, encontrando que la mitad de la población indica que siempre recibe su medicación completa mientras un menor porcentaje menciona que solamente a veces recibe su medicación completa.

En el estudio realizado en una empresa social del Estado en Montería, más de la mitad de los participantes respondió que las ocupaciones que tiene nunca le dificultan seguir el tratamiento, así mismo manifestaron nunca suspender el tratamiento por sentir mejoría de los síntomas (Guerra, 2010). La investigación realizada en los pacientes del Hospital de Motupe, reveló por el contrario que menos de la mitad de la población expresó que las actividades diarias no interferían con el cumplimiento de su tratamiento; y la totalidad de los participantes indicó que la medicación prescrita, no causa molestias que provoquen suspender el tratamiento farmacológico.

En los factores relacionados con el paciente, el estudio de Montería reporta que casi la totalidad de los participantes creen ser los responsables del cuidado

de su propia salud y que es importante seguir el tratamiento para mejorar la salud. La mayoría están convencidos de los beneficios del tratamiento y por eso lo siguen, y se interesan por conocer sobre su condición de salud y la manera de cuidarse (Guerra, 2010), estos datos se correlacionan con los obtenidos en el presente estudio en el que igualmente los participantes en general expresa que siempre mantiene su interés por mantenerse y cumplir correctamente con su tratamiento.

No se encontraron datos concernientes con los factores relacionados con la enfermedad, sin embargo, en la publicación de la Revista Facultad Nacional de Salud Pública se encontró que las personas con presencia de obesidad, diabetes y dislipidemia presentan de manera significativa una percepción de baja adherencia al tratamiento, sin embargo, las personas con hipertensión arterial se diferencian por tener una mejor percepción de adherencia, (Zambrano C, Duitama M, & Flórez A., 2012). En presente estudio podemos hacer mención de lo siguiente: más de la mitad de la población expreso haber presentado la enfermedad por un periodo comprendido entre 1-10 años así también la mayor parte manifestó no haber presentado ninguna complicación relacionada con la hipertensión arterial.

## 8. CONCLUSIONES

- En el presente trabajo de Investigación realizado a los pacientes Hipertensos que acuden al Hospital de Motupe se determinó que la mayor parte de los participantes no son adherentes al tratamiento y un menor porcentaje si lo es.
- Dentro de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento los factores socioeconómicos a destacar fue que el género femenino correspondió a la mayor parte de la muestra, la poca disponibilidad de recursos económicos para cumplir adecuadamente el tratamiento y el apoyo familiar estuvo presente en más de la mitad de los participantes.

En mención a los factores dependientes del sistema sanitario, se debe resaltar que un alto porcentaje de los participantes expresó haber recibido indicaciones claras por parte del personal de salud, en contrastes con un mínimo porcentaje que indico nunca haber sido instruido sobre el tema.

En lo que se refiere a los factores relacionados con el tratamiento la totalidad de los colaboradores expresó no presentar efectos adversos con la medicación prescrita.

En relación a los factores relacionados con el paciente se evidenció un gran interés por el cuidado de su salud; así como también por cumplir correctamente con su tratamiento.

Finalmente dentro de los factores dependientes de la enfermedad la mayor parte manifestó nunca haber presentado complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial.

## 9. RECOMENDACIONES

- Mejorar las estrategias y programas establecidos a nivel institucional, de tal manera que permitan una evaluación continua, en busca de perfeccionar los métodos empleados para conseguir un óptimo cuidado de la salud de los pacientes y prevención de posibles complicaciones.
- El personal de salud debe buscar estrategias que se acoplen a la realidad de sus pacientes y familias y así faciliten el cuidado de su salud.
- Corregir la insuficiente disponibilidad de medicamentos que impiden un correcto manejo de las enfermedades sobre todo de aquellas de carácter crónico con repercusiones futuras.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso, M. L. (2009). Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. *Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario*. La Habana, Cuba.
- Analida, P. R. (12 de 04 de 2015). *nacer.udea.edu.co*. Obtenido de *nacer.udea.edu.co*: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>
- Ferrera, N. V. (2010). *www.fac.org.ar*. Obtenido de *www.fac.org.ar*: [http://www.fac.org.ar/1/revista/10v39n3/art\\_orig/arorig02/ferrera.pdf](http://www.fac.org.ar/1/revista/10v39n3/art_orig/arorig02/ferrera.pdf)
- Genoveva Granados Gámez, J. G.-R. (7 de 3 de 2007). <http://www.ijpsy.com>. Obtenido de <http://www.ijpsy.com>: <http://www.ijpsy.com/volumen7/num3/177/creencias-relacionadas-con-la-hipertensi-ES.pdf>
- Guerra, E. H. (2010). *www.scielo.org.co*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
- Herrera, E. (20 de 4 de 2012). *www.scielo.org.com*. Obtenido de *www.scielo.org.com*: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
- Ibañez, P. B. (2008). *www.uneditorial.net*. Obtenido de [http://www.uneditorial.net/uflip/Adherencia\\_y\\_factores\\_que\\_influyen/pubData/source/Adherencia\\_y\\_factores\\_que\\_influyen\\_en\\_la\\_adherencia.pdf](http://www.uneditorial.net/uflip/Adherencia_y_factores_que_influyen/pubData/source/Adherencia_y_factores_que_influyen_en_la_adherencia.pdf)
- Juan Pablo Salazar Adum, M. F. (2011). <http://dspace.ucuenca.edu.ec>. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec>: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3532/1/MED58.pdf>
- León, G. (2015). *Hipertensión arterial*. MADRID.



- Martos, M. J. (2010). *Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica, Relevancia del apoyo social*. Almería: Universidad de Almería.
- OMS. (2004). *ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO*. Ginebra, Suiza: OPS (Unidad de Enfermedades no transmisibles).
- OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas de acción*. Ginebra: OMS.
- Orozco, A. C. (2008). *www.scielo.org.co*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04>
- Orozco, A. C. (26 de 02 de 2010). *www.scielo.org.com*. Obtenido de [www.scielo.org.com: http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04](http://www.scielo.org.com: http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04)
- Ortíz, A. C. (23/03/2013). *revista sindrome.com*. Obtenido de [www.revistasindrome.com/rev\\_simdromevol4\\_n1\\_2014/prevalencia\\_hipertension.pdf](http://www.revistasindrome.com/rev_simdromevol4_n1_2014/prevalencia_hipertension.pdf)
- Patricia, B. I. (2008). *Adherencia y factores que influyen en la adherencia de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular*. Bogotá, Colombia.
- Rolando Charhuallanqui, G. D. (12 de 2010). *www.scielo.org.com*. Obtenido de [www.scielo.org.com: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2010000400005](http://www.scielo.org.com: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005)
- Sociedad Europea de Hipertensión. (2007). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007*. *Revista Española de Cardiología*, 33,34.

Theodore, K. (2012). Vasculopatía Hipertensiva. En F. K. LONGO, *Harrison Principios de Medicina Interna* (pág. 2054). New York: Mc Graw Hill.

Zambrano C, R., Duitama M, J. F., & Flórez A., J. F. (2012). *www.redalyc.org*.

Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918005.pdf>

## 11. ANEXOS:

### Anexo 1: Cuestionario de Morisky Green y Encuesta

Universidad Nacional de Loja  
 ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
 Carrera de Medicina

Nota: La presente encuesta es anónima, sus datos serán usados en el proyecto de investigación “Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento de pacientes Hipertensos que acuden al Hospital de Motupe”

### Cuestionario de Morisky Green

Test
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? Si ( ) No ( )
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada? Si ( ) No ( )
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación? Si ( ) No ( )
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación? Si ( ) No ( )

### Factores que Influyen en la Adherencia Terapéutica

Factores Socioeconómicos
1. Edad 20-30años ( ) 31-40años ( ) 41-50años ( ) 51años o más ( )
2. Instrucción Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
3. Género Masculino ( ) Femenino ( )
4. Ocupación .....
5. ¿Sus ingresos económicos le permiten comprar los medicamentos y alimentos para su dieta? Si ( ) No ( ) Algunos ( )
6. El acceso al lugar donde se realiza sus controles es: Muy bueno ( ) Bueno ( ) Malo ( )

<p>7. ¿Siente el apoyo de su familia en los cambios que debe realizar en su estilo de vida para el cuidado de su salud?  Si ( ) No ( ) A veces ( )</p>
<p><b>Factores Relacionados con el Sistema Sanitario</b></p>
<p>8. Su médico, ¿conversa con usted para decidir cuál será el tratamiento más conveniente?  Si ( ) No ( ) A veces ( )</p> <p>9. Su médico o enfermera, ¿Le explican con palabras claras cómo debe tomar su medicina?  Si ( ) No ( ) A veces ( )</p> <p>10. La farmacia del Hospital ¿le proporciona los medicamentos que usted necesita para su tratamiento?  Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )</p>
<p><b>Factores Relacionados con el Tratamiento</b></p>
<p>11. ¿Sus actividades diarias interfieren con el cumplimiento de su tratamiento?  Si ( ) No ( ) A veces ( )</p> <p>12. ¿Tiene dudas con la manera en la que debe tomar su medicina? (horarios o relación con las comidas)  Si ( ) No ( ) Algunos ( )</p> <p>13. La medicina que consume ¿Le causa alguna molestia?  Si ( ) No ( )</p> <p>14. Usted ¿ha hecho los cambios en su alimentación y ejercicio recomendados por su médico?  Si ( ) No ( ) Algunos ( )</p>
<p><b>Factores Relacionados con el Paciente</b></p>
<p>15. A usted ¿le interesa mantenerse sano y cuidar su salud?  Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )</p> <p>16. Usted ¿está pendiente de tomar su medicina todos los días a la hora adecuada?  Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )</p>
<p><b>Factores Relacionados con la Enfermedad</b></p>
<p>17. Hace cuánto tiempo fue diagnosticado de hipertensión  Años ( ) Meses ( )</p> <p>18. La hipertensión, ¿ha sido la causa de complicaciones en su estado de salud?  Si ( ) No ( )</p>

**Anexo 2:** Lista de participantes incluidos en el proyecto de investigación

No. De Paciente	Edad	Género	Ocupación
1	60	Femenino	Vendedora Ambulante
2	70	Masculino	Quehaceres domésticos
3	63	Femenino	Quehaceres domésticos
4	57	Femenino	Quehaceres domésticos
5	61	Femenino	Quehaceres domésticos
6	53	Femenino	Agricultura
7	35	Femenino	Quehaceres domésticos
8	55	Masculino	Agricultura
9	75	Femenino	Quehaceres domésticos
10	68	Masculino	Quehaceres domésticos
11	59	Femenino	Quehaceres domésticos
12	43	Femenino	Quehaceres domésticos
13	66	Femenino	Quehaceres domésticos
14	79	Masculino	Agricultor
15	64	Femenino	Quehaceres domésticos
16	65	Masculino	Quehaceres domésticos
17	55	Femenino	Quehaceres domésticos
18	61	Femenino	Quehaceres domésticos
19	68	Femenino	Quehaceres domésticos
20	56	Masculino	Quehaceres domésticos
21	48	Femenino	Quehaceres domésticos
22	57	Femenino	Agricultura
23	38	Femenino	Quehaceres domésticos
24	69	Femenino	Quehaceres domésticos
25	71	Femenino	Quehaceres domésticos
26	59	Femenino	Quehaceres domésticos
27	46	Femenino	Quehaceres domésticos
28	73	Femenino	Ninguna
29	68	Femenino	Quehaceres domésticos
30	69	Femenino	Quehaceres domésticos
31	42	Femenino	Quehaceres domésticos
32	58	Femenino	Quehaceres domésticos
33	60	Femenino	Quehaceres domésticos
34	54	Femenino	Comerciante
35	68	Masculino	Quehaceres domésticos
36	45	Femenino	Quehaceres domésticos
37	64	Femenino	Quehaceres domésticos
38	74	Femenino	Quehaceres domésticos
39	69	Masculino	Quehaceres domésticos
40	53	Femenino	Quehaceres domésticos
41	46	Femenino	Quehaceres domésticos
42	45	Femenino	Quehaceres domésticos
43	60	Femenino	Quehaceres domésticos
44	46	Femenino	Quehaceres domésticos
45	75	Femenino	Quehaceres domésticos

46	65	Femenino	Comerciante
47	57	Femenino	Quehaceres domésticos
48	68	Femenino	Ninguna
49	73	Femenino	Quehaceres domésticos
50	67	Femenino	Quehaceres domésticos

### **Anexo 3: Formato de consentimiento informado**

#### **CONCENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Paola Gabriela León Vanegas

ESTUDIANTE DE MEDICINA DEL X MÓDULO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Me dirijo a usted primeramente extendiéndole un grato saludo y deseándole éxitos en su vida. Actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS”, para su ejecución he considerado oportuna a la población de pacientes Hipertensos que acuden a este Hospital; por este motivo quisiera solicitarle de la manera más comedida contar con su colaboración con la elaboración de una encuesta que ha preparado para el desarrollo del mismo.

Los objetivos de mi proyecto son:

##### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer cuáles son los principales factores que influyen en la adherencia la tratamiento de los pacientes que acuden al Hospital de Motupe.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**


- Determinar el porcentaje de adherencia terapéutica en los pacientes.
- Identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica
- Dar a conocer los resultados al personal administrativo del Hospital de Motupe

Se garantiza el completo anonimato en la encuesta , la información obtenida tendrá solamente fines científicos; su realización no implica ningún riesgo para el paciente mientras que los datos alcanzados podrán servir de referencia al personal sanitario.

Por la respuesta favorable que se digno darle a la presente, le antelo mis agradecimientos.

CI: .....

FIRMA:.....

**Anexo 4: Oficio de Aprobación del Tema de Investigación**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACION CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

---

**MEMORÁNDUM Nro. 2332- CCM-ASH-UNL**

PARA: Srta. Paola Gabriela León Vanegas  
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Margarita Sotomayor O.  
COORDINADORA (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de diciembre del 2014


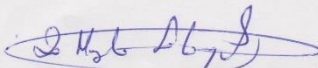
ASUNTO: Aprobar tema de tesis

---

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que, luego del análisis respectivo se aprueba su tema de tesis **"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE MOTUPE"**, por lo que puede realizar el Perfil del Proyecto.

Con mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,  
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA



Dra. Margarita Sotomayor Ojeda.  
COORDINADORA (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo  
G.Rey



**Anexo 5: Oficio de Pertinencia de Proyecto de Tesis**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

**MEMORÁNDUM NRO. 0874 CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Srta. Paola Gabriela León Venegas  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 06 de mayo de 2015

**ASUNTO:** INFORMACION DE SU PROYECTO DE TESIS

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de Tesis: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE MOTUPE", que es pertinente, de acuerdo al informe del Dr. Jorge Villavicencio Aguirre, Docente de la Carrera de Medicina, por lo que deberá continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,


**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA  
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA**

**Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Estudiante y Archivo

Sip.

**Anexo 6: Oficio de Autorización para recolección de datos en el Hospital de Motupe.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE "MOTUPE"**

---

Of. Nro: 2015130-D-HUM-UNL  
Loja, 12 de junio de 2015



Señor Doctor  
Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**  
Ciudad

De mi consideración:

En atención al Memorándum Nro 01546-CCM-ASH-UNL de 9 de junio de 2015, por el cual solicita se autorice a la Señorita Paola Gabriela León Venegas, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, obtener información misma que le servirá para el desarrollo de su trabajo de investigación **DENOMINADO "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE"**. Al respecto me permito hacerle conocer que se autoriza el pedido.

Con los sentimientos de mi especial consideración.

Muy atentamente  
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA  
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA**

Dr. Juan Cuenca Apolo,  
**RESPONSABLE DE LA GESTIÓN ACADÉMICA/ADMINISTRATIVA  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**

cc. Dra. Ruth Maldonado, DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA  
Srta. Paola Gabriela León Venegas, ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA  
Archivo.

---

Av. 8 de Diciembre y Chantaco      Email: [hospunivermotupe@unl.edu.ec](mailto:hospunivermotupe@unl.edu.ec)      Telefax: (593) 07 2541093