



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

TÍTULO

**“Factores que influyen en la adherencia terapéutica
en pacientes con hipertensión arterial atendidos en
el Centro de Salud de Malacatos”**

*Tesis previa a la obtención del
título de Médico General*

AUTORA:

Silvana Marisol Jaramillo Loján

DIRECTOR:

Méd. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Loja – Ecuador

2017

Certificación

Loja, 21 de septiembre del 2017

Méd. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo previo a la obtención del título de Médico General titulado “**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS**” de autoría de la Srta. **Silvana Marisol Jaramillo Loján**, ha sido dirigido, asesorado y revisado bajo mi dirección durante su desarrollo. Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa ante el respectivo Tribunal de Grado.

Atentamente:




.....
Méd. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.
DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Yo, **Silvana Marisol Jaramillo Loján**, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis 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 esta tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma: 

Autora: Silvana Marisol Jaramillo Loján

C.I. 1105685729

Fecha: 21 de septiembre del 2017

Carta de Autorización

Yo, **Silvana Marisol Jaramillo Loján**, autora de la tesis: **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS”**. Cumpliendo el requisito que permite obtener el título 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, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional (RDL), accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

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 21 días del mes de septiembre del 2017, firma su autora.

Firma: 

Autora: Silvana Marisol Jaramillo Loján

Cédula: 1105685729

Dirección: Malacatos, calle La Recta

Correo Electrónico: siljaramillo_jl@hotmail.com

Teléfono: 0991909553

Datos Complementarios:

Director de Tesis: Méd. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Vocal: Méd. Sandra Katherine Mejía Michay, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo lo dedico a mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, quienes han sido mi guía y ejemplo de perseverancia, porque gracias a ellos aprendí que el esfuerzo y la perseverancia son parte fundamental de la vida para alcanzar la meta deseada.

A mis hermanos, quienes me apoyaron en todas las etapas de mis estudios, así como en el desarrollo de mi vida; a todos y cada uno de mis familiares, que estuvieron siempre brindándome apoyo y fortaleza para así poder llegar a cumplir este sueño.

Silvana Marisol Jaramillo Loján

Agradecimiento

Al terminar esta meta en el camino de mi superación profesional, quiero agradecer primeramente a Dios por haberme permitido culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja por haberme abierto sus puertas, por permitirme ser parte de una carrera tan humana como es la carrera de Medicina; a cada uno de los docentes quienes compartieron sus conocimientos y experiencias.

Al Méd. Cristian Galarza Sánchez, Esp. quien fue el director de esta investigación, que gracias a su conocimiento profesional me oriento y guio en el desarrollo de este trabajo.

Al director del Centro de Salud de Malacatos, quien gentilmente me permitió que llevar a cabo este trabajo investigativo y a todos quienes de una u otra manera me han apoyado para el desarrollo y culminación de la presente investigación.

Silvana Marisol Jaramillo Loján

Índice General

Carátula.....	i
Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice General.....	vii
Índice de Tablas.....	xii
Índice de Gráficos.....	xii
1. Título	1
2. Resumen	2
Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de Literatura	7
4.1 Hipertensión Arterial	7
4.1.1 Definición.	7
4.1.2 Epidemiología.....	7
4.1.3 Etiología.	8
4.1.4 Factores de Riesgo.....	9
4.1.4.1 No Modificables.	9

4.1.4.1.1 Edad y Sexo.....	9
4.1.4.1.2 Raza o grupo étnico	9
4.1.4.1.3 Antecedente Familiares.....	9
4.1.4.2 Modificables	9
4.1.4.2.1 Peso.....	10
4.1.4.2.2 Consumo de sal.....	10
4.1.4.2.3 Inactividad Física	10
4.1.4.2.4 Tabaquismo	10
4.1.4.2.5 Alcohol	10
4.1.4.2.6 Caféina	11
4.1.4.2.7 Estrés	11
4.1.5 Clasificación de la hipertensión arterial	11
4.1.6 Otros tipos de hipertension arterial	12
4.1.6.1 Hipetension arterial sistólca aislada	12
4.1.6.2 Hipetension arterial de bata blanca.....	12
4.1.6.3 Hipertensión Refractaria o Resistente.....	12
4.1.6.4 Hipertensión Maligna	12
4.1.7 Cuadro Clínico.....	12
4.1.8 Diagnóstico de hipertensión arterial.....	13
4.1.9 Consideraciones para medir la presión arterial.....	13
4.1.10 Tratamiento.....	14

4.1.10.1 Tratamiento no Farmacológico.....	14
4.1.10.2 Tratamiento Farmacológico.....	15
4.1.10.3 Combinación de fármacos antihipertensivos.....	17
4.1.10.4 Recomendaciones para el manejo de la hipertensión arterial	18
4.2 Adherencia.....	19
4.2.1 Definición.	19
4.2.2 Prevalencia de la adherencia terapéutica en paciente con hipertensión arterial.	20
4.2.3 Componentes de la adherencia terapéutica	20
4.2.4 No adherencia terapéutica	20
4.2.4.1 Clasificación de la no adherencia terapéutica.....	20
4.2.5 Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica.	21
4.2.5.1 Factores socioeconómicos	21
4.2.5.2 Factores relacionados con el proveedor de salud.....	22
4.2.5.2 Factores relacionados con la terapia.....	22
4.2.5.2 Factores relacionados con el paciente	23
4.2.6 Grados de riesgo para la adherencia al tratamiento.....	23
4.2.7 Estrategias para promover la adherencia al tratamiento.....	24
4.2.8 Métodos para medir la adherencia al tratamiento.....	24
4.2.8.1 Métodos Directos.....	24
4.2.8.2 Métodos Indirectos.	25
4.2.8.3 Test de Morisky Green.	25

4.2.8.4 Instrumento para evaluar los factores influyentes en la adherencia	26
5 Materiales y Métodos	27
5.1 Tipo de investigación	27
5.2 Lugar de estudio	27
5.3 Universo	27
5.4 Muestra	27
5.5 Criterios de Inclusión	27
5.6 Criterios de Exclusión	27
5.7 Instrumento	27
5.8 Procedimiento para la recolección de datos	28
5.9 Plan de análisis	29
6. Resultados.....	30
7. Discusión	34
8. Conclusiones.....	36
9. Recomendaciones	37
10. Bibliografía.....	38
Anexos.....	43
Anexo N° 1: Aprobación del tema	43
Anexo N° 2: Pertinencia.....	44
Anexo N° 3: Director de Tesis	45
Anexo N° 4: Autorización para el trabajo de investigación	46

Anexo N° 5 Consentimiento Informado.....	47
Anexo N° 6: Test Morisky Green	51
Anexo N° 7: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia	52
Anexo N° 8: Cuadro N° 1: Distribución porcentual según sexo.....	54
Anexo N° 9: Cuadro N° 2: Distribución porcentual según grupo etáreo	54
Anexo N° 10: Cuadro N° 3: Distribución porcentual según escolaridad	54
Anexo N° 11: Cuadro N° 4: Distribución porcentual según ocupación.....	54
Anexo N° 12: Cuadro N° 5: Distribución porcentual según años de diagnóstico de Hipertensión Arterial	55
Anexo N° 13: Cuadro N° 6: Distribución porcentual respuestas según test de Morisky Green	55
Anexo N° 14: Cuadro N°7: Distribución porcentual por respuestas según el instrumento para evaluar los factores que influyen la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Cuarta versión	55
Anexo N° 15: Cuadro N° 8: Registro de recolección de datos del Test de Morisky- Green	58
Anexo N° 16: Certificado de Traducción del Resumen	61
Anexo N° 17: Fotográfico	62
Anexo N° 18: Fotográfico	62
Anexo N° 19: Fotográfico	63
Anexo N° 20: Fotográfico	63
Anexo N° 21: Proyecto de Tesis	64

Índice de Tablas

Tablas	Contenido	Página
1	Conocer la adherencia y no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial según género a través del Test de Morisky- Green	30
2	Conocer la adherencia y no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial según grupo etario a través del Test de Morisky- Green	31
3	Identificar los factores que interviene en la no adherencia terapéutica	32
4	Determinar el grado de riesgo a la no adherencia terapéutica	33

Índice de Figuras

Figuras	Contenido	Página
1	Conocer la adherencia y no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial según género a través del Test de Morisky- Green	30
2	Conocer la adherencia y no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial según grupo etario a través del Test de Morisky- Green.	31
3	Identificar los factores que interviene en la no adherencia terapéutica.	32
4	Determinar los grados de riesgo a la no adherencia terapéutica	33

1. Título

“Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos”

2. Resumen

La hipertensión arterial representa el mayor riesgo de mortalidad cardiovascular es por ello que la adherencia al tratamiento es vital para prevenir las posibles complicaciones, esta investigación tuvo como finalidad conocer la adherencia y no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial según género y grupo etario, a la vez identificar los factores que intervienen en la no adherencia y por último determinar los grados de riesgo de no adherencia terapéutica. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, la muestra fue de 106 pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Malacatos a quienes se les aplicó el “Test de Morisky- Green” para valorar la adherencia, para identificar los factores y el grado de riesgo se utilizó el instrumento “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Los resultados obtenidos mostraron que el género femenino en un 42,45% (n=45) es el menos adherente al tratamiento, siendo el género masculino el más adherente con un 18,87% (n=20), el grupo etario que mostró menor adherencia lo constituyó los mayores de 65 años con un 39,62% (n=42), a diferencia del grupo etario de 55-64 años que mostró mayor adherencia en un 14,15% (n=15). Dentro de los factores que no permiten la adherencia esta los factores relacionado con la terapia con un 49,06% (n=52), en los grados de riesgo los pacientes presentaron riesgo medio de desarrollar no adherencia en un 42,45% (n=45). Se concluye que dentro de estos pacientes hay un porcentaje elevado de no adherentes al tratamiento siendo el principal factor que no permite está adherencia el factor relacionado con la terapia como costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.

Palabras Clave: hipertensión arterial, adherencia terapéutica, factores de no adherencia

Summary

Hypertension represents the greatest risk of cardiovascular mortality. Therefore, that the adherence to the treatment is vital to prevent possible complications. This study had as a purpose to know the adherence and non-adherence of therapy in patients with arterial hypertension, according to gender and age group, to identify the factors that are involved in non-adherence and finally to determine the grade of risk of non-adherence. The study was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 106 hypertensive patients treated at the Malacatos Health Center who were given the "Morisky-Green Test" to assess the adherence in order to identify factors and grade of risk, the instrument "Factors influencing adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in patients with risk factors for cardiovascular disease" was used. The results showed were the female gender in 42.45% (n = 45) is the least adherent to the treatment, the male gender being the most adherent with 18.87% (n = 20), the age group that showed 39,62 % (n = 42), in contrast to the age group of 55-64 years, which showed greater adherence in 14.15% (n = 15). Among the factors that don't allow the adherence are the factors related to therapy with 49.06% (n = 52), in the risk grades the patients had a mean risk of developing nonadherence in 42.45% (n = 45). It is concluded that within these patients there is a high percentage of non adherents to the treatment being the main factor that doesn't allow adherence to the factor related to therapy such as food customs and difficult-to-change exercises.

Key Words: hypertension, therapeutic adherence, non-adherence factors.

3. Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno cardiovascular frecuente y con consecuencias adversas sobre la salud de quienes la padecen, constituye una de las principales patologías que contribuye al desarrollo de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa de muerte prematura y discapacidad, de acuerdo a investigaciones realizadas se estima que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes. (OMS, 2013) (Sabán Ruiz, 2012)

La prevalencia de la HTA se encuentra en constante ascenso y puede causar graves complicaciones, especialmente en los sujetos mal controlados (Ruíz García & Zurera Delgado, 2014).

En América Latina y el Caribe de acuerdo a los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de HTA oscila entre el 8% y el 30%. (Ocampo Rujel, 2014) A pesar de que el tratamiento regular de la HTA consigue una reducción de la aparición de complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad, alrededor de 30% de los hipertensos diagnosticados no está bien controlado. (Chávez Vega & López Vázquez, 2016)

La falta de adherencia terapéutica es la principal causa de fracaso al tratamiento antihipertensivo, constituye un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas como fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización.

En latinoamérica la mitad de los pacientes hipertensos, abandonan por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos y debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensor, aproximadamente un 75% de los pacientes con diagnóstico de HTA no logran el control óptimo de la presión arterial. (Gómez Cuéllar, Orozco Coneo, & Suárez Camargo, 2015)

La adherencia terapéutica es definida según la OMS como el grado de comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir el régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, de acuerdo a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria. (Salcedo & Gómez, 2014) Existen múltiples factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, como actos involuntarios desde un simple olvido o la confusión en la toma del medicamento, condiciones voluntarias como

dejar de tomar el tratamiento por considerarlo dañino o por sentir mejoría. (Díaz Molina & Herrera Preval, 2014)

La Organización Mundial de la Salud clasifica a los factores implicados en una inadecuada adherencia terapéutica en socioeconómicos, vinculados al sistema de salud, vinculados con la terapia y con el paciente. (Salazar, Bendersky, & Filippini, 2013)

Como factores socioeconómicos relevantes se ha descrito que existe una mayor adherencia cuando existe la disponibilidad económica para costearse la medicación, ya que no siempre los pacientes pueden costearse, cuando éstos no se encuentran disponibles en el Ministerio de Salud Pública (MSP) o en las unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), lo que quiere decir que casi la mitad de los pacientes no estarían controlando adecuadamente su enfermedad debido a la falta de recursos. (Orellana & Chacón, 2015) Así mismo está comprobado que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. (Ramos Morales, 2015)

En cuanto al factor relacionado con la terapia como complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, así como cambios en el estilo de vida que forman parte del régimen terapéutico, existen costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar, por ejemplo el iniciar una dieta hiposódica, esto demuestra que existe una brecha en el cumplimiento del tratamiento integral influyendo negativamente sobre la adherencia. (Orellana & Chacón, 2015)

Las creencias, conocimientos y actitudes de la enfermedad que forman parte de los factores relacionados con el paciente pueden influir en una buena o mala adherencia (Lago Danesi, 2015) Si el paciente no está convencido de la efectividad del tratamiento es más fácil que lo abandone y en cualquier caso los tratamientos de larga duración tienen una menor adherencia. (Martín Alfonso, Grau Ábalo, & Espinosa Brito, 2014)

Esta investigación está motivada en la importancia que genera tener una buena adherencia terapéutica, considerando que en la actualidad las enfermedades crónicas degenerativas van en aumento y que su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida cada vez, es más alarmante, por esta razón al ser la hipertensión arterial un problema degenerativo, esta investigación tendrá como propósito concientizar al paciente hipertenso a mejorar su adherencia al tratamiento así como también identificar los factores que pueden influir en la no adherencia, para de esta manera tomar acciones y decisiones para mejorar la relación médico-paciente, en la cual exista una actitud proactiva y participativa en el proceso de mantenimiento de la salud. Esta investigación se desarrolló en la línea

salud y enfermedad del adulto y adulto mayor de la Región Sur del Ecuador (RSE) o región siete.

Los objetivos de esta investigación fueron conocer la adherencia y no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial según género y grupo etario, identificar los factores que interviene en la no adherencia terapéutica, determinar los grados de riesgo de la no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Para lograr los objetivos se empleó para la adherencia terapéutica el “Test de Morisky-Green”, para identificar los factores de no adherencia y el grado de riesgo se utilizó el cuestionario “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológicos y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, desarrollado por Bonilla y De Reales en el año 2006 para este estudio se utilizó la cuarta versión del instrumento propuesta por Ortiz en el año 2010, el cual consta de 24 ítems dividido en cuatro factores: socioeconómicos, relacionados con el proveedor de salud, relacionados con la terapia, relacionados con el paciente.

Según el Test de Morisky-Green el género femenino mostró una menor adherencia en un 42,45% (n=45) a diferencia del género masculino que mostró mayor adherencia en un 18,87% (n=20), el grupo etario menos adherente fueron los mayores de 65 años en un 39,62 % (n=42) a diferencia de los pacientes de 55-64 años que presentaron una mayor adherencia en un 14,15% (n=15), el factor que intervino en a la no adherencia lo constituyó el factor de la terapia en un 49,06 % (n=52), se observó que los pacientes se encuentran en riesgo medio de desarrollar no adherencia en un 42,45% (n=45). En el Centro de Salud de Malacatos existe un porcentaje elevado de pacientes no adherentes al tratamiento y su no adherencia se debe al factor relacionado con la terapia como costumbres difíciles de cambiar en cuanto a cambios en el estilo de vida relacionados con la alimentación y falta de ejercicio.

4. Revisión de Literatura

4.1 Hipertensión arterial

4.1.1 Definición. La Hipertensión arterial (HTA) es definida según el Joint National Committee on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure en su séptimo informe (JNC7) como aumento de la presión arterial sistólica (PAS) en reposo ≥ 140 mmHg y al aumento de la presión arterial diastólica (PAS) en reposo ≥ 90 mmHg en al menos dos tomas consecutivas. (Habib, 2014). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la hipertensión arterial es considerada como una enfermedad crónica ya que constituye uno de los factores de riesgo de mayor prevalencia en producir enfermedades cardiovasculares. Su importancia prevalece cuando mayores sean las cifras de presión, tanto sistólica como diastólica, mayor será el riesgo de morbilidad y la mortalidad de los individuos que la padecen. (Chaib, 2013)

4.1.2 Epidemiología. La hipertensión arterial a nivel mundial presenta una prevalencia del 30- 45% siendo su prevalencia más alta en África 45% y más baja en las Américas 35%. Según la OMS es la causa de casi 9,4 millones de muertes, anuales, el 45% a causa de cardiopatías y el 51% por accidente cerebrovascular. Uno de cada tres adultos padece esta enfermedad, el 50% de los mayores de 50 años y el 60% de los mayores de 60 años la padece. Lo realmente preocupante de esto es que sólo el 72% de las personas hipertensas, saben que tienen la enfermedad, el 61% recibe manejo médico y únicamente el 35% tiene un adecuado control de cifras tensionales (Molina D. I., 2015) (OMS, 2013)

Según datos de National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), en Estados Unidos, el 30% de las personas mayores de 18 años presentan HTA, se estima que casi 65 millones de personas la padecen. (Longo, Fauci, Kasper, Hauser, & Jameson, 2012). Más de 39 millones de hipertensos no conocen su diagnóstico, algunos son conscientes de su enfermedad, pero no siguen el tratamiento o si son tratados no siguen un control adecuado, los índices de conocimiento, tratamiento y control de la presión arterial difieren según edad, sexo y raza/grupo étnico. (Black R. & Elliott J., 2014)

En las últimas décadas se han registrado mejoras sustanciales en el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión, si bien el número de sujetos hipertensos que

saben que padecen la enfermedad, que reciben tratamiento o que se someten a control permanece muy por debajo de los valores óptimos (Accini, Alcocer, & Duperly, 2015)

Cuadro N° 1

Epidemiología de la HTA en Latinoamérica

País	Lugar de Estudio	Prevalencia %	Conocimiento %	Tratamiento %	Control %
Argentina	Buenos Aires	32.7	64	36	18
Brasil	Rio Grande	31.5	51	41	10
Chile	Concepción	23.8	67	60	31
Ecuador	Nacional	31.5	41	23	7
	Quito	8.8	68	32	28
México	Nacional	31.5	52.7	23.2	8.1
Paraguay	Nacional	30.5	11	6	0
Perú	Lima	12.6	53	47	12
Venezuela	Barquisimeto	36.9	72	28	21

Fuente: Accini J. Alcocer L. Costa E et al. 2015 *Manual Práctico LASH de Diagnóstico y Manejo de la HTA en Latinoamérica*

4.1.3 Etiología. De acuerdo con sus factores etiológicos, la hipertensión arterial se divide en primaria o esencial 90 a 95% es decir no tiene una causa o un desencadenante claro y en secundaria con una afección específica 5 a 10%, como enfermedades renales, endócrinas, por medicamentos, entre otros. (Longo, Fauci, Kasper, Hauser, & Jameson, 2012)

Cuadro N° 2

Etiología de la HTA

Esencial	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia genética: sobre todo en pacientes con factores predisponentes, como dieta rica en sodio e hipercalórica, estrés, obesidad, sedentarismo, diabetes mellitus y dislipidemia.
Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Congénita: coartación de la aorta, riñones poliquísticos, hipoplasia renal.
	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirida

	<ul style="list-style-type: none"> - Origen Endocrino: feocromocitoma, acromegalia, hipertiroidismo, síndrome de Cushing e Hiperaldosteronismo primario - Causa Renal: glomerulonefritis, pielonefritis, tumor de Wilms, estenosis de la arteria renal, fibrodisplasia o aterosclerosis - Embarazo: preeclampsia y eclampsia. - Enfermedades inflamatorias: arteritis de Takayasu, secundarias a fármacos, como los corticosteroides y los anabólicos.
--	--

Fuente: Benavides, M. A. (2012). Hipertensión Arterial Sistémica. *Fundamentos para el ejercicio de la Medicina*. Mexico: Manual Moderno.

4.1.4 Factores de Riesgo.

4.1.4.1 No Modificables. Son aquellos cuya aparición no dependen del individuo entre ellos se encuentran:

4.1.4.1.1 Edad y Sexo. Con la edad la prevalencia aumenta de forma significativa, las presiones sistólica y diastólica media son mayores en varones jóvenes que en mujeres, mientras que se invierte la situación por encima de los 50 años en las mujeres en relación con la aparición de la menopausia (Black R. & Elliott J., 2014)

4.1.4.1.2 Raza o grupo étnico. La presión arterial alta puede afectar a cualquier persona. Sin embargo, se presenta con más frecuencia en adultos afroamericanos (personas de raza negra) que en adultos caucásicos (personas de raza blanca) o en adultos hispanos.

4.1.4.1.3 Antecedentes familiares. Tener antecedentes familiares de presión arterial alta aumenta el riesgo de pre hipertensión o presión arterial alta. Existe una predisposición importante hacia el desarrollo de hipertensión arterial en un individuo cuyos familiares en primer grado de consanguinidad (madre, padre, hermanos) son hipertensos. (Black R. & Elliott J., 2014)

4.1.4.2 Modificables. Son aquellos cuya aparición están estrechamente ligadas a hábitos del individuo.

4.1.4.2.1 Peso. La prevalencia de hipertensión aumente en personas obesas, con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m². En el caso de las enfermedades cardiovasculares, si la grasa se acumula en el abdomen afectará más riesgo cardiovascular. (Molina D. I., 2015)

La una pérdida de peso de 9,5 kg (sin restricción sódica) puede determinar una reducción de presión de unos 20 mm Hg en pacientes con hipertensión ligera (Corrales, Quintero, & Boffill, 2012)

4.1.4.2.2 Consumo de Sal. Múltiples estudios han reportado que la alta ingesta de sodio está asociada con aumento de la presión arterial y que dietas bajas en sal no solo la disminuye sino que previenen su elevación en personas normotensas. La OMS recomienda reducir el consumo de sodio en los adultos a menos de 2 g/día. (Molina D. I., 2015) (OMS, 2015)

4.1.4.2.3 Inactividad física. Existe una importante asociación entre inactividad física y el aumento del riesgo de desarrollar hipertensión arterial. El ejercicio regular disminuye la presión sanguínea, aumenta el colesterol HDL y ayuda a prevenir el sobrepeso y la diabetes. Por otro lado, colabora a disminuir el estrés, considerado como otro factor que favorece la aparición de complicaciones. (Black R. & Elliott J., 2014)

4.1.4.2.4 Tabaquismo. El tabaquismo está ligado a la presión arterial por ser un factor de riesgo cardiovascular siendo el principal efecto de la nicotina la vasoconstricción. (Black R. & Elliott J., 2014)

4.1.4.2.5 Alcohol. Se conoce que existe una asociación importante entre el aumento de las cifras de presión arterial y el consumo de alcohol, especialmente si este es mayor de 2 tragos al día de cualquier tipo de bebida alcohólica. (Molina D. I., 2015)

4.1.4.2.6 *Cafeína*. Existe una relación entre el consumo de café y el incremento agudo de las cifras de presión arterial, debido a efectos de esta sustancia sobre el sistema nervioso (Molina D. I., 2015)

4.1.4.2.7 *Estrés*. El estrés emocional puede producir elevaciones significativas de la PA que a veces duran más que el propio estímulo. (Black R. & Elliott J., 2014)

4.1.5 Clasificación de la hipertensión arterial.

Cuadro N° 3

Clasificación de la hipertensión arterial según JNC7

Categoría	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Presión Arterial Diastólica (mm/Hg)
Normal	< 120	<80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión Estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión Estadio 2	>160	> 100

Fuente: Habib, G. (2014). *Cardiología Secretos*. En G. Levine, *Cardiología Secretos* (pág. 297). España: Elsevier.

Cuadro N° 4

Clasificación de la hipertensión arterial según la Guía Europea ESH/ ESC de 2013

Categoría	Presión Arterial Sistólica (mmHg)	Presión Arterial Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	90- 99
Hipertensión Grado 2	160- 179	100-109
Hipertensión Grado 3	> 180	> 110
Hipertensión Sistólica Aislada	>140	< 90

Fuente: Mancia, G., Fagard, R., Redon, J., & Zanchetti, A. (2013). *Hipertensión y Riesgo Vascular Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión*. España: Elsevier.

4.1.6 Otros tipos de Hipertensión.

4.1.6.1 Hipertensión Sistólica Aislada (HSA). Es más frecuente en personas de más de 65 años de edad y se considera así cuando la PA sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la PA diastólica es de 90 mmHg o menos (Molina D. I., 2015)

4.1.6.2 Hipertensión de la Bata Blanca. El fenómeno de bata blanca se produce cuando en la consulta médica las cifras de presión arterial del paciente son más altas que los valores tomados en casa o de forma ambulatoria. Cabe destacar que es de tipo coyuntural, temporal y que no indica más que un estado de nerviosismo del paciente. (Sánchez R. , 2015)

4.1.6.3 Hipertensión Refractaria o Resistente. Es aquella cuando un plan terapéutico que ha incluido medidas de estilos de vida y la prescripción de al menos tres fármacos (incluidos diuréticos) a dosis suficientes no ha logrado reducir la presión arterial sistólica y diastólica hasta las cifras recomendadas menos de 160/100 mmHg aunque otros autores aceptan 140/90 mm Hg. (Armario & Oliveras, 2014)

4.1.6.4 Hipertensión Maligna. Es la forma más grave de hipertensión arterial habitualmente con presión diastólica mayor o igual a 120 mm Hg, está relacionada con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. (Alfonzo Guerra, 2011)

4.1.7 Cuadro Clínico. La hipertensión arterial por lo regular cursa de manera asintomática en la mayoría de los pacientes, motivo por el cual se le conoce como el “asesino silencioso” el paciente permanece sin síntomas la mayor parte de su enfermedad y su diagnóstico es casual de tal manera que la única manera de saber si la presión arterial está elevada es midiéndola. Dentro de la sintomatología atribuible a hipertensión arterial, el síntoma más constante es la cefalea fronto-occipital también existen otros síntomas como mareo, tinnitus y escotomas centelleantes. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. (Braun Menéndez, 2013)

4.1.8 Diagnóstico de la hipertensión arterial. En la exploración física dirigida al paciente hipertenso es necesario incluir datos somatométricos, como: peso, talla, perímetro abdominal e índice de masa corporal (IMC). Se mide la presión arterial de manera correcta en base a los ruidos de Korotkoff: el primer ruido representa la presión sistólica y el quinto ruido la presión diastólica. (Benavides, 2012)

Para hacer un adecuado diagnóstico, es necesario, una correcta medición de la presión arterial para esto se requiere como mínimo tres mediciones de la presión en diferentes días de la semana. (Pabón, 2014) Se han establecido parámetros sobre los valores umbrales de diagnóstico de HTA en consulta, la automedición en domicilio de la presión arterial (AMPA) y la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA). (Mancia, Fagard, Redon, & Zanchetti, 2013)

Cuadro N° 5

Valores umbral de hipertensión en los distintos tipos de medición de la presión arterial

Categoría	PAS	PAD
PA en consulta	≥140	≥90
PA ambulatoria		
Diurna (o en vigilia)	≥135	≥85
Nocturna (o durmiendo)	≥120	≥70
PA en 24-h	≥130	≥80
PA en domicilio	≥135	≥85

Fuente: Mancia, G., Fagard, R., Redon, J., & Zanchetti, A. (2013). *Hipertensión y Riesgo Vascular Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión*. España: Elseiver.

4.1.9 Consideraciones para medir de la presión arterial.

- El paciente debe estar adecuadamente sentado.
- Los brazos descubiertos, apoyados y a nivel del corazón.
- El paciente no debe haber fumado ni tomado café, 30 minutos antes de la medición.
- Debe permanecer en reposo al menos cinco minutos antes de la medición.

- Se debe evitar ejercicio físico previo.
- Evitar actividad muscular isométrica: sedestación, espalda y brazo apoyados, piernas no cruzadas.
- Evitar medir en casos de disconfort, vejiga llena, etc.
- Minimizar la actividad mental, no hablar, no preguntar.
- Debe usarse un manguito apropiado (que cubra 80% del brazo).
- Dos medidas como mínimo, promediadas; realizar tomas adicionales si hay cambios >5 mm Hg (hasta 4 tomas que deben promediarse juntas).
- Para diagnóstico: tres series de medidas en semanas diferentes. (Hernández Ayazo, Bello Espinosa, Coronado Daza, & et al, 2014) (De la Sierra, 2012)

4.1.10 Tratamiento. El objetivo del tratamiento antihipertensivo es doble, por un lado la reducción de la mortalidad y la morbilidad cardiovascular asociadas al aumento de la presión y, por otro, evitar la progresión y conseguir la regresión del daño orgánico subclínico, este puede ser tanto no farmacológico como farmacológico (De la Sierra, 2012)

4.1.10.1 Tratamiento no farmacológico. Consiste en modificaciones del estilo de vida, con estrategias como limitar el consumo de sal y alcohol, conseguir el peso adecuado, realizar ejercicios aeróbicos, incentivar el consumo de frutas, verduras y productos lácteos descremados. (Accini, Alcocer, & Duperly, 2015)

Los estudios epidemiológicos indican que la actividad física reduce discretamente la presión arterial, un decremento en las cifras sistólicas de tan sólo 3 mmHg reduce los eventos vasculares cerebrales entre 8 y 14%, la morbilidad cardiaca entre 5 y 9%, y la mortalidad por todas las causas 4%. (Calvo Vargas, 2010)

Cuadro N° 6***Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial***

Cambio	Recomendación	Reducción estimada de la PAS
Reducción del peso	Mantener el peso ideal IMC 20-25 kg/m ²	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10 kg de peso
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 100 mmol/día (6 g de sal)	2-8 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 210 g semanales 30 g/día en hombres y 140 g semanales 20 g/día en mujeres	2-4 mmHg
Adopción de la dieta DASH	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácticos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada	8-14 mmHg
Ejercicio físico	Práctica habitual al menos 5 días a la semana de ejercicio aeróbico, caminar deprisa durante al menos 30-45 minutos	4-9 mmHg

Fuente: Sosa, J. (2011). *Tratamiento no farmacológico de la Hipertensión Arterial*.

4.1.10.2 Tratamiento Farmacológico. El tratamiento farmacológico ha demostrado un gran efecto para mejorar la cantidad y calidad de vida, además disminuir los índices de morbimortalidad. La toma de decisión para iniciar un tratamiento antihipertensivo está basada en el grado de elevación de la PA y en el riesgo cardiovascular total. (De la Sierra, 2012)

Cuadro N° 7***Lista de medicamentos antihipertensivos***

FAMILIA	CARACTERÍSTICAS
Diuréticos Tiazidico	Favorecen la excreción urinaria de sodio y cloruro, su acción antihipertensiva primaria ocurre por efecto de vasodilatación directa.
Betabloqueadores	Inhiben la respuesta al estímulo adrenérgico, mediante la ocupación de receptores beta-adrenérgicos localizados en el miocardio y a nivel vascular. Clasificación:

	<ul style="list-style-type: none"> • No selectivos (Propranolol, Timolol, Nadolol y otros) • Selectivos (Metoprolol, Atenolol, Esmolol y otros).
Alfa y betabloqueadores	Producen un efecto antagonista selectivo sobre los receptores alfa 1-adrenorreceptores y no selectivo sobre betaadrenorreceptores. Los medicamentos incluidos son Labetalol, Carvedilol y Prizidiol.
Calcioantagonistas	<p>El calcio puede penetrar a la célula por diferentes canales, se han descrito cuatro tipos de canales selectivos para el calcio: L, T, N y P. Los bloqueadores de canal de calcio actúan en los canales tipo L que se localizan en el miocardio, nodo auriculoventricular y células del músculo liso vascular. Producen vasodilatación arteriolar y una reducción en la resistencia vascular periférica.</p> <p>Clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No dihidropiridinas, son las difenilalquilaminas como el Verapamil; y las benzodiazepinas como el Diltiazem. producen un efecto inotrópico y cronotrópico negativo. • Las dihidropiridinas como Nifedipina, que producen efecto inotrópico negativo, pero de menor magnitud que los fármacos del grupo anterior. Las dihidropiridinas de segunda generación como Amlodipino, Felodipino y Nocardipino que poseen mayor selectividad vascular, producen menor efecto inotrópico negativo que el Nifedipina.
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA	<p>Bloquean esta enzima con lo que la producción de angiotensina II se reduce, y así disminuye su efecto vasopresor. También inhiben la degradación de la bradicinina.</p> <p>Clasificación:</p> <p>I. Grupo Sulfhidrido: Captopril</p> <p>II. Grupo Carboxilo: Enalapril, Lisinopril, Quinapril, Ramipril</p> <p>III. Grupo Fosforil: Fosinopril</p>
Antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II)	Poseen efecto, utilidad y tolerancia similares a los del grupo anterior, pero a diferencia de éstos, su acción involucra la inhibición competitiva del receptor AT1 de la angiotensina II. Los medicamentos incluidos en el grupo son Losartán, Valsartán, Candesartán, Irbesartán y Telmisartán.

Fuente: Chéry, P. M. (2013). *Manual de Farmacología básica y clínica*. Mexico: Mc Graw-Hill.

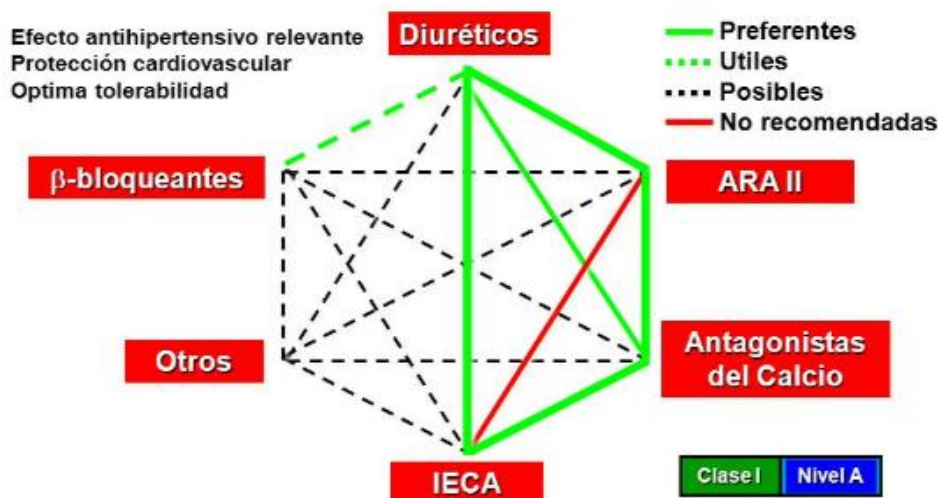
Cuadro N° 8:***Dosificación Basada en la Evidencia de Fármacos antihipertensivos***

Medicación Antihipertensiva	Dosis Inicial Mg	Dosis Máxima Mg	Frecuencia
IECA			
Captopril	50	150-200	2
Enalapril	5	20	1-2
Lisinopril	10	40	1
ARA-II			
Candesartán	4	12-32	1
Losartán	50	100	1-2
Valsartán	40-80	160-30	1
Irbesartán	75	300	1
B-Bloqueadores			
Atenolol	25-50	100	1
Metoprolol	50	100-200	1-2
Calcio antagonistas			
Amlodipino	2.5	10	1
Diltiazem	120-180	360	1
Nitrendipino	10	20	1-2
Diureticos-Tiazico			
Bendroflumethizaide	5	10	1
Clortalidona	12.5	12.5-25	1
Indapamide	12.5-25	25-100	1-2
	1.25	1.25-2.5	1

Fuente: James, P. (2014). *JNC 8 – 2014. Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos.*

4.10.2.3 Combinación de fármacos antihipertensivos. La guía de la Sociedad Europea de Hipertensión Sociedad-Europea de Cardiología recoge en un gráfico las distintas posibilidades de combinación de fármacos antihipertensivos para pacientes hipertensos que requieren tratamiento antihipertensivo combinado (Figura 1): diurético tiazídico e inhibidor de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), diurético tiazídico y antagonista de los receptores de la angiotensina (ARA), antagonista del calcio e IECA, antagonista del calcio y ARA, antagonista del calcio y diurético tiazídico, y betabloqueante y antagonista del calcio dihidropiridínico. (Mancia, Fagard, Redon, & Zanchetti, 2013)

Figura N° 1

Posibles combinaciones de fármacos antihipertensivos

Fuente: Mancia G. et al 2013 *ESH/ESC Guidelines. J Hypertens 2013*

4.1.10.4 Recomendaciones para el Manejo de la Hipertensión. La Joint National Committee en su octavo informe (JNC 8) es una de las guías más utilizadas para el tratamiento de la hipertensión arterial por los médicos, aquí las recomendaciones que en ella se plantea:

- **Recomendación 1:** En la población de edad ≥ 60 años, iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial (PA) si presión arterial sistólica (PAS) ≥ 150 mm Hg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg y tratar hasta conseguir un valor de PAS < 150 mmHg y PAD < 90 mmHg. (Recomendación fuerte - Grado A)
- **Recomendación 2:** En la población de < 60 años, iniciar un tratamiento farmacológico antihipertensivo si PAD ≥ 90 mmHg y tratar hasta conseguir un valor de < 90 mmHg.
- **Recomendación 3:** En la población en general < 60 años, iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial si la PAS es ≥ 140 mmHg y tratar a una meta PAS < 140 mmHg. (Grado E)
- **Recomendación 4:** En la población de edad ≥ 18 años con la enfermedad renal crónica (ERC), iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la PA cuando la PAS sea ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mm Hg y tratar a la meta de PAS < 140 mm Hg y PAD < 90 mmHg. (Opinión de expertos- Grado E)
- **Recomendación 5:** En la población de edad ≥ 18 años con diabetes, iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la PA cuando la PAS ≥ 140 mmHg o PAD \geq

90mmHg y tratar a una meta PAS <140 mmHg y la meta PAD <90 mm Hg. (Opinión de expertos - Grado E)

- **Recomendación 6:** En la población no negra en general, incluidas las personas con diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tiazidico, bloqueante de los canales de calcio (CCB), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueador del receptor de angiotensina (ARB).
- **Recomendación 7:** En la población de raza negra en general, incluidas las personas con diabetes, el tratamiento Antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tiazida o CCB.
- **Recomendación 8:** En la población de edad ≥ 18 años con ERC, inicial el tratamiento antihipertensivo debe incluir un IECA o ARB para mejorar los resultados en los riñones. Esto se aplica a todos los pacientes con ERC con hipertensión, independientemente de la raza o el estado de la diabetes
- **Recomendación 9:** Si la meta de PA no se alcanza dentro de un mes de tratamiento, aumentar la dosis del fármaco inicial o añadir un segundo fármaco de una de las clases en la recomendación 6 (diurético tipo tiazida, CCB, IECA o ARA II). Si la PA objetivo no se puede alcanzar con dos fármacos, añadir y se valora un tercer fármaco de la lista proporcionada. No utilice un IECA y un ARA II en el mismo paciente. (James, 2014)

4.2 Adherencia

4.2.1 Definición. La adherencia es definida según la OMS como el grado en la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de asistencia sanitaria. (Lago Danesi, 2015)

Es frecuente que se usen indistintamente los términos adherencia y cumplimiento, pero el cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, mientras que la adherencia requiere la aceptación del paciente y lo considera como sujeto activo en la toma de decisiones sobre su salud. (Carandell Jager & Miralles, 2012)

Según Sabate, la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de factores, como los socioeconómicos, relacionados con los sistemas de salud, relacionados con la terapia y relacionados con el paciente. (Herrera Guerra, 2012)

4.2.2 Prevalencia de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. La falta de adherencia es la principal causa del fracaso al tratamiento, de acuerdo a investigaciones mundiales realizadas sobre la adherencia en la hipertensión arterial, se plantea que las cifras de no cumplidores alcanzan cerca del 40 % para el tratamiento farmacológico y entre el 60 y 90 % en las medidas higiénicas y dietéticas. A pesar de existir un tratamiento eficaz, en Latinoamérica la mitad abandona por completo la atención a partir del primer año de diagnóstico y de los que permanecen bajo supervisión médica solo el 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensor, aproximadamente el 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial no logra el control óptimo de la presión arterial. (Martín, Bayarre, & Corugedo, 2015) (Brito , Navarrete, & González, 2014)

4.2.3 Componentes de la adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica incluye tres componentes específicos:

- La aceptación de la recomendación (el paciente acuerda)
- Observancia de la prescripción (el paciente usa la medicación como le fue sugerida)
- La persistencia que se refiere el grado en el cual el paciente sigue la prescripción a través del tiempo. (Lago Danesi, 2015)

4.2.4 No adherencia Terapéutica. Falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. El incumplimiento o la deficiente adherencia a las prescripciones de salud se asocian a una serie de consecuencias negativas, las cuales se pueden agrupar en tres grandes apartados:

- Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad
- Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento
- crecimiento del coste sanitario. (Quiroz, 2012)

4.2.4.1 Clasificación de la No Adherencia Terapéutica. De acuerdo a las diversas formas en que se incumplen los tratamientos independientemente del tipo pero en especial

el farmacológico, se han hecho diversas clasificaciones de la —No—Adherencia. (Quiroz, 2012) De acuerdo al periodo de seguimiento del paciente:

- **Incumplimiento parcial:** El paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- **Incumplimiento esporádico:** incumple de forma ocasional el tratamiento.
- **Incumplimiento secuencial:** Abandona el tratamiento por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- **Incumplimiento completo:** Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida
- **Cumplimiento de bata blanca:** Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica.

De acuerdo a la toma y manejo adecuado de medicamentos:

- **Primaria:** Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia.
- **Secundaria:** Ocurre cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico (Quiroz, 2012)

4.2.5 Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica.

4.2.5.1 Factores socioeconómicos. Si bien no se ha detectado 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. Los principales problemas económicos y sociales que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son: 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, y la disfunción familiar son los que actúan de manera conjunta negativamente sobre la adherencia terapéutica. Por el contrario, se ha informado que las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica. (Ramos Morales, 2015) En varios estudios se han investigado la asociación entre los

factores socioeconómicos de los pacientes hipertensos y su adhesión a los regímenes de tratamiento. (Akter Khanam , Lindeboom , & Pérez Koehlmoos, 2014)

Según la OMS las dificultades en la adherencia a los tratamientos de larga duración se presentan tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Señala que la interrupción o abandono de la terapia encarece los costos de la salud pública al menos en el 20 %. (Martín Alfonso, Grau Ábalo, & Espinosa Brito, 2014)

4.2.5.2 Factores relacionados con el proveedor de salud. Una buena relación del proveedor de servicio de salud puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo como son: servicios de salud poco desarrollados, 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, 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. (Martín Alfonso, Grau Ábalo, & Espinosa Brito, 2014)

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia, la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable. (Gonzales, Gonzalez, Frorian, & Mejia, 2013)

4.2.5.3 Factores relacionados con la terapia. Son muchos los factores relacionados con la terapia que influyen sobre la adherencia al tratamiento dentro de ellos 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, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. (Ramos Morales, 2015)

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. En general, cuanto más complejo sea el régimen de tratamiento, menos probable será que el paciente lo siga. Los indicadores sobre la complejidad del tratamiento incluyen la frecuencia del comportamiento de autocuidado. (González, González, Frorlan, & Mejía, 2013)

4.2.5.4 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 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 todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. (González, González, Frorlan, & Mejía, 2013)

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 y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico o entender mal las instrucciones de tratamiento. (Ramos Morales, 2015)

4.2.6 Grados de riesgo para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se considera así a la condición en la cual los sujetos con hipertensión arterial presentan una serie de factores desfavorables que influyen en su capacidad para adherirse a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y que permite ubicarlos en alto, medio o bajo riesgo. (Flores, 2014)

4.2.7 Estrategias para promover la adherencia terapéutica. Existen diversas estrategias en el abordaje de los pacientes no adherentes como:

- **Técnicas:** normalmente dirigidas a simplificar el régimen de prescripción reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando, por ejemplo, fármacos en combinación a dosis fijas. (Carandell Jager & Miralles, 2012)
- **Educativas:** Aumentan los conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento y sus consecuencias. Contribuyen a que el paciente tome las decisiones más adecuadas para su salud contando con la información necesaria. Carandell Jager & Miralles, 2012)
- **De apoyo social y familiar:** Tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social ya sea a través de programas de ayuda domiciliaria, ayudas para el pago de la medicación, prescripción de medicamentos con mejor relación coste-beneficio y la implicación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación. (Dilla , Valladares, & Lizán , 2011)
- **Dirigidas al profesional sanitario:** estas técnicas tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educacionales sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales normalmente basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. (Dilla , Valladares, & Lizán , 2011)

4.2.8 Métodos para medir la adherencia al tratamiento. Existen varios métodos para medir la adherencia, que se clasifican en directos e indirectos.

4.2.8.1 Métodos directos. Consisten en medir la cantidad de fármaco que hay en muestras biológicas, pero son caros y poco aplicables en atención primaria. Estos métodos constituyen la forma ideal para controlar la adherencia de un paciente a su medicación, sin embargo, presentan algunos inconvenientes tales como ser incómodos e invasivos para el paciente ya que se requiere de la extracción del sangre del pacientes, además pueden aparecer falsos resultados debido a que se refieren a la última dosis tomada y no al régimen terapéutico, la concentración encontrada en un fluido biológico puede variar por factores diferentes al cumplimiento, como la acción de la dieta, presencia de otros medicamentos, hábitos o diferencias genéticas. Son mediciones objetivas, específicas, fiables en ensayos

clínicos, pero presentan la desventaja de ser costosas para el paciente, siendo limitada su aplicación en la atención primaria. (Valencia, 2014)

4.2.8.2 Métodos Indirectos. Son los más utilizados, aunque tienen la desventaja de que son poco objetivos, ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, estos métodos indagan sobre conocimientos, actitudes, motivaciones, conductas de los pacientes, y son válidos para aplicarlos ante la ingesta de cualquier tipo fármaco, por lo que son muy útiles en atención primaria. (Carandell Jager & Miralles, 2012)

Cuadro N° 9

Métodos para medir Adherencia Terapéutica

Métodos Directos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de concentraciones de medicamentos en sangre • Medición de la eliminación en la orina de los medicamentos o sus metabolitos • Marcadores asociados al fármaco • Mediciones de concentraciones en fluidos biológicos
Métodos Indirectos	Basados en el recuento de comprimidos: <ul style="list-style-type: none"> • Recuento de comprimidos (Pill Count)
	Basados en la entrevista clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Test de Morisky-Green-Levine • Test de Batalla • Test de Haynes-Sackett • Test de la comprobación fingida

Fuente: Valencia, F. (2014). *Evaluación diagnóstica de dos instrumentos que miden adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensivos*. Chile.

4.2.8.3 Test de Morisky-Green. Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Sin embargo desde que el test fue introducido se lo ha utilizado para la valoración del cumplimiento terapéutico de diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Muestra una alta fiabilidad 0.61%, y una especificidad 94%. (Ben, 2012)

Se considera como cumplidor al paciente si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea “no”, y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas de la misma forma: No/No/No/No. (Limaylla & Ramos, 2016)

Tabla N° 1

Test de Morisky- Green

-
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?
-

Fuente: Información Farmacoterapéutica de la Comarca [Infac]. (2011). Adherencia al Tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas. *Infac*, 1-6.

4.2.8.4 Instrumento para evaluar factores influyentes en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Este instrumento fue diseñado inicialmente en la ciudad de Bogotá en el año 2006 por Bonilla y De Reales en donde se evaluaban cinco dimensiones mediante 72 ítems. En el año 2007 se realizó un nuevo estudio el cual utilizó un instrumento con 62 ítems; luego de estos trabajos, se hizo un nuevo análisis en el año 2008 que dejó el instrumento con 53 ítems agrupados en cuatro dimensiones. Posteriormente, Ortiz publicó un análisis en el año 2010 en el que se redujo el instrumento a 24 ítems agrupados en las mismas cuatro dimensiones factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente, este instrumento obtiene un coeficiente de confiabilidad de 0,60.

Los ítems se responden mediante una escala Likert de 3 puntos nunca, a veces, siempre 0, 1 y 2, excepto la pregunta 4 de los factores socioeconómicos y todas preguntas de los factores relacionados con la terapia. De ello se puede determinar la adherencia en: ventaja para adherencia (38-48 puntos), en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia (37-29 puntos) y en no puede responder con comportamientos de adherencia (<29 puntos). (Zambrano , Duitama, & Posada, 2012)

5. Materiales y Métodos

5.1 Tipo de Investigación

Descriptivo- Transversal

5.2 Lugar de Estudio

El presente estudio se lo realizó en el Centro de Salud de Malacatos ubicado a 33 km al sur de la Ciudad de Loja.

5.3 Universo

Estuvo conformado por todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos durante el periodo enero - mayo del 2016.

5.4 Muestra

La constituyeron 106 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron al Centro de Salud de Malacatos durante el periodo de enero - mayo del 2016.

5.5 Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos, mayores de 35 años de edad de ambos géneros.
- Pacientes en tratamiento farmacológico y no farmacológico de HTA.
- Pacientes que tengan comorbilidades asociadas.

5.6 Criterios de Exclusión

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Pacientes que no hayan sido atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

5.7 Instrumento

En el presente trabajo investigativo se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Se utilizó el Test de Morisky Green (ANEXO N°6) encaminado a identificar si los pacientes son adherentes o no al tratamiento farmacológico, el cual consta de 4 preguntas se considera a un paciente adherente cuando la respuesta de todas las preguntas es adecuada un total 4 puntos (No, Si, No, No) y no adherente cuando una o más repuestas no es adecuada (Si, No, Si, Si).

- Para determinar los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento se aplicó el cuestionario construido en el año 2006, por Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez De Reales. El instrumento, en su cuarta versión, consta de 24 ítems modificado en el año 2010 por Ortiz (ANEXO N°7) Cuenta con criterios de validez y confiabilidad (alfa Cronbach 0.61). Se basa en una escala sumativa de tipo Lickert que consta de tres puntos: 0 Nunca, 1 A veces y 2 Siempre.

Para este instrumento se determinaron los siguientes rangos:

- En ventaja para adherencia (80-100%) 38– 48 puntos
- En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia (60-79%) 29-37
- No puede responder con comportamientos de adherencia (< 60%) < 29 puntos.

Para esta investigación se valoró de acuerdo a la clasificación de grados de riesgo:

- Riesgo bajo o sin riesgo entre 38-48 puntos
- Riesgo medio el de 29-37 puntos
- Riesgo alto < 29 puntos

Dentro del instrumento existen 7 ítems que se comportan como negativos (4, 15, 16, 17, 18, 19, 20) que se interpretan de la siguiente manera: nunca= 2, a veces=1, siempre=0

5.8 Procedimiento para la recolección de datos

Antes de aplicar la respectiva encuesta esta investigación paso por una serie de minuciosas revisiones es así que primero se aprobó el tema (ANEXO N°1), luego se pidió la respectiva pertinencia para la aprobación del proyecto de tesis y los cambios respectivos (ANEXO N° 2), de manera continua se procedió a solicitar el director de tesis (ANEXO N°3), y por último la respectiva autorización para el desarrollo de la investigación en el Centro de Salud (ANEXO N°4).

Una vez otorgado el permiso por parte del director del Centro de Salud de Malacatos se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes para determinar datos como el número de pacientes atendidos, así como el lugar de domicilio de los pacientes para proceder a la aplicación de la encuesta, para incluir a los pacientes en esta investigación se procedió a hacer conocer los objetivos de este estudio a los participantes por medio del consentimiento informado. (ANEXO N°5)

5.9 Plan de Análisis

Los datos de la presente investigación se derivan del análisis estadístico de los pacientes que participaron en este estudio, para ello se utilizó los programas Microsoft Word, Excel y el programa estadístico SPSS versión 23, mismos en los que se realizó los gráficos y tablas presentadas en esta investigación.

6 Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo: Conocer la adherencia y no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial según género y grupo etario a través del Test de Morisky-Green.

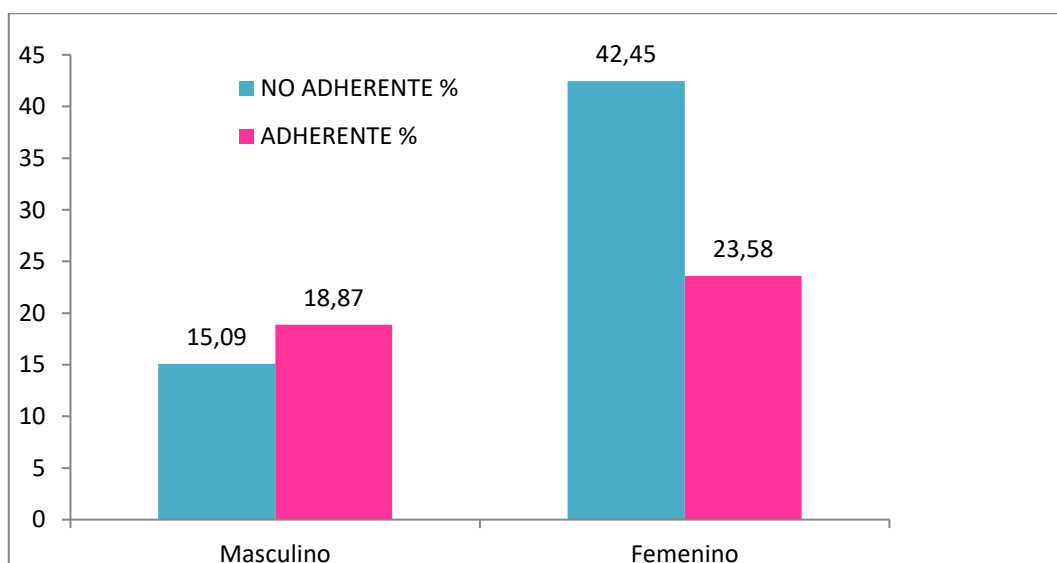
Tabla N° 1

Adherencia y no adherencia terapéutica según género de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

GÉNERO	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Masculino	16	15,09	20	18,87	36	33,96
Femenino	45	42,45	25	23,58	70	66,04
Total	61	57,55	45	42,45	106	100,00

Fuente: Test de Morisky-Green

Elaborado: Silvana Marisol Jaramillo Loján



Fuente: Test de Morisky-Green-Levine

Elaborado: Silvana Marisol Jaramillo Loján

FIGURA N°1: Adherencia y no adherencia terapéutica según género de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

Interpretación de resultados: El género femenino es el menos adherente al tratamiento antihipertensivo en un 42,45% (n=45) a diferencia del género masculino presenta una mayor adherencia en un 18.87% (n=20)

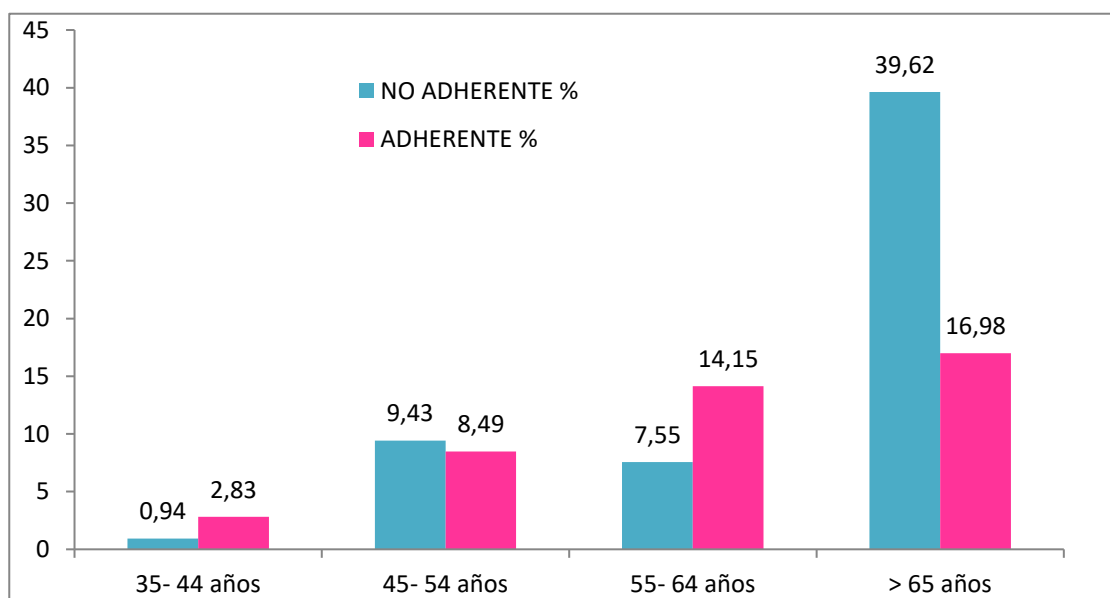
Tabla N° 2

Adherencia y no adherencia terapéutica según grupo etario de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

GRUPO ETARIO	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
35- 44 años	1	0,94	3	2,83	4	3,77
45- 54 años	10	9,43	9	8,49	19	17,92
55- 64 años	8	7,55	15	14,15	23	21,70
>65 años	42	39,62	18	16,98	60	56,60
Total	61	57,55	45	42,45	106	100,00

Fuente: Test de Morisky-Green

Elaborado: Silvana Marisol Jaramillo Loján



Fuente: Test de Morisky- Green

Elaborado: Silvana Marisol Jaramillo Loján

Figura N° 2: Adherencia y no adherencia terapéutica según grupo etario de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

Interpretación de Resultados: El grupo etario de los mayores de 65 años de edad es el menos no adherente al tratamiento con un 39,62 % (n=42), a diferencia del grupo etario de 55 a 64 años que presento una adherencia al tratamiento en un 14,15% (n=15).

6.2 Resultados para el segundo objetivo: Identificar los factores que intervienen en la no adherencia terapéutica.

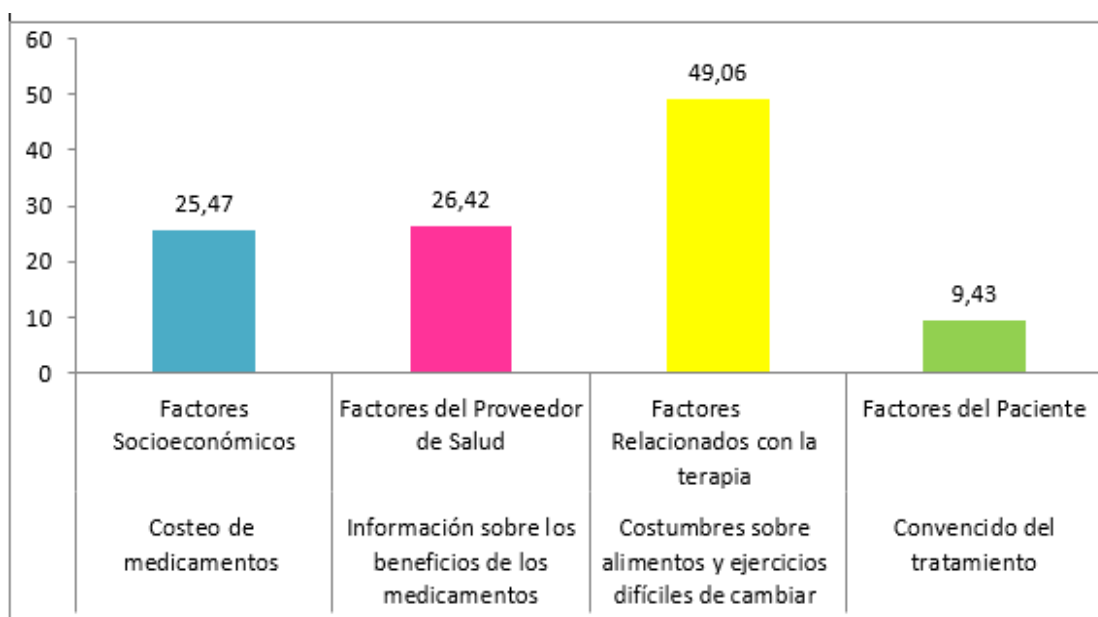
Tabla N° 3

Factores que intervienen en la no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

FACTORES	F	%
FACTORES SOCIOECONÓMICOS		
Costeo de Medicamentos	27	25,47
FACTORES DEL PROVEEDOR DE SALUD		
Información sobre los beneficios de los medicamentos	28	26,42
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA		
Costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar	52	49,06
FACTORES DEL PACIENTE		
Convencido del tratamiento	10	9,43

Fuente: Cuestionario de factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Elaborado: Silvana Marisol Jaramillo Loján



Fuente: Cuestionario de factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Elaborado: Silvana Marisol Jaramillo Loján

Figura N° 3: Factores que intervienen en la no adherencia terapéutica

Interpretación de Resultados: Los factores que influyeron más en la no adherencia terapéutica lo constituyeron los factores relacionado con la terapia en un 49.06% (n=52) en la cual los pacientes manifestaron que existen costumbres sobre alimentos y ejercicios que les son difíciles de cambiar en su vida, seguido de los factores relacionado con el proveedor de salud en un 26.42% (n= 28) en el cual los pacientes manifestaron no recibir información sobre los beneficios de los medicamentos.

6.3 Resultados para el tercer objetivo: Determinar los grados de riesgo a la no adherencia terapéutica.

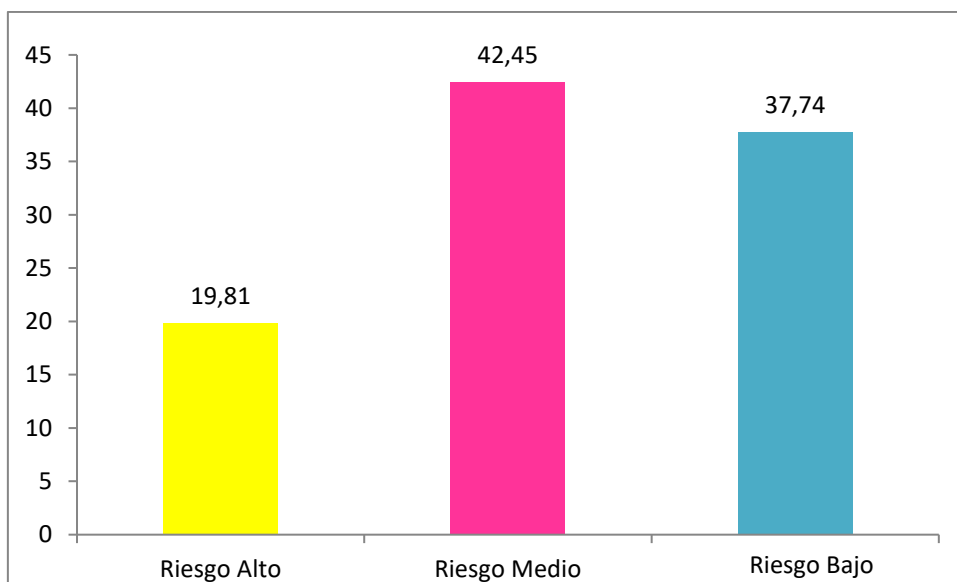
Tabla N° 4

Grados de riesgo a la no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

Grados de Riesgo	F	%
Riesgo Alto	21	19,81
Riesgo Medio	45	42,45
Riesgo Bajo	40	37,74
Total	106	100,00

Fuente: Cuestionario de factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Elaborado: Silvana Marisol Jaramillo Loján



Fuente: Cuestionario de Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Elaborado: Silvana Marisol Jaramillo Loján

Figura N° 4: Grados de riesgo a la no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

Interpretación de resultados:

En lo que respecta a los grados de riesgo de la no adherencia, los pacientes con hipertensión arterial se encuentran en riesgo medio de no desarrollar adherencia en un 42,45 % (n=45), seguido del 37,74% (n=40) que se encuentra en riesgo bajo de no presentar adherencia, y el 19,81% (n=21) presenta riesgo alto de no adherencia terapéutica.

7 Discusión

La hipertensión arterial es una enfermedad asintomática, que tiene múltiples repercusiones para la salud de quien la padece es conocida también como el asesino silencioso puesto que constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares es por esto que el tratamiento y control de esta patología es el punto fundamental para prevenir complicaciones.

La falta de adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo es uno de los problemas más serios que enfrenta los médicos y el sistema de salud en el manejo del paciente hipertenso, en este estudio el género femenino mostró ser el menos adherente al tratamiento en un 42,45% (n=45) en relación con el género masculino que mostró mayor adherencia en un 18,87% (n=20). Esta investigación se asemeja con el estudio realizado en por Hameed y colaboradores en Reino Unido en el año 2014 en donde se mostró una mayor tasa de no adherencia en el género femenino en un 34,1% a diferencia del género masculino que presentó un 39% más adherencia al tratamiento. Se diferencia con los estudios realizados en Cuba, por Quitanilla y Rodríguez en el año 2010 en los Policlínicos Docentes "Vedado", "Dr. Diego Tamayo" y "Héroes de Girón" en donde se demostró que el género femenino tiende a presentar más adherencia al tratamiento antihipertensivo en un 42,0% en relación al género masculino quienes mostraron una no adherencia al tratamiento en un 25%.

Con respecto al grupo etario, los mayores de 65 años de edad fueron los no adherentes al tratamiento en un 39,62 % (n=42) a diferencia del grupo etario de 54-64 años que mostraron más adherencia al tratamiento en un 14,15% (n=15). Los resultados de esta investigación se asemejan con el estudio realizado por López Erazo en el Hospital Pablo Arturo Suárez de Quito en el año 2013 en donde los pacientes mayores de 65 años fueron los no adherentes al tratamiento en un 21,73% a diferencia del grupo etario de 40-50 años que mostraron más adherencia al tratamiento con un 56,52%. Se diferencia con los resultados del estudio realizado por Díaz y colaboradores en el año 2014 en el área de salud del municipio San Miguel del Padrón en La Habana, en donde se mostró que el grupo etario de 45- 54 años presentó una mayor tasa de no adherente al tratamiento, a diferencia de los mayores de 65 años quienes mostraron más adherencia al tratamiento.

Los factores que influyeron en la no adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos lo constituyeron los factores relacionados con la terapia con un 49,06 % (n=52) seguidos de los factores relacionados con el proveedor de salud en un 26,42% (n=28), los resultados de esta investigación se asemeja con el estudio realizado por Ocampo Rujel en pacientes hipertensos atendidos en establecimientos públicos en Chimbote-Perú en el año 2014 en donde se constató que el factor que más influyó en la no adherencia lo constituyó el factor relacionado con el proveedor de salud en un 20,53%, se diferencia con otro estudio realizado en Cuenca- Ecuador por Chacón & Orellana en los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso en el año 2014 en donde se demostró que el factor influyente para la no adherencia es el relacionado con el paciente, seguido del factor socio económico, de la terapia y del proveedor de salud.

Los pacientes de esta investigación tienen riesgo medio de desarrollar no adherencia terapéutica al tratamiento en un 41,51% (n=44) se asemeja con dos estudios realizados en Colombia el primero realizado por Herrera Guerra en pacientes que acudieron al servicio de consulta externa en el hospital de Montería en el año 2012 donde se evidenció que los pacientes presentaron un riesgo medio de no adherencia en un 42% y el segundo realizado por Salcedo & Gómez, en el año 2014 en el Hospital Universitario de Santander en Colombia donde se constató que los pacientes mostraron un riesgo medio a la no adherencia en un 47,20%.

Los resultados obtenidos en este trabajo investigativo pueden permitir a los directivos del Centro de Salud de Malacatos desarrollar estrategias para disminuir las altas tasas de no adherencia en la población hipertensa y esta manera evitar posibles complicaciones.

8 Conclusiones

- El género femenino fue el menos adherente en relación al género masculino que presento mayor adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo, en el grupo etario los mayores de 65 años de edad mostraron una menor adherencia al tratamiento a diferencia del grupo etario de 55-64 años que presento una mayor adherencia.
- Los factores que influyen en la no adherencia de los pacientes hipertensos lo constituyeron los factores relacionados con la terapia debido a que existen costumbres difíciles de cambiar en cuanto a los alimentos y ejercicios, seguido de los factores relacionados con el proveedor de salud debido a que los pacientes no reciben información sobre los beneficios de los medicamentos.
- Los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Malacatos se encuentran en riesgo medio a desarrollar comportamiento de no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

9. Recomendaciones

- Se recomienda que el personal de salud realice actividades educativas encaminadas a orientar al paciente hipertenso para que adopte una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento del conocimiento de su enfermedad, y la importancia de la adherencia al tratamiento para que de esta manera el paciente tome conciencia de su enfermedad y cumpla con la dosis, intervalo y hora indicada prescrita por el médico.
- Se recomienda que el personal médico explique de forma adecuada el tratamiento que debe seguir cada paciente y los efectos secundarios que puede causar la no adherencia al tratamiento.
- Establecer una adecuada comunicación entre el médico y el paciente para que de esta manera se pueda crear un vínculo entre ellos y de esta forma el médico gane la confianza del paciente para que este siga las indicaciones realizadas por el mismo y reducir la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

10. Bibliografía

- Accini, J. L., Alcocer, L., & Duperly, J. (2015). *Manual Práctico LASH de Diagnóstico y Manejo de la HTA en Latinoamérica 2015*.
- Akter Khanam , M., Lindeboom , W., & Pérez Koehlmoos, T. (2014). Hypertension: adherence to treatment in rural Bangladesh--findings from a population-based study. *Glob Health Action*. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25361723>
- Alfonzo Guerra, J. (2011). *La Hipertensión arterial en la Atención Primaria de Salud*. Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de: [related:www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=3673](http://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=3673) hipertensión arterial en la atención primaria de salud
- Armario, P., & Oliveras, A. (2014). Hipertensión arterial resistente. Elsevier, 2-3. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-hipertension-arterial-resistente-S1889183713001128>
- Ben, A. (2012). The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Revista de Salud Publica*. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22331180>
- Black R., H., & Elliott J., W. (2014). *Hipertensión Complemento de Braunwald. Tratado de Cardiología*. España: Elsevier.
- Brito, R., & Navarrete, D. (2014). Perfil clínico y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de Llay-Llay. *Revista Anacem*. Recuperado de: http://www.revistaanacem.cl/wp-content/uploads/2015/04/anacem_revistavol7N3_HTAlayllay.pdf
- Calvo Vargas, C. (2010). *Hipertensión Arterial*. México: Alfil.
- Chaib, F. (3 de Abril de 2013). *Información General sobre la Hipertensión en el mundo*. Recuperado de: Organización Mundial de la Salud [OMS]: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/

- Carandell Jager, E., & Miralles, J. (2012). Guía para la atención de los pacientes polimedificados. Guía Clínica. Recuperado de http://www.elcomprimido.com/PROTOCOLOS_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDICADOS_cast.pdf
- Chéry, P. M. (2013). *Manual de Farmacología básica y clínica*. Mexico: Mc Graw-Hill.
- De la Sierra, A. (2012). Hipertensión Arterial. En C. Rozman, Rozman/Farreras. Medicina Interna (pág. 518). Elsevier.
- Díaz Molina, M., & Herrera Preval, Y. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Revista Cubana de Farmacia*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000400008
- Dilla , T., Valladares, A., & Lizán , L. (2011). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Elsevier*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
- Flores, Y. (2014). Estudio comparativo de la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12468/1/yessenia%20flores.pdf>
- González, M. A. (2012). Hipertensión Arterial Sistémica. En S. Guzmán , & F. Cedillo, *Fundamentos para el ejercicio de la Medicina* (págs. 126-130). Mexico: Manual Moderno.
- Habib, G. (2014). Cardiología Secretos. En G. Levine, *Cardiología Secretos* (pág. 297). España: Elsevier.
- Hernández Ayazo, H., Bello Espinosa, A., Coronado Daza, J., & et al. (2014). *Guías de prácticas clínicas basada en la Evidencia*. Colombia. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/hipertesion.pdf>
- Herrera Guerra, E. (2012). Adherencia al Tratamiento en personas con Hipertensión Arterial. *Artículo de Investigación*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>

- Información Farmacoterapéutica de la Comarca [Infac]. (2011). Adherencia al Tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas. *Infac*, 1-6. Recuperado de http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
- James, P. (2014). *JNC 8 – 2014. Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos*. Recuperado de: <http://www.consejomedicolp.org.ar/wp-content/uploads/2013/07/JNC-8-2014.pdf>
- Lago Danesi, N. (2015). Adherencia al tratamiento, responsabilidad de todos. *Tendencias en Medicina*, 3. Recuperado de: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf
- Limaylla, M., & Ramos, N. (2016). Métodos indirectos de valoración del cumplimiento. Artículo de Revisión. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oUDqB5GuR_wJ:revistainvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/download/13635/12039+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec
- Longo, Fauci, Kasper, Hauser, & Jameson. (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna*. McGraw Hill.
- López, O. (2013). Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos. Quito. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5930/T-PUCE-6088.pdf?sequence=1>
- Mancia, G., Fagard, R., Redon, J., & Zanchetti, A. (2013). *Hipertensión y Riesgo Vascular Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión*. España: Elsevier. Recuperado de: <http://www.seh-lelha.org/pdf/Guia2013.pdf>
- Martín Alfonso, L., Grau Ábalo, J., & Espinosa Brito, A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Scielo Revista Cubana de Salud Pública*. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu07214.htm.

- Martín, L., Bayarre, H., & Corugedo, M. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de Salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>
- Merino Garrido, L. (2013). Estudio de la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo. Navarra. Recuperado de: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7803/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Lorena%20Merino.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Molina , D. I. (2015). Aspectos que usted debe saber sobre la Hipertensión Arterial. Medica-Biosalud.
- OMS. (2013). Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. *Organizacion Mundial de la Salud*, 1-3. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/
- OMS. (2013). Informacion General de la Hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Obtenido de WHO [world health. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
- OMS. (2015). Reducir la ingesta de sodio para reducir la tensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares en adultos. Recuperado de: http://www.who.int/elena/titles/sodium_cvd_adults/es/
- Pabón, J. (2014). *Consultas Practicas Clinicas - Médicas*. Venezuela: Medbook Editorial Médica.
- Quiroz, C. (Agosto de 2012). “*Diseño y validación de un instrumentopara evaluar adherencia de pacientesadultos aprocesos de neurorehabilitacionfuncional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS*”. Recuperado de: DocPlayer: <http://docplayer.es/528458-Informe-final-de-investigacion-tesis-de-maestria-investigador-carlos-andres-quiroz-mora-especialista-en-neurorehabilitacion-director-de-tesis.html>

- Ramos Morales, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana*. Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol16_2_15/ang06215.htm
- Sánchez, R. (2015). *Vivir Bien con Hipertensión*. Paídos Iberica. Barcelona España.
- Seventh Report of the Joint National Committee , J. (s.f.). *JNC 7 Infome*. Recuperados de:
<http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>
- Sosa, J. (2011). Tratamiento no farmacológico de la Hipertensión Arterial. *An Fac med.*, 241-244. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a06v71n4.pdf>
- Solórzano, M. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Valencia. Recuperado de:
<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2506/1/msolorzano.pdf>
- Urrea Zapata, J. (2013). *Guia de Hipertensión Arterial Latinoamérica*. Colombia: PML Edicion 1. Recuperado de:
<http://www.tqfarma.com/CargaArchivosFTP/FlipbooksAct/GUIAS/Guia-Hipertension-Arterial-MK/Guia.pdf>
- Valencia, F. (2014). *Evaluación diagnóstica de dos instrumentos que miden adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensivos*. Chile. Recuperado de:
http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1693/Tesis_Evaluacion_Diagnostica_de_Dos_Instrumentos.Image.Marked.pdf?sequence=1
- Zambrano , R., Duitama, J., & Posada, J. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Scielo Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>

Anexos

Anexo N° 1: Aprobación del Tema de Tesis



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

MEMORÁNDUM NRO. 0739CM-ASH-UNL

PARA: Srta. Silvaria Mansol Jaramillo Loján
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 09 de marzo de 2016

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE MALACATOS**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,


Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sip

Anexo N°2: Aprobación de la Pertinencia del Proyecto de Tesis



Loja, 08 de abril del 2016

Dra. Elvia Ruiz B. Mg

COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Cuidad.-

De mi consideración.-

Reciba un cordial saludo, deseándole éxito en las labores a usted confiadas

Dando respuesta al MEMORÁNDUM NRO. 0877CCM-ASH-UNL, de fecha 30 de marzo de 2016, en la que me solicita dar la pertinencia pongo a su conocimiento que una vez analizado el proyecto de Tesis de auditoría de la **Srta. Silvana Marisol Jaramillo Loján** portadora de **Ci: 1105685729** estudiante del IX ciclo, paralelo B3 de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, sobre el tema "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE MALACATOS" me permito informarle que el mismo fue modificado a "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS" dado el cambio de Subcentro por Centro de Salud debido a la nueva categorización.

Luego de esto declaro que el proyecto **es pertinente** para desarrollarse.

ATENTAMENTE

Dra. Tania Cabrera Parra

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

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

RECIBIDO POR: *[Signature]*
FECHA: 08/04/16
HORA: 08:55
FIRMA: *[Signature]*

Anexo N° 3: Director del Tesis



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

MEMORÁNDUM Nro. 0943 CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Cristian Galarza Sánchez
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 15 de abril de 2016

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, titulado adjunto "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS", de autoría de la Srta. Silvana Marisol Jaramillo Loján, estudiante de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Secretaria Abogada, **Estudiante** y Archivo
 Sip.

RECIBIDO
 POR: *[Signature]*
 FECHA: 26.04.16
 08:54

Anexo 4: Autorización para el desarrollo del Trabajo de investigación



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

MEMORÁNDUM Nro.01050CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Ángel Acaro Loatza
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de mayo de 2016

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la Srta. Silvana Marisol Jaramillo Loján, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a las Historias Clínicas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; información que le servirá para la realización de la tesis: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS", trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dr. Cristian Galarza Sánchez, Catedrático de esta institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA - UNL



C.c.- Archivo

Sip

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS



Anexo 5:

Consentimiento Informado OMS

Este Formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que tengan como diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

Nombre de la Investigadora: Silvana Marisol Jaramillo Loján.

Tema de Estudio: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS”

1. Introducción

Mi nombre es Silvana Marisol Jaramillo Loján, estudiante de la carrera de medicina, estoy realizando una investigación sobre factores y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos debido a que esta patología es muy común en nuestro país.

Antes que Usted decida participar en el estudio lea cuidadosamente este formulario y haga todas las preguntas que tenga, para asegurar que entienda los procedimientos del estudio, riesgos y beneficios; de tal forma que Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no.

2. Propósito del Estudio

Este trabajo de investigación permitirá concientizar tanto al paciente hipertenso a mejorar su adherencia al tratamiento antihipertensivo considerando que la deficiente adherencia al tratamiento ocasiona como consecuencia retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, también se pretende con esta investigación concientizar al personal de salud a que realice intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica del paciente.

3. Justificación del Estudio

La hipertensión es un problema de salud global entre la población adulta, la adherencia a la medicación antihipertensiva y los cambios de los estilos de vida constituyen las piedras angulares para controlar de manera satisfactoria la presión arterial y con ellos prevenir aquellas complicaciones que de no ser corregidas de manera oportuna pueden terminar con la vida del paciente, ya que es de conocimiento que esta es una enfermedad silenciosa.

4. Objetivo del Estudio

Conocer la adherencia y no adherencia de los pacientes con hipertensión arterial según género y grupo etario, identificar los factores que intervienen en la no adherencia, así como determinar el grado de riesgo de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos.

5.- Participantes del Estudio

5.1 Formaran parte del estudio los pacientes que tengan diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el centro de Salud Malacatos, quedan fuera de este estudio todos aquellos pacientes sin el diagnóstico antes mencionado.

6.- Procedimientos del Estudio

6.1 Los pacientes que deseen participar en este estudio se les aplicará dos instrumentos, el primero para valorar la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión a través del test de Morisky- Green y el segundo un cuestionario para valorar los factores que intervienen en la no adherencia y los grados de riesgo para la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial

6.2 Los participantes únicamente tendrán que contestar algunas preguntas que la investigadora realice no se llevara a cabo ningún procedimiento que ponga en riesgo la vida del paciente ya que el estudio únicamente se basa en la aplicación de una encuesta.

6.3 La duración de la encuesta es de 5 min en los cuales se va a realizar preguntas encaminadas a valorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y sus factores influyentes posteriormente a esto se va tomar la presión arterial del paciente.

7. Beneficios del Estudio

Los beneficios de esta investigación son mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos al aportar información sobre la importancia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo los factores que influyen en la baja adherencia terapéutica, permitiendo que haya una oportuna intervención del personal de salud al conocer los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento, promoviendo una mejor atención en salud.

8. Riesgos Asociados con el Estudio

Con la realización de este estudio no se cuenta con ningún tipo de riesgo ya que el mismo se basa en la aplicación de unas escalas basadas en preguntas que realice la investigadora.

9. Beneficios

Los hallazgos que arroje la investigación podrían aportar a la ciencia para un mejor la adherencia al tratamiento antihipertensivo para el futuro de esta enfermedad.

10. Tiempo

La participación de usted en este estudio es únicamente de 5 minutos

11. Confidencialidad y Almacenamiento Información

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos en esta investigación se mantendrá confidencial, solo estará disponible para el investigador.

12. Voluntariedad

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir participar o no en esta investigación, podrá retirarse de la investigación en cualquier momento.

13. Preguntas/Información

Usted tiene derecho a clarificar todas las dudas que se le presenten, podrá solicitar información más detallada sobre la investigación o algún tema relacionado con el estudio, en el momento que desee, debe comunicarse con la investigadora Silvana Marisol Jaramillo Loján, estudiante del décimo ciclo de la Carrera de Medicina Humana.

Teléfono: 2673087

Celular: 0991909553

Correo electrónico: siljaramillo_jl@hotmail.com

A continuación, se anexa el formato del consentimiento informado.



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

Fecha:/...../2016

Formulario N°.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con C.I. acepto libre y voluntariamente participar en el trabajo investigativo titulado “**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS**” realizado por Silvana Marisol Jaramillo Loján estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja y en pleno uso de mis facultades, manifiesto que he sido informado en todo lo relacionado del trabajo investigativo.

1. He comprendido la naturaleza y el propósito del trabajo investigativo.
2. Estoy satisfecha con la información proporcionada.
3. Afirmo que todos los datos proporcionados referentes al tema a investigar son ciertos y que no he omitido ninguna información.
4. Estoy en conocimiento que la investigación no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento, las acciones son solo de tipo educativo.
5. La información entregada será confidencial no podrá ser entregada a terceros sin mi autorización.

Como constancia de mi autorización firmo el presente documento.

.....

Firma

Anexo N° 6:**“Test de Morisky Green”**

Este método está validado para diversas enfermedades crónicas fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine, para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial.

Maque con un X a las siguientes preguntas:

PREGUNTAS	SI	NO
1 ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento para su hipertensión arterial?		
2 ¿Tomar la medicación a la hora indicada?		
3 ¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
4 ¿Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?		

Anexo N° 7:

“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. Cuarta versión”

Este instrumento fue diseñado por Bonilla y De Reales en el año 2006 en la ciudad de Bogotá en donde se evaluaban cinco dimensiones mediante 72 ítems. Posteriormente fue modificado por Ortiz en el año 2010 en 24 ítems agrupados en cuatro dimensiones

DATOS GENERALES:

Formulario N°

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

Escolaridad:

Ocupación: Agricultor () Ama de casa () Chofer () Profesional () Desempleado ()

Otros:.....

Años de diagnóstico de Hipertensión Arterial:.....

INSTRUCCIONES:

A continuación encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen, en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las instrucciones que el personal le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular.

I DIMENSIÓN: FACTORES SOCIOECONÓMICO	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)?			
2. ¿Puede costearse los medicamentos?			
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			
4(-)¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?			
5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?			
6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?			
II DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
8. ¿Se da cuenta que el médico controla su tratamiento por las preguntas que le hace?			

9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?			
11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?			
12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?			
13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			
14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
III DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
15.(-) ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
16.(-) ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
17.(-) ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
18.(-) ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
19.(-) ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			
20.(-) ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			
IV DIMENSIÓN: FACTORES DEL PACIENTE	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

Anexo N° 8

Cuadro N° 1: Distribución porcentual según sexo

SEXO	F	%
Masculino	36	33,96
Femenino	70	66,04
Total	106	100,00

Anexo N° 9

Cuadro N° 2: Distribución porcentual según grupo etario

GRUPO ETÁREO	F	%
35- 44 años	4	3,77
45- 54 años	19	17,92
55- 64 años	23	21,70
≥65 años	60	56,60
Total	106	100,00

Anexo N° 10

Cuadro N° 3: Distribución porcentual según escolaridad

ESCOLARIDAD	F	%
Ninguna	4	3,77
Primaria	68	64,15
Secundaria	25	23,58
Superior	9	8,49
Total	106	100,00

Anexo N° 11

Cuadro N° 4: Distribución porcentual según ocupación

OPCUPACIÓN	F	%
Agricultor	26	24,53
Ama de casa	63	59,43
Chofer	9	8,49
Profesional	5	4,72
Desempleado	3	2,83
Total	106	100,00

Anexo N° 12

Cuadro N° 5: Distribución porcentual según años de diagnóstico de hipertensión arterial

AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	F	%
1- 5 años	44	41,51
6-10 años	36	33,96
Más de 10 años	26	24,53
Total	106	100,00

Anexo N° 13

Cuadro N° 6: Distribución porcentual respuestas según Test de Morisky –Green-Levine

Preguntas: Test Morisky-Green -Levine	SI		NO	
	F	%	F	%
1. ¿Se olvida de tomar el medicamento para su hipertensión arterial?	58	54,7	48	45,3
2. ¿Toma el medicamento a la hora indicada?	26	24,5	80	75,5
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	31	29,2	75	70,8
4. Cuando se encuentra mal, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	13	12,3	93	87,7

Anexo N° 14

Cuadro N° 7: Distribución porcentual por respuestas según el instrumento: Factores que influyen la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Cuarta versión.

I DIMENSIÓN: FACTORES SOCIOECONÓMICO	NUNCA		A VECES		SIEMPRE	
	F	%	F	%	F	%
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)?	11	10,38	66	62,26	29	27,36
2. ¿Puede costearse los medicamentos?	27	25,47	56	52,83	23	21,70
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar	9	8,49	38	35,85	59	55,66

de la consulta?						
4. (-) ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?	61	57,55	32	30,19	13	12,26
5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?	25	23,58	20	18,87	61	57,55
6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?	25	23,58	28	26,42	63	59,43
II DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD						
7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?	10	9,43	30	28,30	66	62,26
8. ¿Se da cuenta que el médico controla su tratamiento por las preguntas que le hace?	13	12,26	38	35,85	55	51,89
9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?	28	26,42	12	11,32	66	62,26
10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?	12	11,32	22	20,75	72	67,92
11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?	26	24,53	13	12,26	67	63,21
12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?	3	2,83	25	23,58	78	73,58
13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?	13	12,26	27	25,47	66	62,26
14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?	9	8,49	18	16,98	79	74,53

III DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA						
15. (-) ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?	53	50,00	40	37,74	13	12,26
16. (-) ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?	34	32,08	44	41,51	28	26,42
17. (-) ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?	73	68,87	26	24,53	7	6,60
18. (-) ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?	75	70,75	14	13,21	17	16,04
19.(-) ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?	45	42,45	30	28,30	31	29,25
20.(-) ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?	35	33,02	19	17,92	52	49,06
IV DIMENSIÓN: FACTORES DEL PACIENTE						
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?	10	9,43	7	6,60	89	83,96
22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?	1	0,94	12	11,32	93	87,74
23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?	4	3,77	6	5,66	96	90,57
24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?	1	0,94	2	1,89	103	97,17

Anexo N°15

Cuadro N° 8: Registro de Recolección de datos del Test de Morisky Green

N°	GÉNERO	GRUPO ETARIO	TEST DE MORISKY- GREEN				RESULTADO
			P1	P2	P3	P4	
1	FEMENINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
2	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	SI	NO ADHERENTE
3	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	SI	NO ADHERENTE
4	FEMENINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
5	FEMENINO	55 a 64 años	SI	NO	SI	SI	NO ADHERENTE
6	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	NO	NO	NO ADHERENTE
7	MASCULINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
8	MASCULINO	45 a 54 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
9	FEMENINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
10	MASCULINO	> 65 años	SI	NO	SI	SI	NO ADHERENTE
11	FEMENINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
12	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
13	FEMENINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
14	FEMENINO	65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
15	MASCULINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
16	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
17	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
18	FEMENINO	35 a 44 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
19	MASCULINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
20	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
21	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
22	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
23	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
24	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	SI	NO	NO ADHERENTE
25	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
26	MASCULINO	55 a 64 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
27	MASCULINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
28	MASCULINO	> 65 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
29	MASCULINO	> 65 años	SI	NO	SI	SI	NO ADHERENTE
30	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	SI	NO ADHERENTE
31	FEMENINO	55 a 64 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
32	MASCULINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
33	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	SI	SI	NO ADHERENTE
34	FEMENINO	45 a 54 años	SI	SI	SI	NO	NO ADHERENTE
35	FEMENINO	45 a 54 años	NO	SI	SI	NO	NO ADHERENTE
36	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
37	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE

38	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	NO	NO	NO ADHERENTE
39	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
40	FEMENINO	55 a 64 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
41	MASCULINO	> 65 años	SI	SI	SI	NO	NO ADHERENTE
42	FEMENINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
43	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
44	MASCULINO	> 65 años	SI	NO	SI	SI	NO ADHERENTE
45	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
46	FEMENINO	35 a 44 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
47	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
48	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	NO	NO	NO ADHERENTE
49	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
50	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
51	MASCULINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
52	FEMENINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
53	MASCULINO	35 a 44 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
54	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	NO	NO	NO ADHERENTE
55	MASCULINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
56	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
57	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
58	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	NO	NO	NO ADHERENTE
59	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
60	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
61	FEMENINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
62	FEMENINO	45 a 54 años	SI	NO	SI	SI	NO ADHERENTE
63	MASCULINO	> 65 años	SI	SI	SI	SI	NO ADHERENTE
64	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
65	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
66	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
67	FEMENINO	45 a 54 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
68	MASCULINO	55 a 64 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
69	MASCULINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
70	FEMENINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
71	MASCULINO	>65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
72	FEMENINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
73	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
74	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	SI	NO	NO ADHERENTE
75	MASCULINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
76	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
77	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	SI	NO ADHERENTE
78	FEMENINO	55 a 64 años	SI	NO	NO	NO	NO ADHERENTE
79	FEMENINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
80	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	SI	NO	NO ADHERENTE

81	MASCULINO	45 a 54 años	SI	NO	NO	NO	NO ADHERENTE
82	FEMENINO	45 a 54 años	SI	SI	SI	NO	NO ADHERENTE
83	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	SI	SI	NO ADHERENTE
84	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
85	FEMENINO	55 a 64 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
86	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	SI	SI	NO ADHERENTE
87	FEMENINO	35 a 44 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
88	MASCULINO	45 a 54 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
89	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
90	MASCULINO	55 a 64 años	SI	SI	SI	NO	NO ADHERENTE
91	FEMENINO	> 65 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
92	FEMENINO	45 a 54 años	SI	SI	SI	NO	NO ADHERENTE
93	FEMENINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
94	FEMENINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
95	FEMENINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
96	FEMENINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
97	FEMENINO	45 a 54 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
98	MASCULINO	> 65 años	SI	SI	NO	NO	NO ADHERENTE
99	FEMENINO	>65 años	SI	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
100	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
101	MASCULINO	45 a 54 años	SI	NO	NO	NO	NO ADHERENTE
102	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
103	MASCULINO	> 65 años	NO	NO	SI	NO	NO ADHERENTE
104	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
105	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE
106	MASCULINO	> 65 años	NO	SI	NO	NO	ADHERENTE

Anexo N° 16: Certificado de Traducción del Resumen

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MALACATOS" autoría de la Srta. Silvana Marisol Jaramillo Loján, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 20 de Septiembre de 2017



Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Anexo N° 17: Fotográfico



Anexo N°18: Fotográfico



Anexo N°19: Fotográfico**Anexo N°20: Fotográfico**

Anexo N°21: Proyecto de Tesis

1. TEMA:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MALACATOS”

2. PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes que influyen en el desarrollo de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares que constituyen la causa de muerte prematura y discapacidad, pues anualmente se registran casi 9,4 millones de muertes a causa de enfermedades del corazón. A nivel mundial uno de cada tres adultos padece hipertensión, esta proporción aumenta con la edad: una de cada diez personas de 20 a 40 años, y cinco de cada diez de 50 a 60 años (OMS, 2013)

Según los datos de la OMS la prevalencia más alta de la HTA se registró en África 46% y la más baja en las Américas 35%, (OMS, 2013) Se estima que para el 2025 habrá aumentado un 24% en los países desarrollados y hasta un 80% en los países en vía de desarrollo. (Merino Garrido, 2013)

La prevalencia de la HTA se encuentra en constante ascenso y puede causar graves complicaciones, especialmente en los sujetos mal controlados (Ruíz García & Zurera Delgado, 2014) En América Latina y el Caribe de acuerdo a los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de HTA oscila entre el 8% y el 30%. (Ocampo Rujel, 2014)

En Ecuador la hipertensión arterial constituye la segunda causa de morbilidad según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) del año 2011, a nivel nacional se presentan 10.429 casos, por provincias la mayor tasa de prevalencia de hipertensión se encuentra en Guayas con una tasa de 7,2% seguido de Manabí con una tasa de 14,12 %, luego Pichincha con una tasa de 13,74% (Defaz H Bélgica, 2013)

La hipertensión arterial es prevenible y tratable, para su tratamiento se considera como parte central la modificación de los estilos de vida así como el mantener un nivel adecuado de adherencia al tratamiento farmacológico. (James & Oparil, 2014)

Según el Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7) la causa principal del control inadecuado de la HTA es el incumplimiento del tratamiento a largo plazo, en lo que se refiere a las modificaciones del estilo de vida como a la toma de la medicación. (Torrent, Arriva, Gentiletti, & Buffar, 2013)

La OMS estima que el porcentaje de pacientes que cumplen con el régimen terapéutico antihipertensivo es tan solo el 27% Gambia, 46% en China, y el 51% en Estados Unidos (Zambrano, Duitama, Posada, & Flórez, 2012)

En Cuba, solo el 52,4% de los pacientes cumplen el tratamiento y el resto lo hacen de manera incompleta, en Argentina, el 48,6% es adherente, en Venezuela, sólo el 4,5% de los pacientes tratados tienen un buen control de la presión arterial. (Martín Alfonso, Bayarre Veá, & Iznaga, 2015)

La falta de adherencia terapéutica es la principal causa de fracaso al tratamiento antihipertensivo, constituye un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas como fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización.

En latinoamérica la mitad de los pacientes tratados por HTA, abandonan por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos y debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensor, aproximadamente un 75% de los pacientes con diagnóstico de HTA no logran el control óptimo de la presión arterial. (Gómez Cuéllar, Orozco Coneo, & Suárez Camargo, 2015)

Los pacientes que son no adherentes al tratamiento antihipertensivo no logran obtener los beneficios de la terapia para disminuir la presión arterial. Esta mala adherencia se asocia generalmente a consecuencias médicas como aparición de complicaciones, cambio de tratamiento, gastos económicos e inclusive la muerte del paciente. (Blanco & Tomaszewski, 2013) (Ambaw, Alemie, & Meseret, 2012)

La baja adherencia es considerada como un obstáculo fundamental que dificulta el éxito del tratamiento constituye un desafío para los profesionales de la salud (Corugedo Rodríguez, Martín Alfonso, & Bayarre Veá, 2011). Según informe de la OMS, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento, pero de manera irregular. Otras fuentes, por su parte, le atribuyen a la edad un papel fundamental en la adherencia al

tratamiento antihipertensivo. A medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas. (Díaz Molina & Herrera Preval, 2014)

Se conocen múltiples factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, desde actos involuntarios como un simple olvido o la confusión en la toma del medicamento hasta situaciones voluntarias como dejar de tomarlo por no considerar el tratamiento necesario, por considerarlo dañino o porque simplemente siente una mejoría y abandonan el tratamiento. (Solórzano, 2015)

La falta de adherencia al tratamiento de acuerdo a estudios realizados se asoció de forma independiente con la edad, el sexo, la educación, el nivel económico. Los pacientes de edad avanzada y de educación superior son menos propensos a ser no adherente así mismo pacientes con comorbilidades son menos propensos a ser no adherente a la medicación antihipertensiva. (Akter Khanam , Lindeboom , & Pérez Koehlmoos, 2014)

En otro estudio realizado en Arabia Saudita se encontró que existe una relación positiva entre los niveles de conocimiento del tratamiento y una mejor adherencia del paciente lo cual demuestra cómo la falta de conocimiento sobre el tratamiento contribuye a paciente comportamiento de baja adherencia. (Fatmah, Yu Hou, & Correa Vélez, 2012)

La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente. En la provincia de Loja se han realizado pocas investigaciones para determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, lo que no ha permitido desarrollar estrategias específicas para mejorar la adherencia de tratamientos a largo plazo, por lo cual se hace necesaria la realización del presente trabajo de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia terapéutica de los pacientes con HTA atendidos en el Centro de Salud de Malacatos?

3. JUSTIFICACIÓN.

La hipertensión es un problema de salud global entre la población adulta, la adherencia a la medicación antihipertensiva y los cambios de los estilos de vida constituyen las piedras angulares para controlar de manera satisfactoria la presión arterial y con ellos prevenir aquellas complicaciones que de no ser corregidas de manera oportuna pueden terminar con la vida del paciente, ya que es de conocimiento que esta es una enfermedad silenciosa, posiblemente la falta de adherencia en la toma de los medicamentos y los cambios en los estilos de vida son los que explican que se mantengan altos índices de morbilidad por enfermedades cardiovasculares

Sin embargo existen factores que pueden obstaculizar la adherencia al tratamiento debido a que el tratamiento integral de la HTA será a largo plazo, aspecto que es muy difícil de lograr puesto que los pacientes habitualmente asumen que la medicación solo debe ser tomada por un periodo corto tal como sucede en las patologías agudas y los cambios en los estilo de vida muchas veces no son considerados como parte integral del tratamiento. Muchos de los pacientes con hipertensión tienden a tomar menos de la mitad de sus medicamentos prescritos. La falta de adherencia al tratamiento es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial ya que genera retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, así como también aumento o disminución del número de dosis.

Los problemas sobre los factores que influyen en la adherencia terapéutica han sido insuficientemente atendidos, se han realizado pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático.

Esta investigación está motivada en la importancia que genera tener una buena adherencia terapéutica, considerando que en la actualidad las enfermedades crónicas degenerativas van en aumento y que su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida cada vez, es más alarmante, por esta razón al ser la hipertensión arterial un problema degenerativo, esta investigación tendrá como propósito concientizar al paciente y al personal de salud para que con ellos, se pueda diseñar y reorientar las intervenciones que busquen mejorar la adherencia al tratamientos. Así como también identificar los factores que pueden influir en la no adherencia al tratamiento, para de esta manera tomar acciones y decisiones para mejorar la relación médico-paciente, en la cual exista una actitud proactiva y participativa en el proceso de mantenimiento de la salud. Esta investigación se desarrolló en la línea salud y enfermedad del adulto y adulto mayor de la Región Sur del Ecuador (RSE) o región siete.

4. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la adherencia y no adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial según género y grupo etario a través del Test de Morisky- Green
- Identificar los factores que intervienen en la no adherencia terapéutica.
- Determinar los grados de riesgo a la no adherencia terapéutica

5. ESQUEMA DE MARCO TEORICO

5.1 Hipertensión Arterial

5.1.1 Definición.

5.1.2 Epidemiología.

5.1.3 Etiología.

5.1.4 Factores de Riesgo.

5.1.4.1 No Modificables.

5.1.4.1.1 Edad y Sexo.

5.1.4.1.2 Raza o grupo étnico.

5.1.4.1.3 Antecedentes familiares.

5.1.4.2 Modificables.

5.1.4.2.1 Peso.

5.1.4.2.2 Consumo de Sal.

5.1.4.2.3 Inactividad física.

5.1.4.2.4 Tabaquismo.

5.1.4.2.5 Alcohol.

5.1.4.2.6 Cafeína.

5.1.4.2.7 Estrés.

5.1.5 Clasificación de la hipertensión arterial.

5.1.6 Otros tipos de Hipertensión.

5.1.6.1 Hipertensión Sistólica Aislada (HSA).

5.1.6.2 Hipertensión de la Bata Blanca.

5.1.6.3 Hipertensión Refractaria o Resistente.

5.1.6.4 Hipertensión Maligna.

5.1.7 Cuadro Clínico.

5.1.8 Diagnóstico de la hipertensión arterial.

5.1.9 Consideraciones para medir de la presión arterial.

5.1.10 Tratamiento.

5.1.10.1 Tratamiento no farmacológico.

5.1.10.2 Tratamiento Farmacológico.

5.1.10.3 Combinación de fármacos antihipertensivos.

5.1.10.4 Recomendaciones para el manejo de la Hipertensión.

5.2 Adherencia

5.2.1 Definición.

5.2.3 Prevalencia de la no adherencia terapéutica.

5.2.4 No adherencia Terapéutica.

5.2.4.1 Clasificación de la No Adherencia Terapéutica.

5.2.5 Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica.

5.2.5.1 Factores socioeconómicos.

5.2.5.2 Factores relacionados con el proveedor de salud o sistema de asistencia sanitaria

5.2.5.3 Factores relacionados con la terapia.

5.2.5.4 Factores relacionados con el paciente.

5.2.6 Grados de riesgo de adherencia para tratamiento farmacológico y no farmacológico

5.2.7 Estrategias para promover la adherencia terapéutica.

5.2.8 Métodos para medir la adherencia al tratamiento.

5.2.8.1 Métodos directos.

5.2.8.2 Métodos Indirectos.

5.2.8.3 Test de Morisky-Green.

5.2.8.4 Instrumento para evaluar factores influyentes en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de Investigación:

La presente investigación es de tipo descriptivo, transversal

6.2 Lugar de Estudio:

Centro de Salud de Malacatos ubicado a 33 km al Sur de la Provincia de Loja - Ecuador

6.3 Universo.

Estuvo conformado por todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos durante el periodo de enero –mayo del 2016.

6.4 Muestra.

La constituyeron 106 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron al Centro de Salud de Malacatos durante el periodo de enero- mayo del 2016.

6.5 Criterios de Inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos, mayores de 35 años de edad de ambos géneros.
- Pacientes en tratamiento farmacológico y no farmacológico de HTA.

6.6 Criterios de Exclusión.

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Pacientes que no hayan sido atendidos en el centro de Salud

6.7 Criterios Éticos

El trabajo de investigación se basará en normas y criterios de confidencialidad, reservándose el anonimato de los pacientes a través de la designación de un código.

6.8 Procedimiento.

Una vez otorgado el permiso por parte del director del Centro de Salud de Malacatos se procederá a revisar las historias clínicas de los pacientes para determinar datos como el número de pacientes atendidos así como el lugar de domicilio de los pacientes para proceder a la aplicación de la encuesta para determinar la adherencia terapéutica y los

factores que influyen en la misma, para incluir a los pacientes en esta investigación se procedió a hacer conocer los objetivos de este estudio a los participantes por medio del consentimiento informado. ANEXO N° 5)

6.9 Estructura del Instrumento

En el presente trabajo investigativo se utilizara los siguientes instrumentos:

- Se utilizará el Test de Morisky Green (ANEXO N° 6) encaminado a identificar si los pacientes son adherentes o no al tratamiento farmacológico, el cual consta de 4 preguntas se considera a un paciente adherente cuando la respuesta de todas las preguntas es adecuada un total 4 puntos (No, Si, No, No) y no adherente cuando una o más repuestas no es adecuada (si, no, sí, sí).
- Para determinar los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento en se aplicará el cuestionario construido en el año 2006, por Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez De Reales. El instrumento, en su cuarta versión, consta de 24 ítems modificado en el año 2010 por Ortiz (ANEXO N°7) Cuenta con criterios de validez y confiabilidad (alfa Cronbach 0.61). Se basa en una escala sumativa de tipo Lickert que consta de tres puntos: 0 Nunca, 1 A veces y 2 Siempre.

Para este instrumento se determinaron los siguientes rangos:

- En ventaja para adherencia (80-100%) 38– 48 puntos
- En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia (60-79%) 29-37
- No puede responder con comportamientos de adherencia (< 60%) < 29 puntos.

Para esta investigación se valorará de acuerdo a la clasificación modificada en grados de adherencia como riesgo bajo el de 38-48 puntos riesgo medio el de 29-37 puntos y el riesgo alto < 29 puntos. Dentro del instrumento existen 7 ítems que se comportan como negativos (4, 15, 16, 17, 18, 19, 20) que se interpretan de la siguiente manera: nunca= 2, a veces=1, siempre=0

6.10 Plan de Análisis.

Los datos de la presente investigación se derivarán del análisis estadístico de los pacientes que participarán en este estudio, para ello se utilizará los programas Microsoft Word, Excel y el programa estadístico SPSS versión 23, mismos en los que se realizará los gráficos y tablas.

7. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Factores que influyen en la adherencia

DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Es el conjunto de circunstancias del paciente, enfermedad, tratamiento y sistemas de salud que influyen en adherencia al tratamiento.	Factores socioeconómicos	Cuestionario para evaluar los factores que influyen en la adherencia de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales	2 Siempre 1 A veces 0 Nunca	Cuestionario
	Factores de sistemas de Salud			
	Factores del Tratamiento			
	Factores del Paciente			

Variable Dependiente: Adherencia Terapéutica

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
Grado de comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir el régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, de acuerdo a las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria	Adherente o no adherente	Test de Morisky Green	SI/NO	Test de Morisky Green

Variables Sociodemográficas

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha actual	Fecha de nacimiento según cédula de identidad.	35-44 años 45-54 años 55-64 años >65 años	Cuestionario
Escolaridad	Tiempo dedicado y aprobados en educación forma	Años de estudio	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Cuestionario
Sexo	División del género humano en dos grupos mujer y hombre.	Fenotipo	Masculino Femenino	Cuestionario
Ocupación	Profesión a la que se dedican los pacientes	-	Agricultor Chofer Ama de casa Profesional	Cuestionario
Años de diagnóstico de Hipertensión Arterial	Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	Años diagnóstico de la enfermedad	1 a 5 años 6 a 10 años Más de 10 años	Cuestionario

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO	
Materiales de escritorio	\$20
Impresiones y copias	\$200
Transporte	\$100
Internet	\$20
Otros imprevistos	\$100
Total	\$440

10. BIBLIOGRAFÍA

Akter Khanam , M., Lindeboom , W., & Pérez Koehlmoos, T. (2014). Hypertension: adherence to treatment in rural Bangladesh--findings from a population-based study. *Glob Health Action*. Recuperado de: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/25028>

Ambaw, A. D., Alemie, G., & Meseret, S. (2012). Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *Biomed Medical Central*. Recuperado de <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-282>

Corugedo Rodríguez, M., Martín Alfonso, L., & Bayarre Veá, H. (2011). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2-3. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000400009&script=sci_abstract

Defaz H Bélgica, A. M. (2013). Hipertensión arterial . Instituto Nacional de Estadística y Censos, 8-10. Recueperado de <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>

Díaz Molina, M., & Herrera Preval, Y. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Revista Cubana de Farmacia*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000400008

Fatmah, A., Yu Hou, X., & Correa Vélez, I. (2012). Factors Affecting Antihypertensive Treatment Adherence: A Saudi Arabian Perspective. *Scientific & Academic Publishing*, 1-2. Disponible en:<http://article.sapub.org/10.5923.j.cmd.20120204.02.html>

Gómez Cuéllar, C., Orozco Coneo, B., & Suárez Camargo, M. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente Hipertenso. *Revista Facultad de Salud*, 2. Recuperado de <http://www.journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/download/855/1904>.

James, P., & Oparil, S. (2014). Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA. *JNC* 8. Recuperado de: <http://www.consejomedicolp.org.ar/wp-content/uploads/2013/07/JNC-8-2014.pdf>

Martín Alfonso, L., Bayarre Veá, H., & Iznaga, V. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1-2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004

Merino Garrido, L. (2013). Estudio de la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo. Navarra. Recuperado de: <http://docplayer.es/8427713-Estudio-de-la-adherencia-al-tratamiento-antihipertensivo.html>

Ocampo Rujel, P. A. (2014). Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. Artículo original: *Farmacia*, 10-11. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5127648.pdf>.

OMS. (2013). Información General sobre la Hipertensión en el Mundo. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

Solórzano, M. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Valencia . Recuperado de: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2506/1/msolorzano.pdf>

Ruíz García, M., & Zurera Delgado, I. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Scielo*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000400003

Torrent, M. C., Arriva, S., Gentiletti, G., & Buffar. (2013). Adherencia a la Restricción Dietética de Sodio en Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 4-6. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/877/87731335012.pdf>

Zambrano , R., Duitama, J., Posada, J., & Flórez, J. (2012). Percepcion de la Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005