



Universidad  
Nacional  
de Loja

**Universidad Nacional de Loja**

**Facultad de Salud Humana**

**Carrera de Medicina**

**Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en  
pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda,  
Motupe y Pucacocha.**

**Trabajo de Integración Curricular previo  
a la obtención de título de Médico General**

**AUTORA:**

Erika Priscila Sarabia Veintimilla

**DIRECTOR**

Dr. Byron Patricio Garcés Loyola., Mg.Sc.

Loja - Ecuador

2024

## Certificación

Loja, 31 de marzo de 2023

Dr. Byron Patricio Garcés Loyola., Mg.Sc.

**DIRECTOR DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

### **CERTIFICO:**

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha**, previo a la obtención del título de **Médico General**, de la autoría de la estudiante **Erika Priscila Sarabia Veintimilla**, con **cédula de identidad Nro. 1750172288**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.



Dr. Byron Patricio Garcés Loyola., Mg.Sc.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

## **Autoría**

Yo, **Erika Priscila Sarabia Veintimilla**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

**Firma:**

**Cédula de identidad:** 1750172288

**Fecha:** 24 de junio del 2024

**Correo electrónico:** erika.sarabia@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0969181549

## Carta de autorización

Yo **Erika Priscila Sarabia Veintimilla**, declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha**, como requisito para optar el título de **Médico General**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, a los 24 días del mes de junio de dos mil veinticuatro.

### **Firma:**

**Autora:** Erika Priscila Sarabia Veintimilla

**Cédula de identidad:** 1750172288

**Dirección:** Loja- Catacocha- Yamana- Barrio los Laureles.

**Correo electrónico:** erika.sarabia@unl.edu.ec /erika.prilita@gmail.com

**Teléfono:** 0969181549

### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**Director del Trabajo de Integración Curricular:** Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg.Sc.

## **Dedicatoria**

A mis padres Luis y Marlene, por su apoyo incondicional y su guía en cada etapa de mi vida, a mis hermanos, que han hecho más llevadera cada dificultad que se me ha presentado en la vida, a cada integrante de mi familia por sus palabras de aliento, y a mis amigos, por ser una bendición en mi coincidir en mis caminos.

*Erika Priscila Sarabia Veintimilla*

## **Agradecimiento**

Con aprecio y reconocimiento sincero por todo apoyo brindado a mi persona tanto en mi vida estudiantil como en la realización de este trabajo, agradezco sinceramente: A Dios por absolutamente todo, a la Universidad Nacional de Loja, a través de la Facultad de Salud Humana, por haberme acogido y haber fortalecido en mí el amor por el saber. A la Dra. Yadira Gavilanes Cueva porque me orientó en el desarrollo la presente investigación y Dr. Byron Patricio Garcés Loyola., Mg. Sc por su ayuda y consejos supo orientar este trabajo en la etapa final.

*Erika Priscila Sarabia Veintimilla*

## Índice de contenido

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría .....	iii
Carta de autorización .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenido .....	vii
Índice de tablas .....	viii
Índice de figuras.....	ix
Índice de anexos.....	x
<b>1. Título .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Resumen .....</b>	<b>2</b>
Abstract.....	3
<b>3. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Marco teórico .....</b>	<b>6</b>
<b>4.1 Hipertensión arterial .....</b>	<b>6</b>
<b>4.1.1 Definición y Clasificación. ....</b>	<b>6</b>
<b>4.1.2 Tipos de hipertensión arterial.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1.3 Tratamiento.....</b>	<b>7</b>
<b>4.1.4 Complicaciones. ....</b>	<b>10</b>
<b>4.2 Adherencia al tratamiento.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2.1 Tipos de adherencia al tratamiento .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2.2 Factores que influyen en la adherencia .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2.3 Métodos de evaluación de la adherencia al tratamiento. ....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.4 Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica.....</b>	<b>15</b>
<b>5. Metodología .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Área de estudio: .....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Enfoque metodológico: .....</b>	<b>17</b>
<b>5.3 Tipo de diseño:.....</b>	<b>17</b>
<b>5.4 Unidad de estudio .....</b>	<b>17</b>
<b>5.5 Universo y muestra:.....</b>	<b>18</b>
<b>5.6 Criterios de inclusión: .....</b>	<b>18</b>
<b>5.7 Criterios de exclusión inclusión.....</b>	<b>18</b>
<b>5.8 Técnicas: .....</b>	<b>18</b>
<b>5.9 Procedimiento .....</b>	<b>19</b>
<b>5.10 Equipos materiales: .....</b>	<b>19</b>
<b>5.11 Procesamiento y análisis de datos .....</b>	<b>20</b>
<b>6. Resultados .....</b>	<b>21</b>
<b>7. Discusión.....</b>	<b>28</b>
<b>8. Conclusiones .....</b>	<b>30</b>
<b>9. Recomendaciones .....</b>	<b>31</b>
<b>10. Bibliografía.....</b>	<b>32</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>37</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, periodo octubre 2022 a marzo 2023. ....	<b>21</b>
<b>Tabla 2.</b> Cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, periodo octubre 2022 a marzo 2023. ....	<b>22</b>
<b>Tabla 3.</b> Grado de conocimiento de la enfermedad en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, periodo octubre 2022 a marzo 2023. ....	<b>22</b>
<b>Tabla 4.</b> Análisis de las creencias de los pacientes sobre la medicación de hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, periodo octubre 2022 a marzo 2023. ....	<b>23</b>



## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Ubicación de los Barrios Labanda, Motupe y Pucacocha .....	17
---	----

## Índice de anexos

<b>Anexo 1.</b> Informe de Pertinencia .....	37
<b>Anexo 2.</b> Asignación director de tesis .....	38
<b>Anexo 3.</b> Permiso para la recolección de datos .....	39
<b>Anexo 4.</b> Certificado del summary (Abstract) .....	40
<b>Anexo 5.</b> Consentimiento informado.....	41
<b>Anexo 6.</b> Hoja de recolección de información.....	43
<b>Anexo 7.</b> Test de Morisky .....	45
<b>Anexo 8.</b> Test de Batalla .....	47
<b>Anexo 9.</b> Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ).....	48
<b>Anexo 10.</b> Tríptico de estrategia educativa.....	49
<b>Anexo 11.</b> Evidencia y link del video de estrategia educativa.....	50
<b>Anexo 12.</b> Proyecto de tesis .....	51

## **1. Título**

Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

## 2. Resumen

La hipertensión arterial es un problema de salud pública a nivel mundial que aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas, encefalopatías, enfermedades renales y es causa de muerte prematura. En Ecuador, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, que es la causa más común de muerte. Como objetivo se planteó implementar estrategias educativas para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha además; se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional de cohorte transversal en 134 adultos a quienes se les aplicó, previo el consentimiento informado los tests de Morisky, Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ) y test de Batalla para la aplicación la ficha de recolección de datos sociodemográficos, obteniéndose los siguientes resultados: el 72.13% de pacientes pertenecen al sexo femenino y el 32.79% corresponden al rango de edad de 40-49 años, el 60,66 % tienen educación secundaria y el 32,79 % utilizan para su tratamiento enalapril en un rango de 10-20 mg, un 65,57 % padecen la enfermedad desde 5 a 9 años y el 26.12% se adhieren adecuadamente al tratamiento, el 47.76% tienen conocimiento sobre la enfermedad y el 52.98% tienen mayor puntuación en la subescala «necesidad» que está relacionada con una mejor adherencia terapéutica. Se diseñó una propuesta educativa con el propósito de ampliar el conocimiento, en la cual se plantea socializar información actualizada sobre la hipertensión arterial y sus complicaciones e identificar los beneficios de la adecuada adherencia.

**Palabras clave:** Hipertensión, Adherencia al Tratamiento, Estrategias de Salud Locales, Adulto.

## **Abstract**

Arterial hypertension is a worldwide public health problem that increases the risk of heart disease, encephalopathy, kidney disease and is a cause of premature death. In Ecuador, hypertension is the main risk factor for cardiovascular disease, which is the most common cause of death. The objective was to implement educational strategies to improve therapeutic adherence in patients with arterial hypertension living in the Labanda, Motupe and Pucacocha neighborhoods. In addition, a quantitative, descriptive, observational, cross-sectional cohort study was carried out in 134 adults to whom the Morisky test, the Beliefs about Medications Questionnaire (BMQ) and the Battle test were applied, after informed consent, for the application of the sociodemographic data collection form, obtaining the following results: 72.13% of patients were female. 13% of patients belong to the female sex and 32.79% correspond to the age range of 40-49 years, 60.66% have secondary education and 32.79% use enalapril for their treatment in a range of 10-20 mg, 65.57% suffer from the disease from 5 to 9 years and 26.12% adhere adequately to the treatment, 47.76% have knowledge about the disease and 52.98% have higher score in the subscale "need" which is related to better therapeutic adherence. An educational proposal was designed with the purpose of increasing knowledge, in which it is proposed to socialize updated information on arterial hypertension and its complications and to identify the benefits of adequate adherence.

**Key words:** Hypertension, Adherence to Treatment, Local Health Strategies, Adults.

### 3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud considera que la hipertensión arterial es un problema de salud pública mundial que aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas, encefalopatías, enfermedades renales y otras consecuencias, siendo causa de muerte prematura, ya que aproximadamente 1130 millones de personas en todo el mundo padecen hipertensión arterial. En 2015 uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres tenían presión arterial alta, y solo uno de cada cinco seguía un plan de tratamiento adecuado. El número total estimado de muertes por todas las causas en 2005 fue de 58 millones, de los cuales unos 35 millones se debieron a enfermedades crónicas, superando todas las enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo), así como enfermedades maternas, deficiencias perinatales y nutricionales combinadas. (Holguín\*, Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, 2006) (María Paz Carrión Contreras, 2021)

En Latinoamérica donde se ha realizado estudios transversales analíticos con muestreos intencionados se tomaron 400 pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial de los cuales solo el 44.75% mostraron adherencia al tratamiento antihipertensivo y un 58.75% presentaron hipertensión arterial controlada, teniendo un resultado claro de que la no adherencia al tratamiento aumenta 10 veces el riesgo de mala calidad de vida. (María Paz Carrión Contreras, 2021)

En Ecuador, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, que es la causa más común de muerte. Con base en datos del estudio STEPS (Método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles), se estima que al menos el 20% de la población del país mayor de 19 años sufre de hipertensión arterial.

En la ciudad de Loja se realizó un estudio en los meses de marzo-agosto del 2021 en el centro de salud Zamora Huayco mediante la aplicación a 60 usuarios, los test Morisky 8 ítems para medir adherencia y test de Batalla para estimar el nivel de conocimiento, obteniéndose los siguientes resultados: 45% tenía bajo nivel de adherencia y 26% adecuado nivel de conocimiento.

Es relevante considerar que la mayoría de las enfermedades de alta incidencia en la población se podrían prevenir, tratar y curar con un compromiso activo por parte del paciente y por la institución de salud donde asiste. Contradictoriamente, el desarrollo en ayudas diagnósticas y a nivel farmacológico han logrado controlar los valores de presión arterial en

los pacientes hipertensos, pero no han reducido exitosamente la morbimortalidad cardiovascular.

Según el informe de la OMS alertó sobre el bajo índice de adherencia al tratamiento, que es del 50% en los países desarrollados y que desciende mucho más en los de ingresos medios o bajos. Se debe considerar que las causas de baja adherencia son múltiples, se destacan por su importancia aquellas semejantes a las características de la enfermedad crónica y comúnmente asintomática que dificulta que el paciente tome conciencia de su patología. Otra causa es relacionada al fármaco por los efectos adversos, complejidad de dosificación (a mayor número de fármacos peor adherencia) y mayor costo financiero. La buena relación médico paciente influye positivamente en la adherencia tal como el uso del lenguaje acorde para generar conciencia en el paciente sobre la enfermedad. Una causa fundamental radica en los determinantes sociales, económicos y culturales. Tanto un estrato socioeconómico bajo, nivel educativo deficiente y la falta de empleo estable tiene mayor relación con mala adherencia al tratamiento. La falta de acceso al sistema de salud y la dificultad en la adquisición de medicamentos son factores a tenerse en cuenta por los sistemas sanitarios a través de programas de seguimiento para pacientes crónicos. (Sabio, 2018)

Tomando en cuenta lo antes mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las causas que no permiten la adecuada adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha?

Para el presente estudio se planteó como objetivo general implementar estrategias educativas para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, durante el periodo octubre 2022 a marzo 2023.; y como objetivos específicos caracterización sociodemográfica, evaluar la adherencia al tratamiento, conocimiento de la enfermedad y creencia sobre los medicamentos, y promocionar el uso responsable del medicamento a los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

La presente investigación es pertinente porque enmarca en la tercera línea de investigación de la carrera de Medicina definida como: “Salud enfermedad del adulto y adulto mayor en la Región Sur del Ecuador o Zona 7”

## 4. Marco teórico

### 4.1 Hipertensión arterial

#### 4.1.1 Definición y Clasificación.

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos, la cual depende del gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica. La hipertensión se da cuando esta fuerza es constantemente elevada. Por lo tanto, se define a la Hipertensión Arterial como un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta (OMS, 2013). Para su diagnóstico se debe realizar su medición en al menos dos ocasiones o más, y con dos o más controles en cada una de ellas para obtener una cifra promediada y poder estratificar mejor al paciente. Con los valores obtenidos se puede estadificar el grado de presión arterial basado en la más reciente actualización del American College of Cardiology (ACC), y la American Heart Association (AHA) en los cuales constan los siguientes valores: se considera normal ( $<120/80$  mm Hg) elevada ( $120-129/<80$  mm Hg) HTA en estadio 1 ( $130-139/80-89$  mm Hg) o en estadio 2 ( $\geq 140/90$  mm Hg) (Elia, 2017).

#### 4.1.2 Tipos de hipertensión arterial.

**4.1.2.1 Hipertensión arterial primaria (esencial).** La HTA esencial se define como el ascenso de la presión arterial de etiología desconocida. Ésta se relaciona en mayor medida con daños a nivel cerebral, cardíaco y renal principalmente.

El diagnóstico se basa en las mediciones repetidas de la presión arterial en días separados. Se deben realizar al menos 2 mediciones en intervalos de mínimo 12 minutos y, si son muy diferentes, es necesario tomar mediciones adicionales. Se utilizan los sonidos de Korotkoff para identificar los valores de presión tanto de fase I (primer sonido) y fase V (desaparición) para determinar la presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente. Debido a que las mediciones ambulatorias de presión arterial de 24 horas y las realizadas en el consultorio médico muestran cierto grado de diferencia, el diagnóstico de hipertensión puede perderse en los casos de hipertensión enmascarada (presión arterial normal en el consultorio y elevada en el domicilio).

Por el contrario, la presión arterial puede estar aumentada en el consultorio, pero no en el hogar (hipertensión de la bata blanca). La afección inapropiada de órganos blanco para los



valores de presión arterial obtenidos en la consulta médica puede indicar la presencia de hipertensión enmascarada y la necesidad de realizar una evaluación ambulatoria de 24 horas de la presión arterial. La presión sistólica aórtica central suele ser más baja que la presión braquial porque la onda del pulso se amplifica en la circulación desde el corazón hasta la arteria braquial, en consecuencia, tal presión arterial puede suplementar defectuosamente la presión aórtica central, sobre todo cuando los fármacos perturban en forma diferente la hemodinámica aórtica central, la reflexión de la onda, la frecuencia cardíaca o la combinación. (Messerli FH, 2009)

**4.1.2.2 Hipertensión arterial secundaria.** La hipertensión arterial secundaria es el acrecentamiento de la presión arterial sistémica por una causa identificable. El 5-10% de los pacientes hipertensos tienen hipertensión arterial secundaria. Los métodos para diagnosticar la causa subyacente suelen ser caros y laboriosos, por lo que no es rentable investigar las causas secundarias en cada paciente. Por otra parte, los pacientes jóvenes (<40 años) con hipertensión arterial secundaria responde al tratamiento específico, el 35% de los pacientes de edad avanzada, aun con tratamiento específico, no logra alcanzar las cifras de presión arterial deseadas. Esto indica que la identificación y el manejo precoz de las formas secundarias son importantes para disminuir los cambios transformables de la vasculatura sistémica. Por si fuera un hecho, la prevalencia de la hipertensión primaria y de la hipertensión arterial secundaria aumenta con la edad.

### **4.1.3 Tratamiento.**

El tratamiento de la Hipertensión arterial difiere según el tipo de hipertensión a evaluar. En el caso de la hipertensión arterial secundaria se establece la causa subyacente y se trata la misma para solucionar esta patología. Se puede realizar un tratamiento coadyuvante con medidas dietéticas o farmacológicas hasta poder solucionar el problema principal. En el caso de la hipertensión esencial, las medidas terapéuticas se diferencian en medidas farmacológicas como no farmacológicas.

#### **4.1.3.1 Régimen terapéutico.**

**4.1.3.1.1 Farmacológico.** Se recomienda que el tratamiento inicial con un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, o un bloqueador del receptor de angiotensina. Los diuréticos

tiazídicos pueden causar hiperuricemia, hiperglucemia, hiponatremia e hipopotasemia. La repercusión de la gravedad de estas complicaciones disminuye si se emplean dosis bajas de tiazidas. No obstante, por el riesgo de efectos adversos, los diuréticos tiazídicos son moderadamente seguros y bien soportados.

Se deben controlar los electrolitos periódicamente. Se debe considerar otro fármaco cuando en el paciente que recibe bloqueadores de los canales de calcio aparece edema o ante la evidencia de insuficiencia cardíaca o el alto riesgo de la misma. Después de una a dos semanas de iniciar el tratamiento con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y periódicamente se deben controlar la función renal y los niveles potasio en sangre. El aumento de hasta el 30% de la creatinemia está dentro de los límites aceptables para continuar el tratamiento. Los  $\beta$  bloqueantes no están recomendados para el tratamiento inicial de la hipertensión no complicada debido a la existencia de evidencia contradictoria sobre su utilidad.

#### **4.1.3.1.2 No farmacológico.** Diversas modificaciones de los hábitos de vida

disminuyen los niveles de presión arterial y se las recomienda como parte del tratamiento de todos los pacientes hipertensos. Una de las más recomendadas en la actualidad es el plan de alimentación Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH), la disminución del consumo de sodio, del consumo de alcohol, y el adelgazamiento cuando hay alteraciones del peso. “La dieta DASH es un régimen desarrollado por el US National Institutes of Health adecuado para las personas que padecen de hipertensión arterial o prehipertensión, debido a que tiende a disminuirla sin necesidad de medicamentos; es rica en potasio, magnesio y calcio obtenido de frutas, verduras y productos lácteos descremados. En investigaciones aleatorizadas se evidenció disminución demostrativa de la presión arterial durante 18 meses en pacientes que seguían la dieta DASH. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes no logran comenzar y mantener cambios de conducta”. (Viera AJ, 2017)

*Actividad física.* El realizar ejercicio físico con regularidad disminuye la probabilidad de desarrollar hipertensión arterial, incluso en personas con antecedentes familiares de la misma. Además, mejora el control de la presión arterial en aquellos que ya se les ha diagnosticado esta patología. Por otra parte, el ejercicio físico regular contribuye a disminuir la mortalidad cardiovascular y la mortalidad por todas las causas, incluso cuando se efectúan sólo pequeñas cantidades de ejercicio (15 minutos al día). Los pacientes que han mantenido hábitos

sedentarios durante largo tiempo, que además poseen factores de riesgo cardiovascular y deciden iniciar a realizar ejercicio físico intenso o extenuante en forma precipitada, son proclives a presentar como complicación un síndrome coronario agudo. Por estos motivos que el inicio del ejercicio físico se gradual es decir que aumente de intensidad según el paciente la tolerancia al mismo. Se sugiere que algunas personas se sometan a una evaluación médica formal antes de involucrarse en un programa de ejercicio físico. Esta evaluación médica puede incluir la realización de una prueba de esfuerzo graduada u otro procedimiento diagnóstico complementario si el clínico lo considera apropiado. Algunos pacientes con hipertensión arterial pueden exhibir mala tolerancia al ejercicio físico si su esquema de fármacos incluye un beta-bloqueador, puesto que este puede interferir con el aumento de la frecuencia cardíaca y de gasto cardíaco inherentes. (Soto, 2018)

*Dieta Hiposódica.* Las recomendaciones para personas que tienen el diagnóstico de hipertensión arterial, es la ingesta moderada o restringida de sodio. Esto significa ingerir alrededor de 2.4 gramos de sodio al día, lo que equivale a unos 6 gramos de sal, aproximadamente. Alcanzar este objetivo y mantenerlo durante un tiempo prolongado no debería ser tan difícil como podría parecer, especialmente si se considera que la mayor parte del sodio que se ingiere en la dieta diaria proviene de alimentos procesados industrialmente. Es decir, ningún alimento en su estado natural es rico en sodio. Aproximadamente el 75% del sodio ingerido proviene de alimentos procesados. De manera que bastaría con evitar, la mayor parte del tiempo, los alimentos procesados y no adicionar innecesariamente sal a los alimentos una vez servidos para lograr una restricción moderada del consumo de sodio en la dieta.

La excreción urinaria también se ha usado como un indicador de la carga de sodio y la ingesta que realizan los pacientes, así, se observó que una excreción urinaria de sodio disminuida (menor de 3 gramos al día, equivalente a menos 7 gramos de sal) se asoció a una elevada mortalidad y mayor frecuencia de eventos cardiovasculares, tanto en sujetos sin hipertensión arterial, así como también en aquellos con esta condición clínica. Por otra parte, se apreció que individuos con una alta ingesta de sodio (6g/día, equivalente a >15g de sal/día) presentaban más eventos cardiovasculares sólo si son hipertensos; en aquellos sin hipertensión no se observan eventos adversos. El aumento de la presión arterial en sujetos con un alto consumo de sal es mayor en los hipertensos que en quienes no lo son.

Todos los fármacos usados en el tratamiento de la hipertensión arterial ven su efectividad se elevada al estar complementada con la dieta moderadamente hiposódica. Se ha demostrado

también que reducir la ingesta de sodio moderadamente, determinó una mayor reducción de la presión arterial y de la proteinuria que la adición de un bloqueador del receptor de la angiotensina II. En pacientes con hipertensión arterial en tratamiento con diuréticos, una restricción moderada de la ingesta de sodio disminuye la incidencia de hipocalcemia inducida por estos medicamentos en relación con pacientes con el mismo tratamiento con diuréticos pero que no tienen cambios en el consumo de sodio es decir una dieta rica en sodio.

*Controles de la enfermedad.* Toda enfermedad que requiere un tratamiento a largo plazo, sea farmacológico o no, debe someterse al control periódico de la enfermedad, de manera que se pueda comprobar y reajustar la efectividad de tratamiento. “El incumplimiento del tratamiento farmacológico para controlar la hipertensión es un problema frecuente, que puede aumentar la morbilidad y mortalidad asociadas a este trastorno. Disminuir el número de dosis diarias se debe considerar una estrategia de primera línea. Así como también, se debe administrar medicamentos en combinación de dosis precisas en un solo comprimido, debido a que la mayoría de los pacientes necesitan de uno o varios fármacos para controlar la hipertensión”. (Pragna Patel, 2017)

*Suplemento de potasio.* Una dieta rica en potasio puede tener el efecto favorable al causar una disminución la presión arterial. Una dieta abundante en potasio puede tener efectos beneficiosos sobre la presión arterial con hasta la reducción de 3.5/2.0mmHg en la población general. Es interesante que este efecto es aún más acentuado en hipertensos, con reducciones de la presión arterial del orden de 5.3/3.1mmHg. Un aumento del consumo de potasio dietario del orden de unos 1600mg/día, adicionales se asocia a una significativa disminución en el riesgo de sufrir un ataque cerebro vascular (20% menos).

Los suplementos farmacológicos de potasio solo se deben prescribir en pacientes con hipocalcemia secundaria al uso de diuréticos. Su uso en pacientes con hipertensión arterial con valores normales de sodio no es beneficioso en tal caso pueden provocar hipercalemia al interactuar con algunos de los fármacos que se utilizan frecuentemente en el tratamiento de la hipertensión arterial (p. ej., inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina II, bloqueadores o antagonistas del receptor de aldosterona).

#### **4.1.4 Complicaciones.**

La hipertensión arterial es un factor independiente y que predispone a la insuficiencia cardiaca, la arteriopatía coronaria, la apoplejía (accidente cerebrovascular), nefropatías y

arteriopatías periféricas. Y como consecuencia tenemos que las cardiopatías constituyen la causa más común de muerte en pacientes con hipertensión arterial. La cardiopatía por hipertensión es el resultado de adaptaciones estructurales y funcionales que culminan en hipertrofia de ventrículo izquierdo, anomalías del flujo sanguíneo por arteriopatía coronaria aterosclerótica y enfermedad microvascular, así como arritmias cardíacas. La insuficiencia cardíaca congestiva se debe o depende de disfunción sistólica, diastólica o una combinación de las dos. Las anomalías de la función diastólica se modifican desde la cardiopatía asintomática hasta la insuficiencia cardíaca evidente y son comunes en los individuos con hipertensión arterial.

Los sujetos en insuficiencia cardíaca diastólica no pierden la fracción de expulsión, que constituye un índice de la función sistólica. Aproximadamente 33% de personas con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) presentan función sistólica normal, pero diastólica anormal. La función diastólica alterada es consecuencia temprana de una cardiopatía que depende de la hipertensión arterial y se complica por hipertrofia ventricular izquierda e isquemia. El cateterismo cardíaco es una opción que permite valorar precisamente la función diastólica. Como otra posibilidad, podrá valorarse la función diastólica por medio de algunos métodos no penetrantes que incluyen ecocardiografía y angiografía con radionúclidos. La apoplejía (o accidente cerebrovascular) ocupa el segundo lugar en frecuencia como causa de muerte y el factor de mayor peso en el riesgo de que surja la apoplejía es la hipertensión. En promedio, 85% de las apoplejías provienen de infarto y el resto, de hemorragia intracerebral o subaracnoidea.

La hipertensión arterial viene acompañada de la alteración de las funciones cognitivas en la población de ancianos, y estudios longitudinales refuerzan la relación entre la hipertensión en la etapa media de la vida y el deterioro cognitivo de la etapa posterior.

La deficiencia cognitiva y la demencia por hipertensión arterial pueden ser consecuencia de un gran infarto causado por oclusión de un vaso de mayor calibre o múltiples infartos lacunares provocado por enfermedad oclusiva de vasos finos que concluye en isquemia de la sustancia blanca subcortical. Los datos de algunos estudios en seres humanos sugieren que el tratamiento con antihipertensivos ofrece efectos beneficiosos en la función cognitiva, si bien sigue siendo un terreno activo de investigación.

La nefropatía primaria establece la entidad más común que ocasiona hipertensión secundaria. Entre los mecanismos de la hipertensión arterial de origen renal están la poca capacidad de los riñones para eliminar sodio, la secreción exagerada de renina en relación con el estado volumétrico y la hiperactividad del sistema nervioso simpático. Por lo contrario, la hipertensión es un factor de riesgo de daño renal y de nefropatía terminal. El mayor riesgo vinculado con la hipertensión arterial es gradual, continuo y persistente en toda la distribución de las presiones arteriales por arriba del nivel óptimo. La proteinuria es un marcador fiable de la gravedad de la nefropatía crónica y es un elemento que permite conocer anticipadamente su evolución.

Los individuos que eliminan por la orina más de 3 gramos de proteína en 24 horas tienen una evolución mucho más rápida, en comparación con aquellos cuya excreción de proteína es menos acelerada. Las lesiones vasculares ateroscleróticas vinculadas con la hipertensión arterial en el riñón afectan mayormente a las arteriolas preglomerulares, con lo cual surgen alteraciones isquémicas en los glomérulos y estructuras posglomerulares. El daño glomerular también puede ser consecuencia de lesión directa de los capilares glomerulares causada por riego glomerular excesivo. La vasculatura, además de asistir a la patogenia de la hipertensión, pueden recibir los efectos de la enfermedad aterosclerótica que es resultado de la hipertensión arterial de larga evolución.

Los sujetos hipertensos con arteriopatía de las extremidades pélvicas están expuestos a un mayor riesgo de presentar en lo futuro enfermedades cardiovasculares.

## **4.2 Adherencia al tratamiento**

La OMS define la adherencia al tratamiento como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas por el personal de salud para el manejo de su patología. La adherencia terapéutica es fundamental para el éxito del tratamiento, teniendo un impacto apreciable en el control y los resultados clínicos. Los pacientes con buena adherencia presentan mejores cifras de hemoglobina glicosilada, menor riesgo de ingresos hospitalarios, así como menor mortalidad y menor consumo de recursos sanitarios (García, 2019).

### ***4.2.1 Tipos de adherencia al tratamiento.***

Señalan los siguientes: Adherencia tratamiento no farmacológico. Hace referencia a las recomendaciones relacionadas con cambios en los estilos de vida como plan de alimentación, ejercicio, control de peso, abandono o disminución de hábitos nocivos; adherencia al tratamiento farmacológico. Se refiere a las recomendaciones relacionadas con los medicamentos como: tipo de medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre horarios de administración

#### ***4.2.2 Factores que influyen en la adherencia.***

La adherencia al tratamiento puede estar influenciada por múltiples factores que se pueden clasificar según su relación con el paciente, con el medio ambiente, con la patología, con la relación médico-paciente o con el propio tratamiento. Factores socioeconómicos. La estabilidad familiar y el acompañamiento aseguran el cumplimiento de buenas conductas terapéuticas, así como también la participación en grupos sociales que mantienen como meta la salud; así mismo pertenecer a un grupo interdisciplinario correspondiente a su patología, se refleja en una mejor adherencia; Por otro lado, el buen control de la enfermedad, la adherencia al tratamiento no está relacionado necesariamente con un mayor poder adquisitivo; sin embargo, las preocupaciones económicas dejan en segundo plano el cumplimiento terapéutico en muchos de los pacientes (acceso a servicios de salud y fármacos de calidad) (Ortega, 2019).

Factores relacionados con el paciente. Se deben principalmente a la disminución o pérdida de funciones sensoriales como la visión y la audición, lo que dificulta al paciente obtener la información adecuada de las recomendaciones dadas por el personal médico. Por lo que en base a la funcionalidad del paciente se ha evidenciado que aproximadamente el 50% de personas adultas mayores no toman la medicación y que entre el 25 al 60% de los adultos mayores que la toman lo hacen de forma incorrecta. (García, 2019).

Otros factores relacionados con el paciente son las alteraciones del estado de ánimo como depresión, ansiedad, entre otras; lo que ocasiona una falta de atención y seguimiento de su tratamiento; adaptabilidad a los síntomas de la enfermedad que ocasiona que el paciente no consulte al médico; bajo nivel de escolaridad pues se ha evidenciado que constituye una barrera en la comunicación con el personal de salud y con la familia; estado civil ya que se ha observado que las personas solteras tienen mayor probabilidad de abandono del tratamiento en comparación con las personas casadas; la personalidad, la actitud frente a la enfermedad,

su motivación para recuperar la salud, el conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo también son factores que influyen en la adherencia al tratamiento (Del Duca, Gallegos, Da Col, & Trenchi, 2018).

Las creencias del paciente en relación al tratamiento y su garantía también son factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

En los factores relacionados con el sistema sanitario está comprobado que una buena relación médico paciente puede optimizar la adherencia terapéutica. Es evidente que se obtiene efecto negativo en circunstancias donde existe dificultad en el acceso a la atención médica (distancia al centro de salud, incompatibilidad de horarios, medio rural, etc.). Dificultad en recibir instrucciones claras sobre la administración y acción de los fármacos, así como tener prescripciones realizadas por diferentes profesionales, también han sido relacionadas con una menor adherencia. En cambio, presenta beneficios a la adherencia al tratamiento al reducir las veces que se han de recoger fármacos en farmacia (García, 2019)

Factores relacionados con los tratamientos que influyen sobre la adherencia son muy variados. Empeoran la adherencia el haber presentado efectos secundarios y la disminución de la calidad de vida con la ingesta de los fármacos. Al hablar sobre el régimen terapéutico, la complejidad del mismo tiene efecto negativo, la frecuencia de dosis, la distribución de dosis al día (peor adherencia las dosis a mitad del día) y los fármacos inyectables. Tiene beneficios sobre la adherencia, dosis únicas al día sobre dosis más frecuentes, los regímenes simples, utilizar combinaciones a dosis fijas y sobre todo la participación del paciente en la elección del tratamiento. (Jensen, Jørgensen, Hansen, Aagaard, & Carstensen, 2018).

Factores relacionados con la enfermedad constituyen requerimientos particulares relacionadas con la patología que enfrenta el paciente. Algunos determinantes importantes de la adherencia terapéutica son los relacionados con la afectación de los síntomas, el nivel de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la rapidez de progresión y la gravedad del padecimiento y la accesibilidad de tratamientos efectivos. Su consecuencia depende de cuánto influyen la percepción de peligro de los pacientes, la relevancia del tratamiento, de seguimiento y la prioridad determinada a la adherencia terapéutica. Se ha encontrado que presentan mejor adherencia las personas con más años de evolución de la diabetes y con enfermedades cardiovasculares asociadas (López, y otros, 2019).



Factores relacionados con el medio ambiente, se determinó que el entorno familiar es importante para la adherencia al tratamiento, pues se determinó que existe un mayor porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento si presentan disfunción familiar o aislamiento del entorno social, al igual que el hecho de no informar a la familia sobre la enfermedad. Por lo que es importante considerar positivo el apoyo familiar y social para la adherencia al tratamiento.

#### ***4.2.3 Métodos de evaluación de la adherencia al tratamiento.***

De acuerdo con Ramos (2019) evaluar la adherencia consiste en atribuir o no al régimen instaurado los resultados de salud que se han logrado, y poder optimizar así los tratamientos para realizarlos más efectivos y eficientes. Expone que existen diversas formas de evaluar la adherencia terapéutica, entre ellas están las obtenidas por medios subjetivos (como el hacer preguntas al médico sobre el paciente), por métodos estandarizados (como el aplicar cuestionarios o escalas estandarizadas y validadas a los pacientes) y las obtenidas por medios objetivos (conteo de medicamentos ingeridos, mediciones bioquímicas obtenidas por muestras de orina o de sangre por marcadores biológicos no tóxicos, incluyendo la toma de presión arterial en el momento).

Si bien la OMS declara que ninguna estrategia de medición única se ha considerado por sí misma como óptima para medir el comportamiento de adherencia terapéutica debido a que todos los métodos tienen ventajas e inconvenientes; sin embargo señala que los cuestionarios para medir el comportamiento y mejorar el tratamiento pueden ser mejores factores predictivos del comportamiento de adherencia terapéutica y que un enfoque multi-métodos que combina medidas objetivas razonables y de auto notificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica.

#### ***4.2.4 Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica.***

Para la OMS (2018), desarrollar la efectividad de las intervenciones sobre la adherencia puede tener unos efectos más beneficiosos sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos.

- a. Simplificación de los tratamientos.
- b. Disminución en la frecuencia de dosis diaria, es decir, administrar los medicamentos una sola vez al día.

- c. Asistencia de las nuevas tecnologías: intervenciones a través de Internet y de telefonía móvil (llamadas telefónicas recordatorias y envío de SMS), han demostrado optimizar adherencia a estilos de vida saludables y al tratamiento farmacológico.
- d. Intervenciones cognitivo-educativas realizadas por diferentes profesionales: educar y motivar a los pacientes para comprender la patología y su tratamiento, aumenta las posibilidades de ser adherentes a los mismos.
- e. Intervenciones psicológicas: la entrevista motivacional no ha demostrado mejorar la adherencia. A diferencia de las intervenciones de psicoterapia breves elaboradas en consultas de 15 minutos han manifestado favorecer la aceptación del tratamiento y de la adherencia del paciente (Fall, y otros, 2019).

## 5. Metodología

### 5.1 Área de estudio:

La presente investigación se realizó en los barrios Labanda (-3.955441,-79.220664), Motupe (-3.942216, -79.227927) y Pucacocha (-3.949999, -79.221539). Pertenecientes a la parroquia de Carigan, se encuentra ubicados en el sector a Norte a 7 Km del centro de la ciudad de Loja.

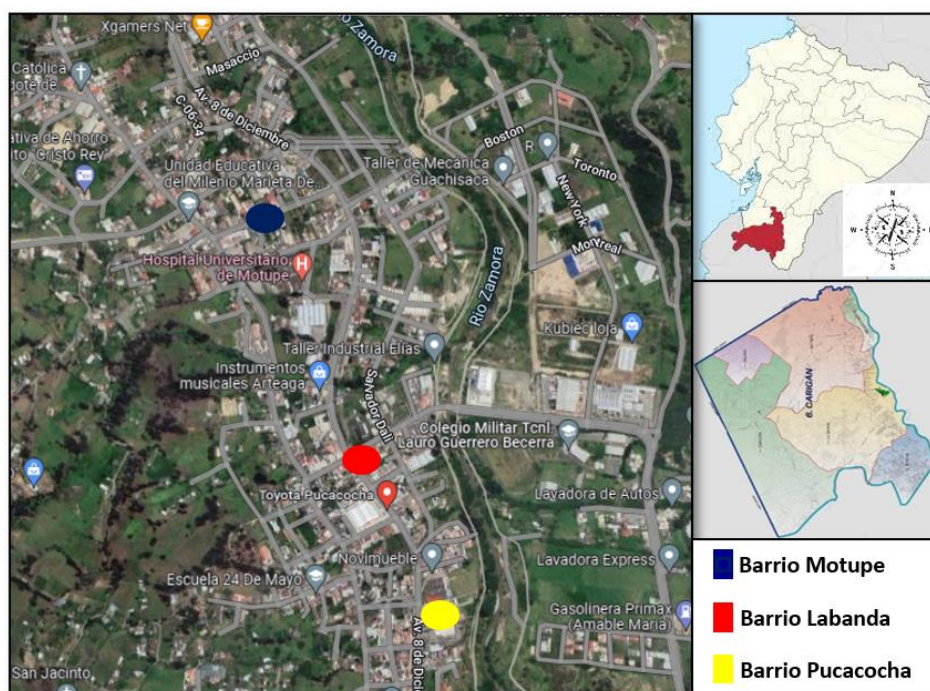


Figura 1. Ubicación de los Barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

Nota: Se muestra una captura satelital de la ubicación de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

Tomado de: Google maps 2022

### 5.2 Enfoque metodológico:

Se desarrolló una investigación de enfoque cuantitativo.

### 5.3 Tipo de diseño:

Se realizó un estudio de diseño tipo descriptivo, observacional transversal, durante el periodo octubre 2022 a marzo 2023.

### 5.4 Unidad de estudio:

La población objeto de estudio se obtuvo a base de la información de la estrategia HEARTS estuvo constituida por pacientes previamente diagnosticados con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

### **5.5 Universo y muestra:**

El universo y muestra fue constituido por 134 pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, del período de octubre 2022 a marzo 2023, que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión.

### **5.6 Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes con hipertensión arterial que residen en la zona de estudio
- ✓ Pacientes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

### **5.7 Criterios de exclusión inclusión:**

- ✓ Pacientes que no desearon participar en el desarrollo de la investigación.
- ✓ Pacientes que no completaron la información requerida mediante la aplicación de los tests.

### **5.8 Técnicas:**

Para el desarrollo de la investigación se realizó la recolección de datos utilizando los siguientes instrumentos: consentimiento informado, aplicación de la ficha de recolección de datos sociodemográficos, Test de Morisky, Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ) y Test de Batalla.

#### **5.8.1 Instrumentos:**

**Consentimiento informado.** se elaboró según lo establecido por el comité de evaluación de ética de la investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se utilizó con el fin de invitar a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio pueda ser utilizada por el investigador del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. (Anexo.5).

**Ficha de recolección de datos sociodemográficos.** Se elaboró una hoja de recolección de datos, que consta de lugar, la fecha y las variables de edad, sexo, ingreso económico, vive solo o acompañado, lugar de procedencia, estado civil y ocupación. (Anexo 6)

**Test Morisky.** Morisky D, Ang A, Krousel- Wood M, Ward H, son los autores del test en el 2008, que valora si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Demostró ser confiable (alfa de Cronbach=0,83). Presentó una buena validez concurrente y

predictiva. Según la Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual, realizada por Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Rodríguez Pérez A, Batanero Hernán C, Pérez Merino EM. (Anexo 7)

**Test de Batalla.** Este cuestionario creado por Batalla se basa en que un mayor conocimiento por parte del paciente sobre su enfermedad representa un mayor cumplimiento. Se realizan tres preguntas y si el paciente falla en alguna de ellas, se considera que no es adherente. (Anexo 8)

**Test BMQ.** (Cuestionario de creencias al medicamento) creado por Horne, Weinman y Hankins en 1999 para analizar las creencias de los pacientes sobre la medicación y que pueden influir en la adherencia terapéutica. Este test se compone de dos secciones: una que evalúa las creencias sobre la medicación en general (BMQ General) información que será obtenida para la elaboración de la estrategia educativa y otra parte que valora las opiniones del paciente sobre su tratamiento específico (BMQ-Específico) información que nos servirá para el resultado del segundo objetivo. La confiabilidad por alfa de Cronbach para el BMQ-General y Específico fue de 0.82 y 0.78 respectivamente. Según la Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire, realizada por Marina Beléndez-Vázquez, Antonio Hernández-Mijares, Robert Horne y John Weinman en el 2017 (Anexo 9)

## **5.9 Procedimiento**

Este estudio se llevó a cabo siguiendo los lineamientos de la Universidad Nacional de Loja primero con la aprobación del proyecto de investigación por parte de la Directora Académica de la Carrera de Medicina, se solicitó la pertinencia (Anexo 1) seguido por la asignación del director de tesis (Anexo 2). Una vez asignado el director, se solicitó la recolección de datos (Anexo 3) y se procedió a la aplicación de los instrumentos directamente a los pacientes. Luego se elaboró una base de datos en el programa Excel en la misma que se tabulo la información para el procesamiento de datos para el informe de investigación final.

## **5.10 Equipos materiales:**

Los equipos utilizados fueron: computadora, impresora, tensiómetro, estetoscopio.

Materiales de oficina: esferos, hojas de impresión, lápiz, borrador.

### **5.11 Procesamiento y análisis de datos**

Se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel a partir de las respuestas obtenidas de los cuestionarios aplicados a los participantes y se los analizó estadísticamente mediante el mismo programa. Para el análisis se utilizaron tablas debido a que organiza de una mejor manera los datos estadísticos obtenidos como resultados de las encuestas y nos proporciona una mejor visualización.

## 6. Resultados

Caracterización sociodemográfica de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

### Resultado del Objetivo 1

Tabla 1. *Características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, periodo octubre 2022 a marzo 2023*

Variables sociodemográficas		MOTUPE	LABANDA	PUCACOCHA	f	%	
<b>SEXO</b>	FEMENINO	39	28	29	96	72.13	
	MASCULINO	14	13	11	38	27.87	
	<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>41</b>	<b>40</b>	<b>134</b>	<b>100.00</b>	
<b>EDAD</b>	35-39 AÑOS	8	6	4	18	13.11	
	40-49 AÑOS	17	13	14	44	32.79	
	50-59 AÑOS	15	11	13	39	29.51	
	60-64 AÑOS	13	11	9	33	24.59	
<b>INSTRUCCIÓN</b>	BÁSICA	11	4	3	18	13.11	
	SECUNDARIA	30	23	28	81	60.66	
	SUPERIOR	12	14	9	35	26.23	
<b>OCUPACIÓN</b>	TRABAJADOR PUBLICO	8	5	4	17	13.11	
	TRABAJADOR PRIVADO	9	8	5	22	16.39	
	COMERCIANTE	11	6	5	22	16.39	
	JUBILADO	4	3	4	11	8.20	
	AMA DE CASA	21	19	22	62	45.90	
	<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTERO	3	4	4	11	8.20
		CASADO	15	16	17	48	36.07
UNIÓN LIBRE		35	19	18	72	54.10	
VIUDO		0	2	1	3	1.64	
<b>ETNIA</b>	MESTIZO	53	41	40	134	100.00	
<b>AFILIACIÓN AL IESS</b>	SI	21	16	14	51	37.70	
	NO	32	25	26	83	62.30	
<b>INGRESO ECONÓMICO</b>	1 SBU	16	10	8	34	24.59	
	2 SBU	14	13	12	39	29.51	
	NINGUNO	23	18	20	61	45.90	
<b>LUGAR DONDE ADQUIERE LA MEDICACIÓN</b>	FARMACIA	29	30	33	92	68.85	
	CENTRO DE SALUD	24	11	7	42	31.15	
<b>MEDICAMENTO ANTIHIPERTENSIVO QUE UTILIZA</b>	LOSARTAN	37	27	26	90	67.21	
	ENALAPRIL	16	14	14	44	32.79	
<b>TIEMPO DE DIAGNOSTICO</b>	1-4 AÑOS	14	6	4	24	18.03	
	5-9 AÑOS	31	28	29	88	65.57	
	10-14 AÑOS	3	5	3	11	8.20	
	15 AÑOS O MAS	5	2	4	11	8.20	

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado:** Erika Priscila Sarabia Veintimilla

Como se identifica en la tabla el 72.13% (n=96) de pacientes pertenecen al sexo femenino y el 27,87% (n=38) al sexo masculino. El 32.79% (n=44) corresponden al rango de edad de 40-49 años, seguido del 29.51% (n=39) tienen edades entre 50 a 59 años. El 54,10 % (n=72) viven en unión libre y el 1,64 (n=3) son viudos. El 60,66 % (n=81) tienen educación secundaria. El 65,57 % (n=88) padecen la enfermedad desde 5 a 9 años, el 18,03 % (n= 24) padecen la enfermedad desde hace 1 a 4 años. En relación con el tipo de tratamiento farmacológico el 67,21 % (n= 90) utilizan losartan y el 32,79 % (n=44) utilizan enalapril.

## Resultado del Objetivo 2

**2.1.** Evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

Tabla 2. *Cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, periodo octubre 2022 a marzo 2023*

Test de Morisky (Adherencia farmacológica)	f	%
Adherente (Cumplidor)	35	26.12
No adherente (No cumplidor)	99	73.88
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado:** Erika Priscila Sarabia Veintimilla

En los resultados obtenidos el 26.12% (n=35) se adhieren adecuadamente al tratamiento, El 73.88% (n=99) no presentan adherencia al tratamiento.

**2.2.** Evaluar el grado de conocimiento de la enfermedad de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

Tabla 3. *Grado de conocimiento de la enfermedad en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, periodo octubre 2022 a marzo 2023*

Test de Batalla (Conocimiento de la enfermedad)	f	%
Conoce	64	47.76
No conoce	70	52.24
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado:** Erika Priscila Sarabia Veintimilla

Como se puede observar, el 47.76% (n=64) tienen conocimiento sobre la enfermedad y el 52.24% restante (n=70) no tienen conocimiento sobre la enfermedad.



**2.3.** Evaluar la creencia sobre los medicamentos de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

Tabla 4. *Análisis de las creencias de los pacientes sobre la medicación de hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, periodo octubre 2022 a marzo 2023.*

Test BMQ (Creencias sobre la medicación)	<i>f</i>	%
<b>Necesidad (Mejor adherencia terapéutica)</b>	71	52.98
<b>Preocupación (Menor adherencia terapéutica)</b>	63	47.02
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado:** Erika Priscila Sarabia Veintimilla

Se ha observado el 52.98% (n=71) tienen mayor puntuación en la subescala «necesidad» que está relacionada con una mejor adherencia terapéutica, mientras que 47.02% (n=63) una mayor puntuación en la subescala «preocupación» que se correlaciona con una menor adherencia.

### **Resultado objetivo 3**

**3.1.** Promocionar el uso responsable del medicamento a los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL USO RESPONSABLE DEL MEDICAMENTO  
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL”.**

#### **Introducción:**

El término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

La adherencia al tratamiento está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. Es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva. Es factible considerar que la mayoría de las enfermedades de alta incidencia en la población se podrían prevenir, tratar y curar con un compromiso activo por parte del paciente y por la entidad de salud que lo atiende.

En el caso de la hipertensión arterial, existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable, todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad.

Actualmente se considera que los factores de riesgo están aumentando a medida que cambian

las condiciones de vida y de trabajo de las personas hacia hábitos alimenticios menos saludables, menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios, permisividad del consumo de sustancia psicoactivas ilegales. Lo que hace más evidente la importancia de la participación activa del paciente en el cumplimiento de la toma de los medicamentos y en el cambio de hábitos y estilos de vida para la prevención y/o tratamiento de las patologías.

### **Objetivos:**

- **General:**

Ampliar el conocimiento acerca de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha

### **Específicos:**

- Socializar información actualizada de hipertensión arterial, causas y complicaciones.
- Proponer medidas que mejoren la adherencia al tratamiento.
- Identificar los beneficios de una adecuada adherencia al tratamiento.

### **Desarrollo:**

La estrategia educativa para la promoción del uso adecuado de la medicación se realizó tomando en consideración los objetivos y actividades que deben elaborarse para conseguirlos.

1. Se elaboró un video que contengan información sobre las posibles causas que llevan a un paciente a adquirir hipertensión arterial y las afectaciones en la salud; para difundirlo en redes sociales.
2. Se realizó trípticos sobre las medidas que ayudan a controlar la enfermedad y detallan los beneficios de un estilo de vida saludable.
3. Se propuso a las autoridades de barriales el desarrollo de actividades de promoción de la salud como disminuir el consumo de sal para concientizar a los a los residentes sobre la necesidad de hablar y tratar esta enfermedad como profesionales de la salud.

Se detallan las medidas de promoción del uso adecuado del medicamento sobre las cuales se

trabajó.

### ***Medidas que mejoran la adherencia terapéutica***

- **Utilización de sistemas recordatorio.** Existen distintos dispositivos electrónicos o métodos técnicos para recordar la toma de medicación entre los que destacan: la alarma a la hora de la toma la medicación en el móvil, o de aplicaciones a través de teléfonos inteligentes o tabletas.
- **La utilización de pastilleros.** Es el método más económico es un dispositivo donde se dispone la medicación por días de la semana que toma el paciente en el orden posológico prescrito. Este contenedor identifica mediante colores y pictogramas el día y la toma, así como algunas indicaciones especiales sobre la administración del tratamiento (tomar en ayunas, con líquidos abundantes, etc.).
- **Pacientes expertos:** formar pacientes más autónomos, para que transmitan los conocimientos y comparte experiencias durante las sesiones con otras personas que padecen la misma enfermedad, está en una posición privilegiada porque ha vivido en primera persona la misma experiencia.
- **Empoderamiento del paciente:** proporcionar información actualizada al paciente que contribuya en su conocimiento de la enfermedad y las medidas que debe implementar para mantener su enfermedad controlada y apoyar el comportamiento responsable posterior del mismo.
- **Realice actividad física:** El ejercicio es una buena opción para regular la presión arterial. Además de ayudar a mejorar el estado de salud. La recomendación general es realizar como mínimo 30 minutos diarios de actividad física por día.

### **Recursos educativos:**

- Video informativo sobre la presión arterial y los beneficios de la adherencia al tratamiento se adjunta link del video: <https://drive.google.com/drive/folders/1ps2QqwuE5ruBIX9qNWGB9nZbjLtyNVd4> (Anexo 12).
- Tríptico con contenidos de adherencia al tratamiento, presión arterial y beneficios de la

medicación.

**¡EVITA COMPLICACIONES!!**

La hipertensión puede producir:

- Dolor cardíaco agudo. El exceso de presión puede reducir el flujo de sangre y causar que fluya al corazón.
- Dolor muscular (angina de pecho).
- Dolor de cabeza, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y la célula del músculo cardíaco muere debido a la falta de oxígeno.
- Insuficiencia cardíaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Fallo cardíaco isquémico, que puede conducir la muerte súbita.
- Obstrucción de la arteria de las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provoca un accidente cerebrovascular.

**¿SABÍAS QUE?**

- Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares suponen aproximadamente 17 millones de muertes por año en el mundo, solo la hipertensión arterial (HTA) es responsable de 9,4 millones de muertes.
- La Asociación Internacional de Alzheimer reconoció a la HTA como el principal factor de riesgo vascular modificable para desarrollar deterioro cognitivo y demencia.
- En el control tensional hay un aspecto importante, que es el cumplimiento del paciente. Solo si se sigue de forma adecuada el tratamiento, farmacológico y no farmacológico, será posible alcanzar el objetivo terapéutico.

**Hipertensión arterial**

¿Que es, que hacer?

**Beneficios de los medicamentos**

**¡EVITA COMPLICACIONES!!**

**JUNTOS POR UNA VIDA DE CALIDAD**

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**¿Qué es?**

La hipertensión arterial es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más alto es el riesgo que sufrirá el corazón para bombear.

Una de las características de esta enfermedad es que puede ser silenciosa y los síntomas pueden tardar mucho tiempo en manifestarse. Sin embargo, controlar el factor de riesgo cardiovascular más prevención.

**Categorías de Presión Arterial**

Categoría	Presión sistólica (mmHg)	Presión diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Normal alta	120-139	80-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	180 o más	110 o más

**¿Qué hacer?**

Usar puede bajar su presión arterial haciendo cambios como:

- No fumar y evitar el alcohol.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Mantener un peso saludable.
- Comer alimentos saludables.
- Controlar el estrés.

Controlar mediante medicación de hipertensión arterial.

**¡¡¡Importante!!!**

La adecuada adherencia al tratamiento ayuda a prevenir complicaciones, los medicamentos controlan su presión arterial. Si su médico le receta medicamentos para la presión arterial alta es importante tomarlos todos los días a una hora fija para establecer un hábito.

**Beneficios de los medicamentos**

Los antihipertensivos optimizan el control de la hipertensión, disminuyen la mortalidad cardíaca y cerebrovascular en forma considerable. Los antihipertensivos disminuyen la incidencia de demencia y retrasan en un 70% la progresión de cuadros ya diagnosticados.

**METAS DEL TRATAMIENTO.**

La principal meta del tratamiento consiste en lograr una presión arterial menor a 140/90 mm de Hg.

Todas las clases de fármacos existentes son apropiadas para el inicio y el mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, el empleo del tratamiento individualizado es el que la elección del fármaco se hace, fundamentalmente, en función de los factores de riesgo cardiovascular o de las enfermedades asociadas a la

## 7. Discusión

La hipertensión arterial es una enfermedad que se caracteriza la persistentemente tensión elevada de los vasos sanguíneos, la sangre se distribuye desde el corazón a todo el cuerpo por medio de los vasos sanguíneos, es uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad renal crónica. La presión arterial es un rasgo multifacético, afectado por la nutrición, el medio ambiente y el comportamiento a lo largo del curso de la vida, incluida la nutrición y el crecimiento fetal y la infancia, la adiposidad, los componentes específicos de la dieta, especialmente la ingesta de sodio y potasio, el consumo de alcohol, el tabaquismo y la actividad física, la contaminación del aire, el plomo, el ruido, el estrés psicosocial y el uso de medicamentos para bajar la presión arterial. El presente trabajo investigativo se realizó en los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha., a quienes se les aplicó una ficha sociodemográfica, así como el Test de Morisky, Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ), Test de Batalla.

En esta investigación se establece que el 32.79% de participantes tienen edades comprendidas entre 40-49 años, predominando el sexo femenino con 72.13%, sobresaliendo el estado civil registrado de unión libre con un 54.10 %, además el 60,66% de los pacientes tienen educación secundaria, y el 65,57% padecen la enfermedad desde 5 a 9 años. Esto tiene similitud con un estudio realizado por Carrión Contreras en el año 2020, sobre Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón, en el cual el 56% de pacientes se encuentra en un rango de edad entre 53 y 74 años, el 56% pertenece al sexo femenino y en menor porcentaje el sexo masculino con el 44%, en cuanto a la instrucción se observó que el 57% de paciente hipertensos termino la primaria (Carrión, 2020). En Colombia en el estudio realizado por Romero el 69% eran mujeres, el 99% pertenecían al estrato socioeconómico bajo y medio, semejante a nuestras características sociodemográficas.

En Ecuador el porcentaje de pacientes con hipertensión es un poco más elevado en hombres que mujeres. Desde el año 2015, la hipertensión arterial y otras patologías relacionadas superan los 7.500 egresos hospitalarios al año. En el 2017 se reportaron 5.776 solo por hipertensión primaria, según el registro estadístico de Egresos Hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (Silvano Bertozzi, 2019).

En la presente investigación el 26.12% de los pacientes se adhieren adecuadamente al tratamiento, el 73.88% no presentan adherencia al tratamiento según los resultados del Test de Morisky y el 47.76% tienen conocimiento sobre la enfermedad y el 52.24% restante no tienen conocimiento sobre la enfermedad según el test de Batalla, además que en el Test BMQ

(Creencias sobre la medicación) el 52.98% tienen mayor puntuación en la subescala «necesidad» que está relacionada con una mejor adherencia terapéutica, mientras que 47.02% una mayor puntuación en la subescala «preocupación» que se correlaciona con una menor adherencia.

Al comparar con un estudio sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial realizado por Carrión en el año 2020, con experiencia en una unidad de medicina familiar de tipo descriptivo y transversal, donde se incluyeron a pacientes con hipertensión arterial con una población de 348 se encontró que el 52.01% contaba con una adecuada adherencia y un 47.99% no contaba con adherencia terapéutica. (Carrión, 2020), muestra un comportamiento distinto a los reportados por Hernández en el año 2021 en Pinar del Río-Cuba, en el cual el 47,5 % de los pacientes estudiados se adhirieron al tratamiento antihipertensivo similar a los resultados de nuestra investigación. (Hernández, 2021).

A partir de información obtenida se diseñó una estrategia educativa cuyo propósito es el uso responsable del medicamento de hipertensión arterial y ampliar el conocimiento acerca de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha. Y como objetivos específicos se plantea: Socializar información actualizada de hipertensión arterial, causas y complicaciones; Proponer medidas que mejoren la adherencia al tratamiento; Identificar los beneficios de una adecuada adherencia al tratamiento. En relación con las estrategias de educación que tienen énfasis en las prácticas de autocuidado son las que mejores resultados han logrado en el control metabólico y demás metas terapéuticas, propuestas que son respaldadas con otras investigaciones, como la de Martínez en el año 2019 y por otro lado ayudan a fortalecer la relación profesional entre la salud y el paciente (Martínez 2019).

En otra publicación realizada por Ortega en el año 2018 en México, propone que la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es un proceso muy complejo que continúa arrojando resultados poco concluyentes, por lo que el campo de la investigación de adherencia terapéutica se ha movido hacia nuevas estrategias con intervenciones individualizadas en lugar de estandarizadas. También se debe incluir al equipo médico multidisciplinario y enfatizar en la cooperación del paciente, entre otros factores que pueden generar estrategias capaces de lograr cambios reales. (Ortega, 2018).

## **8. Conclusiones**

Al caracterizar a los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Motupe, Labanda y Pucacocha se identificó que la mayoría tienen un rango de edad de 40 a 49 años, mayoritariamente pertenece al sexo femenino, viven en unión libre y padecen hipertensión arterial aproximadamente hace 5 a 9 años y el fármaco más utilizado es losartan.

Al evaluar la adherencia al tratamiento se identificó que la mayoría no es adherente, ni tiene conocimiento de la enfermedad, pero si tienen necesidad del medicamento que se relaciona a mayor adherencia al tratamiento.

Se diseñó una propuesta educativa para promocionar el uso responsable de la medicación y el propósito de ampliar el conocimiento de los residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, en la cual se plantea socializar información actualizada sobre la hipertensión arterial y sus complicaciones e identificar los beneficios de la adecuada adherencia.



## **9. Recomendaciones**

Sin duda, un paso esencial en la evaluación médica de los adultos es la medición de la presión arterial. Urge una estrategia educativa de salud pública y evaluar la adherencia del adulto al tratamiento al menos una vez al año debido a los hábitos poco saludables de los adultos de hoy en día, la alimentación inadecuada y la incapacidad para cubrir las necesidades nutricionales, la poca actividad física y estar sentado durante mucho tiempo frente al móvil, la televisión o el ordenador.

Se debe recurrir a la sensibilización a través de campañas para mostrar la importancia de los hábitos saludables en la prevención de enfermedades poco comunes años atrás. Todos los ciudadanos tenemos derecho a la salud, pero también tenemos la responsabilidad y la obligación de cuidar nuestra salud, no podemos seguir ampliando la gama de problemas de salud pública que obviamente son prevenibles. Los resultados de este estudio en la población urbana de la ciudad de Loja son realmente impactantes, por lo que es imperativo que el organismo local de salud (Centro de Salud Motupe) y el estado (MSP) estén al tanto de los problemas de salud actuales que se están presentando, especialmente en los adultos habitantes de Motupe, Labanda y Pucacocha de la ciudad de Loja.

Este estudio abre un área de oportunidad para futuras investigaciones y los datos recopilados deben ser compartidos con las autoridades pertinentes para desarrollar planes estratégicos para la adecuada adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

## 10. Bibliografía

Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial . MEDISAN, 2434. Campos, I., Hernández, L., Rosalba, R., Pedroza, A., Medina, C., & Barquera, S. (2019). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Pública Mexicana, S144 -S150.

Argente, H., & Álvarez, M. (2013). *Semiología Médica. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Enseñanza - aprendizaje centrada en la persona*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Bendersky, M., & Sánchez, R. (2018).

Carhuallanqui, R., Diestra, G., Tang, J., & Málaga, G. (2020). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 197-201.

Caycho, T., Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, N., & Carbajal, C. (2019). Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. *Pensamiento Psicológico - Revistas Javerianas*, 25- 35.

Chamorro, M., García, E., Busquets, A., Pérez, E., Chamorro, A., Faus, M., & Martínez, F. (2019). Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, 183-191.

Delucchi, A., Majul, C. V., & Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Revista de Federación Argentina de Cardiología*, 91-95.

Dois, A. (2019). Factores condicionantes y adherencia al tratamiento farmacológico en población hipertensa. *Revista Horizonte de Enfermería*, 27-38.

Dulong, M. (2016 ). Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años - Hospital II EsSalud TARAPOTO 2016. Perú.

Fachado, A., Menéndez, M., & Gonzalez, L. (2019). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención Primaria*, 118-123.

Fernández, M., Acuna, A., Miranda, J., Diez, F., & Mala, G. (2018). Adherence to Pharmacotherapy and Medication-Related Beliefs in Patients with Hypertension in Lima, Peru. *Plos One*, 1-11.

Fernández, A. (2018). Manejo de la hipertension arterial. *iMedPub Journals*, 1-11.

García, M., Martínez, A., Martínez, E., & Carbonell, I. (2019). Tendencias y pronósticos de la hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba (2001-2015). *MEDISAN*, 434.

García, N., Cardona, D., Segura, Á., & Garzón, M. (2018). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 528-534.

Hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 revisión. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas*, 83-90. Berenguer, L. (2019).

Holguín\*, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2018). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*, V(3). Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672006000300009#:~:text=Para%20la%20OMS%20\(2003\)%20la,el%20profesional%20de%20la%20salud](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009#:~:text=Para%20la%20OMS%20(2003)%20la,el%20profesional%20de%20la%20salud).

Huerta, B. (2019). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, s208 - s210.

Kasper, D., Hauser, S., Jameson, L., Fauci, A., Logo, D., & Loscalzo, J. (2019). *Harrison: Principios de Medicina Interna*. México: Mc Graw Hill.

La Hora. (13 de Mayo de 2019). El estilo de vida saludable reduce la hipertensión. *La Hora Loja*, pág. C4.

Leivys, M., Acosta, M., Dueñas, A., Armas, N., de la Noval, R., & Castellanos, J. (2019). Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 1-6.

León, A., Lopez, S., & Álvarez, C. (2019). técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 49 -55. 43

María Paz Carrión Contreras, I. C.-C.-C. (26 de 11 de 2021). Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.5039502>

Mena, F., Naza, G., & Mendoza, S. (2018). Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia Promoc. Salud*, 67-78.

Menéndez, E., Delgado, E., Fernández, F., Prieto, M., Bordiú, E., Calle, A., . . . otros, y. (2016). Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Revista Española de Cardiología*, 572- 578.

Ministerio de Salud Pública. (2019). Hipertensión Arterial. Guía Práctica Clínica (GPC) 2019. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/>

Nolasco, C., Navas, L., Carmona, C., López, M., Santamaría, R., & Crespo, R. (2015). Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, 282-289.

Noticias ONU. (20 de Mayo de 2019). OPS: La hipertensión causa 800.000 muertes cada año en América Latina y el Caribe. Obtenido de Noticias ONU: <https://news.un.org/es/audio/2015/05/1409181>

Organizacion Mundial de la Salud, O. (23 de Agosto de 2018). Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de Género y salud: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/gender>

Organización Mundial de la Salud. (17 de Octubre de 2019). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Obtenido de 2019: [https://ho.int/irisapps.w/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?sequence=1](https://ho.int/irisapps.w/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1)

Osorio, P. (2010). La Edad mayor como prouccion sociocultural. *Comunicación y Medios* , 30-35.

Pagès, N., & Valverde, I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 163-172.

Poma, J., Carrillo, L., & González, J. (2018). Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. *Revista Javeriana Universitas Medica* 59, (1), 1-8. 44

Rodríguez, J., Solís, R., Rogic, S., Román, Y., & Reyes, M. (2019). Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2019. *Revista de la Facultad de Medicina*, 55-60.

Romero, C. (2019). Disminución del consumo de sal en la población: ¿recomendar o no recomendar? *Revista Uruguaya de Cardiología*, 263-272.

Sabio, R. (2018). Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662018000300017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300017)

Sánchez, R., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O., . . . Zanchetti, A. (2019). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, 117-144.

Sanchez, R., Miryam, A., Baglivo, H., Velázquez, C., Kohlmann, O., Jiménez, J., . . . Zanchetti, A. (2018). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, 117-144.

Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E., & Romero, T. (2018). Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Revista Médica de Chile*, 1245-1252.

Tagle, R. (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Medica Chilena CONDES*, 12-20.

Universidad Privada Antenor Orrego Escuela de Medicina. Espinosa, A. (2018). Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. *Revista Finlay*, 66 - 74.

Valenzuela, A., Solorzano, F., Valenzuela, A., Durán, L., Samuel, d. L., Oropeza, P., . . . Soria, M. (2019). Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 249-260.

Wagner, P. (2018). Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 175-184.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., Burnier, M., . . . otros. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 71-78.

## 11. Anexos

### Anexo 1. Informe de Pertinencia

 1859	 Universidad Nacional de Loja	Facultad de la Salud Humana
<b>Oficio Nro. 2470-D-CMH-FSH-UNL</b> Loja, 1 de diciembre del 2022		
<p>Srta. Erika Priscila Sarabia Veintimilla <b>ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA</b> Ciudad.</p>		
<p>De mi consideración:</p>		
<p>Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: <b>“Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe”</b>, de su autoría; de acuerdo al informe de fecha 1 de diciembre de 2022 suscrito por el Dr. Byron Garcés Loyola, docente de la Carrera de Medicina Humana, quien indica que una vez revisado y corregido, considera <b>aprobado y pertinente</b> su proyecto de tesis, estableciendo el tema: <b>“Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe”</b>; puede continuar con el trámite respectivo.</p>		
<p>Atentamente,</p>		
	TANIA VERÓNICA CABRERA PARRA	
<p>Dra. Tania Verónica Cabrera Parra <b>DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA</b> Documento adjunto: Informe de fecha 1 de diciembre de 2022 suscrito por el Dr. Byron Garcés Loyola. (Digital)</p>		
<p>C.c.- Archivo, Secretaría</p>		
<p><b>Elaborado por:</b> Firmado digitalmente por ANA CRISTINA LOJAN GUZMAN Fecha: 2022-12-01 16:44:05:00</p>		
<p>Ing. Ana Cristina Loján Guzmán Secretaría de la Carrera de Medicina Humana</p>		

Anexo 2. Asignación director de tesis



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

**Oficio Nro. 2507-D-CMH-FSH-UNL**  
Loja, 12 de diciembre del 2022

Dr. Byron Patricio Garcés Loyola  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: titulado **“Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Universitario de Motupe”**, autoría de Erika Priscila Sarabia Veintimilla.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Escaneado digitalmente por:  
**TANIA VERONICA  
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

C.c.- Archivo, Secretaria, Estudiante Erika Priscila Sarabia Veintimilla

**Elaborado por:**

Firmado digitalmente por ANA  
CRISTINA LOJAN GUZMAN  
Fecha: 2022-12-12 15:45:05:00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán  
Secretaría de la Carrera de Medicina



Anexo 3. Permiso para la recolección de datos



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

Memorando Nro.: UNL-FSH-DCM-2023-0057  
Loja, 16 de enero de 2023

**PARA:** Srta. Erika Priscila Sarabia Veintimilla  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**ASUNTO:** Autorización recolección de datos

De mi consideración:

De acuerdo a lo solicitado y una vez cumplida con toda la documentación para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado: **“Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.”**; esta Dirección autoriza para que proceda con la recolección de los datos mediante consentimiento informado en **os barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.**

Atentamente,



Para su autenticación por:  
**TANIA VERÓNICA  
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

C.c.- Archivo, Secretaría

Elaborado por:



Para su autenticación por:  
**ANA CRISTINA  
LOJAN GUZMAN**

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán  
Secretaría de la Carrera de Medicina

## Anexo 4. Certificado del summary (Abstract)

Loja, 20 de junio del 2024

Lcda. Ménessis Marloweth Castillo Pardo  
Certified English Teacher

### CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés, del resumen del trabajo de titulación, titulado: "Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha." , el cual consta de doscientos cuarenta y uno (241) palabras. El trabajo realizado es previo a la obtención del título de Médica , de la autoría de la estudiante Erika Priscila Sarabia Veintimilla, con cédula de identidad Nro. 1750172288, de la Universidad Nacional de Loja.

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



Firmado digitalmente por:  
MÉNESSIS MARLOWETH  
CASTILLO PARDO

Lcda. Ménessis Marloweth Castillo Pardo  
**LICENCIADA EN PEDAGOGÍA DEL IDIOMA INGLÉS**  
**Número de registro: 1031-2023-2749324**  
**C.I.: 1104246465**

## Anexo 5. Consentimiento informado



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

**Consentimiento Informado.**

El presente consentimiento informado está dirigido a los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, durante el periodo octubre 2022 a marzo 2023, a quienes invitamos a participar en el estudio denominado “Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha”.

**Trabajo de titulación:** Erika Priscila Sarabia Veintimilla.

**Director:** Dr. Byron Patricio Garcés Loyola., Mg.Sc.

**Introducción:**

Yo, Erika Priscila Sarabia Veintimilla, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja me encuentro realizando una investigación sobre **“Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha”**.

Para participar de este proceso es necesario que sea autorizado por su representante.

**Propósito:**

Implementar estrategias educativas que mejoren la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, durante el periodo octubre 2022 a marzo 2023

**Tipo de investigación:**

La presente investigación incluirá datos personales y la aplicación del Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ), los test de Morisky y de Batalla juntamente con la validación española.

**Selección de participantes:**

Pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, durante el periodo octubre 2022 a marzo 2023.

**Confidencialidad:**

Se considera importante que debe saber que no se compartirá la identidad de aquellos que participen en este proyecto y que la información que se recoja en el transcurso de la investigación se mantendrá confidencial.

**Resultados de la investigación:**

La información que se obtendrá en la presente investigación será socializada dentro del cronograma de divulgación de resultados de investigación científica de la Universidad Nacional de Loja, cabe mencionar que no se revelará ni difundirá información de carácter personal.

**Ante cualquier duda contactar:**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea, puede contactarme por medio del teléfono celular 0969181549, o al correo electrónico erika.sarabia@unl.edu.ec

**Derecho a negarse o retirarse:**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Tanto si elige participar o no, continuarán normalmente y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y decidir que abandonará la investigación, aun cuando haya aceptado antes.

**CONSENTIMIENTO**

He sido invitado a participar en la investigación “Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha”. Entiendo que tendré que responder a cada uno de los indicadores mostrados en el cuestionario preparado por el Trabajo de titulación. Sé que no se me recompensará económicamente. Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, número telefónico y su correo electrónico.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente que participaré en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Cédula del participante \_\_\_\_\_

Firma del representante participante \_\_\_\_\_

Fecha (Año/mes/día) \_\_\_\_\_

Anexo 6. Hoja de recolección de información



Universidad  
Nacional  
de Loja

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**  
**Hoja de recolección de información**

**Fecha:**

1. **Sexo:** Femenino  Masculino

2. **Edad (años cumplidos):**

3. **Instrucción:**

- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior ( )
- Ninguna ( )

4. **Ocupación:**

- Desempleado ( )
- Empleado público ( )
- Empleado privado ( )
- Comerciante ( )
- Jubilado ( )
- Otro: \_\_\_\_\_

5. **Jornada laboral:**

- Tiempo completo ( )
- Medio tiempo ( )
- Ninguna ( )
- Otro: \_\_\_\_\_

6. **Estado civil:**

- Soltero ( )
- Casado ( )
- Unión libre ( )
- Divorciado ( )

- Viudo ( )

**7. Etnia**

- Mestizo ( )
- Blanco ( )
- Afroamericano ( )
- Indígena ( )
- Mulato ( )
- Otro: \_\_\_\_\_

**8. Afiliación al IESS: SI  NO**

**9. Ingreso económico**

- 1/2 SBU (\$215)
- SBU (\$425)
- 2 SBU (\$850)
- > 2 SBU (+\$850)

**10. Barrio donde reside:**

**11. ¿Con quién vive?**

**12. ¿Cómo adquiere la medicación?**

**13. Tratamiento que está utilizando actualmente para la hipertensión arterial**

**14. ¿Cuándo se le diagnosticó hipertensión arterial?**

## Anexo 7. Test de Morisky



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

### Test de Morisky para medir comportamientos de adherencia terapéutica

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Sí	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Sí	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Sí	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente.... Siempre...		

Opciones de respuesta	
Sí=0	No=1
Sí=0	No=1
Sí=0	No=1
Sí=0	No=1
Sí=1	No=0
Sí=0	No=1
Sí=0	No=1
Nunca/Casi nunca	1
Rara vez	0,75
Algunas veces	0,5
Habitualmente	0,25
Siempre	0

Consta de 8 preguntas, siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo Likert. La adherencia se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8.



## Anexo 8. Test de Batalla



Universidad  
Nacional  
de Loja

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

**Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)**

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

Consta de 3 preguntas y si el paciente falla en alguna de ellas, se considera que no es adherente. 3/3: Mayor conocimiento de la enfermedad se relaciona con una mejor adherencia, 2/3: Menor conocimiento de la enfermedad se relaciona con poca o escasa adherencia.

## Anexo 9. Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ)



*unl*

Universidad  
Nacional  
de Loja

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

#### Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ)

BMQ-GENERAL					
Abuso	1	2	3	4	5
Los médicos utilizan demasiados medicamentos.					
Los médicos confían demasiado en los medicamentos.					
Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos.					
Daño					
La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando.					
La mayoría de los medicamentos crean adicción.					
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.					
Los medicamentos hacen más mal que bien.					
Todos los medicamentos son venenos (tóxicos).					
BMQ-ESPECÍFICO					
Necesidad					
Actualmente mi salud depende de [medicación].					
Mi vida sería imposible sin [medicación].					
Sin [medicación] estaría muy enfermo/a.					
En el futuro mi salud dependerá de [medicación].					
[medicación] impide que mi [enfermedad] empeore.					
Preocupación					
Me preocupa tener que tomar [medicación].					
A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de [medicación].					
[medicación] es/son un misterio para mí.					
[medicación] trastorna/n mi vida.					
A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de [medicación].					

Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert de cinco puntos (siendo 1 «totalmente en desacuerdo», mientras que 5 corresponde a «totalmente de acuerdo»)

Mayor puntuación en la subescala «necesidad» está relacionada con una mejor adherencia terapéutica, mientras que una mayor puntuación en la subescala «preocupación» se ha correlacionado con una menor adherencia.

## Anexo 10. Tríptico de estrategia educativa

### ¡EVITA COMPLICACIONES!!

La **hipertensión** puede producir:

- Daños cardíacos graves.** El exceso de presión puede endurecer las arterias, con lo que se **reduce** el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón.
- Dolor torácico** (angina de pecho).
- Infarto de miocardio**, que se produce cuando se **obstruye** el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardíaco **mueren** debido a la **falta de oxígeno**.
- Insuficiencia cardíaca**, que se produce cuando el corazón **no puede** bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Ritmo cardíaco irregular**, que puede conllevar a la muerte súbita.
- Obstrucción o la rotura de las arterias** que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, lo que provocaría un **accidente cerebrovascular**.



### ¿SABIAS QUE?

- ⇒Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares suponen aproximadamente **17 millones de muertes** por año en el mundo; solo la hipertensión arterial (HTA) es responsable de **9,4 millones de muertes**
- ⇒La Asociación Internacional de Alzheimer reconoció a la HTA como el **principal factor de riesgo vascular modificable** para desarrollar **deterioro cognitivo y demencia**.
- ⇒En el control tensional hay un aspecto importantísimo, que es el **cumplimiento del paciente**. Sólo si se sigue de forma adecuada el **tratamiento, farmacológico y no farmacológico**, será posible alcanzar el objetivo terapéutico.



Autora: Sarabia Erika

Correo electrónico: erika.sarabia@unl.edu.ec



unl

Universidad Nacional de Loja

## Hipertensión arterial

¿Que es, que hacer?

Beneficios de los medicamentos

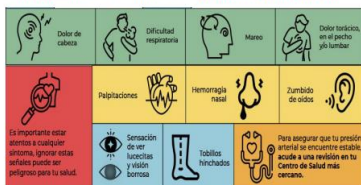
¡EVITA COMPLICACIONES!!



## HIPERTENSIÓN ARTERIAL

### ¿Qué es?

La **hipertensión arterial** es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una **tensión persistentemente alta**, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto **más alta** es la tensión, **más esfuerzo** tiene que realizar el **corazón para bombear**.



Una de las **características** de esta enfermedad es que puede ser **silente** y los síntomas pueden **tardar** mucho tiempo en manifestarse. Sin embargo, constituye el factor de **riesgo cardiovascular** más prevalente.

### Categorías de Presión Arterial

CATEGORÍA DE LA PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA mm Hg (máximo de arriba)	y	DIÁSTÓLICA mm Hg (máximo de abajo)
NORMAL	MENOS DE 120	y	MENOS DE 80
ELEVADA	120 - 129	y	MENOS DE 80
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN NIVEL 1)	130 - 139	o	80 - 89
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN NIVEL 2)	140 O MÁS ALTA	o	90 O MÁS ALTA
CRISIS DE HIPERTENSIÓN (consulta a tu médico de inmediato)	MÁS ALTA DE 160	y/o	MÁS ALTA DE 120

### ¿Qué hacer?

Usted puede **bajar** su presión arterial haciendo **cambios como:**



Controles médicos periódicos de hipertensión arterial

¡¡¡Importante!!!

La adecuada **adherencia al tratamiento** ayuda a **prevenir complicaciones**, los medicamentos **controlan** su presión arterial. Si su médico le receta medicamentos para la presión arterial alta es necesario tomarlos todos los días a una hora fija para establecer un hábito.



### Beneficios de los medicamentos

Los antihipertensivos **optimizan** el control de la hipertensión **disminuyen** la **mortalidad cardíaca y cerebrovascular** en forma considerable

Los antihipertensivos **disminuyen** la incidencia de demencia y **retrasa** en un 70 % la progresión de cuadros ya diagnosticados.



Todas las clases de fármacos existentes son **apropiadas** para el inicio y el mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, el empleo del **tratamiento individualizado** en el que la elección del fármaco se hace, fundamentalmente, en función de los **factores de riesgo cardiovascular** o de las enfermedades asociadas a la



Anexo 11. Evidencia y link de video de estrategia educativa

# ¿ QUE ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

**Autora: Erika Priscila Sarabia Veintimilla**  
**Director de tesis: Dr. Byron Patricio Garcés Loyola., Mg.Sc.**

- Link de video en carpeta plataforma DRIVE:  
<https://drive.google.com/drive/folders/1ps2QqwuE5ruBIX9qNWGB9nZbjLtyNVd4>



1859



Universidad  
Nacional  
**de Loja**

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

Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

AUTOR: Erika Priscila Sarabia Veintimilla

DIRECTOR: Dr. Byron Patricio Garcés Loyola., Mg.Sc.

LOJA - ECUADOR

AGOSTO 2022

Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La falta de adherencia es un “problema mundial de gran magnitud”, ya que, a pesar de que la medicina ha avanzado de manera sorprendente en las últimas décadas, otorgando cada vez mayor conocimiento de las enfermedades y con ello la existencia de numerosos tratamientos médicos sumamente eficaces, la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada, como resultado de que las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, y no se han observado cambios significativos a través del tiempo.

Gracias a los avances en el campo de la medicina en los últimos años, se han logrado crear medicamentos altamente efectivos y de fácil administración para atacar las enfermedades con mayor prevalencia y las que presentan un mayor índice de morbimortalidad como es la hipertensión; de forma paradójica, estos avances en herramientas diagnósticas y a nivel farmacológico han logrado controlar las cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos, pero no han logrado reducir exitosamente la morbimortalidad cardiovascular (Whelton et al., 2002), siendo la baja adherencia y/o la falta de persistencia al tratamiento prescrito uno de los principales factores que contribuyen a la falta de control de la enfermedad. Situaciones similares ocurren en la mayoría de las enfermedades crónicas, por lo que resulta evidente que mejorar la adherencia puede tener un mayor impacto en la salud de la población que cualquier otra mejora específica en los tratamientos médicos.

Las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento y en algunos países han logrado superar incluso la prevalencia de las enfermedades infecciosas. A este cambio en la prevalencia mundial de las enfermedades se ha denominado transición epidemiológica. De este modo, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbimortalidad en más del 75% de los países a nivel mundial y son la principal causa de muerte en América Latina.

El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, lo que convierte a la adherencia terapéutica en uno de los aspectos fundamentales para el manejo de las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión.

## JUSTIFICACIÓN

Los motivos que me llevan a realizar el proyecto de investigación sobre Estrategia educativa para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha son que por la falta de adherencia terapéutica para el control de la presión arterial repercute que el futuro los pacientes sufran de complicaciones más difíciles de intervenir. Además, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en una de las causas principales de morbimortalidad en Loja, siendo la más común la hipertensión arterial, esta es una patología crónica, de incremento significativo en pacientes adultos; el correcto manejo tanto diagnóstico y terapéutico impedirán futuras dificultades. Pretendo, entonces, ayudar a alertar acerca de estos peligros, así como generar conocimientos que colaboren en el tratamiento adecuado y evitar los efectos producidos por la falta de adherencia. Resulta sorprendente que, a pesar de que actualmente es sumamente conocida la baja adherencia terapéutica, en la práctica clínica diaria seguimos sin integrar este hecho como la primera causa de fracaso terapéutico, recurriendo frecuentemente a la intensificación de tratamientos o pruebas innecesarias que pueden poner en riesgo al paciente. Este proyecto tiene como finalidad exponer que la adherencia al tratamiento es el pilar fundamental para evitar complicaciones de esta patología, debido a que es la actitud y comportamiento del paciente ante las recomendaciones terapéuticas adecuadas del médico, pero cuando estas no llegan a cumplirse se denomina falla de adherencia terapéutica o falta de adherencia al tratamiento, el cual es un indicador de una intervención inadecuada.

También es significativo reconocer que el sostén familiar es capaz de influir de manera significativa a la adherencia al tratamiento, por lo tanto el apoyo familiar proporciona una estabilidad al paciente, ayudándole a la adaptación de su enfermedad por estas razones es que con la estrategia educativa se tratara de influir sobre los familiares de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe, Pucacocha y promocionar todo lo que conlleva, esperando obtener resultados positivos como el aumento significativo de los autocuidados.

Múltiples ensayos clínicos han demostrado que una adecuada adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular entre 30 y 43%, y de infarto de miocardio en un 15%; también se pueden prevenir los altos costos generados al sistema de salud o al menos disminuirlos significativamente. La OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a



sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Asimismo, la falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Implementar estrategias educativas para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, durante el periodo octubre 2022 a marzo 2023.

### **Objetivos específicos**

- Caracterización sociodemográfica de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.
- Evaluar la adherencia al tratamiento, conocimiento de la enfermedad y creencia sobre los medicamentos de los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.
- Promocionar el uso responsable del medicamento a los pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

## METODOLOGÍA

El presente proyecto se desarrollará en los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha que se encuentra ubicados al Norte de la ciudad de Loja a unos 7 Km.



**Figura 1.** Ubicación de los Barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.

Nota: Se muestra una captura satelital de la ubicación de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha. Tomado de: Google maps 2022

**Método de estudio;** se desarrollará la investigación utilizando el método descriptivo se llevará el diseño de la investigación, formulación de preguntas y análisis de datos que se llevarán a cabo sobre el tema. Se conoce como método de investigación inductivo.

**Enfoque de la investigación;** el enfoque de la investigación será cuantitativo.

**Tipo de investigación;** se realizará una investigación descriptiva de diseño transversal, prospectivo.

**Población y muestra;** quedará constituido por el total de pacientes con hipertensión arterial residentes de los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha, del período de octubre 2022 a marzo 2023 que cumplan con los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
  - Pacientes con hipertensión arterial que se atiende residen los barrios Labanda, Motupe y Pucacocha.
  - Pacientes que acceden a participar en el desarrollo de la tesis
  - Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el desarrollo de la tesis.

### Operacionalización de variables:

**Tabla 1.** Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Se define como un principio universal y de organización de la vida, que valora el tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha actual (Osorio, 2010).	Biológico	Edad actual	Grupos etarios <29 años De 30 a 39 años De 40 a 49 años De 50 a 59 años De 60 a 69 años De 70 a 79 años De 80 a 89 años >90 años
<b>Sexo</b>	Son los indicadores biológicos que caracterizan al ser humano, ya sea como sexo femenino o masculino (Organización Mundial de la Salud, 2018).	Biológico	Sexo al momento de nacer	Masculino Femenino
<b>Instrucción</b>	Referente para categorizar el nivel de estudio de un individuo o población	Académico	Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior (incluye tecnologías)
<b>Ocupación</b>	Actividad o trabajo al que se dedica el individuo.	Social	Ocupación actual	Desempleado Empleado público Empleado privado Otro
<b>Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial</b>	Período de tiempo desde que fue diagnosticado con hipertensión arterial hasta la actualidad	Biológico	Tiempo de diagnóstico	Tiempo desde el diagnóstico hasta el momento del estudio
<b>Tratamiento antihipertensivo</b>	Tratamiento farmacológico impuesto por el médico en consulta de acuerdo con las necesidades de la paciente (Ministerio de Salud Pública, 2019).	Biológico	Fármacos utilizados actualmente	Nombre y dosis del o los fármacos utilizados actualmente

**Procedimientos:** Este estudio se llevará a cabo luego de la aprobación del proyecto de investigación por parte de la Gestora Académica de la Carrera de Medicina, posteriormente se solicitará la pertinencia y la asignación del director de tesis. Una vez asignado el director, se elaborará una hoja de recolección de datos en el programa Word, diseñado por mi autoría. Luego se elaborará una base de datos en el programa Excel la misma que luego será ingresada para el procesamiento de datos, se procederá

a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, el Test de Morisky, Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ), Test de Batalla, directamente a los pacientes.

**Técnicas:** búsqueda bibliografía, recolección de información mediante tests, encuestas y entrevistas.

**Insumos:** hojas, esferos, lápices, consentimiento informado, hoja de recolección de información, test de Morisky, Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos (BMQ), Test de Batalla, movilización, internet.

**Instrumentos o equipos:** computadora, impresora, celular.

**Tratamiento, análisis y presentación de los datos recolectados:** clasificación de los pacientes según el cumplimiento al tratamiento, aplicación de educación estratégica para la adecuada adherencia al tratamiento, evaluación de resultados.

## CRONOGRAMA

**Tabla 2.** Cronograma detallado en fechas y actividades

Actividades	Año 2022																Año 2023													
	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre		Enero				Febrero				Marzo			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica																														
Elaboración de proyecto																														
Aprobación de proyecto																														
Elaboración de insumos para la investigación																														
Recolección de datos																														
Tabulación de datos																														
Análisis de datos																														
Redacción de primer informe																														
Revisión y corrección de informe final																														
Presentación de informe final																														

## PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El presente proyecto será autofinanciado, a continuación, se detallan todos los costos para poder ejecutarlo

**Tabla 3.** Presupuesto detallado por concepto y valores de costo

<b>Concepto</b>	<b>Unidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total</b>
<b>Movilización</b>				
<b>Taxi</b>	Unidad	100	1,25	125
<b>Bus</b>	Unidad	150	0.30	45
<b>Materiales y suministros</b>				
<b>Hojas de papel bond</b>	Resmas	8	4	32
<b>Esferos y lápices</b>	Unidad	30	0,4	12
<b>Cuadernos</b>	Unidad	5	2	10
<b>CD en blanco</b>	Unidad	4	2	8
<b>Anillados</b>	Unidad	6	1,5	9
<b>Empastados</b>	Unidad	4	10	40
<b>Computadora</b>	Unidad	1	1000	1000
<b>Celular</b>	Unidad	1	250	250
<b>Impresora</b>	Unidad	1	800	800
<b>Tóner</b>	Unidad	10	12	120
<b>Software</b>				
<b>Internet fijo</b>	Mensualidad	9	35	315
<b>Internet móvil</b>	Mensualidad	9	15	135
<b>Microsoft</b>	Anual	1	100	100
<b>Subtotal</b>				3001
<b>Imprevistos (20%)</b>				600,2
<b>Total (Subtotal+ Imprevistos)</b>				3601,2

## BIBLIOGRAFÍA

Deepak L. Bhatt, M. M. (2014). Un ensayo controlado de denervación renal para la hipertensión resistente. *The New England Journal of Medicine*, 1393-1401.

doi:10.1056/NEJMoa1402670

Ebrahim, K. S. (2020). Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión en contextos ambulatorios.

doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004804>

Freire, E. E. (2019). Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. (Cienfuegos, Ed.) *15*(69), 171-180. Obtenido de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442019000400171#:~:text=Operacionalizar%20una%20variable%2C%20es%20definir,medir%C3%A1%20cada%20caracter%C3%ADstica%20del%20estudio.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000400171#:~:text=Operacionalizar%20una%20variable%2C%20es%20definir,medir%C3%A1%20cada%20caracter%C3%ADstica%20del%20estudio.)

George L. Bakris, M. U. (2021). Hipertensión. Obtenido de

<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/emergencias-hipertensivas>

Guillen, V. G. (s.f.). *Métodos para medir el cumplimiento*. (U. M. Departamento de Medicina y Psiquiatría, Ed.) San Juan, Alicante., 2019. Obtenido de

<https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136721.pdf>

Haynes, R. N. (s.f.). Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación. *Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>

Hernández, I., Sarmiento, N., Gonzalez, I., Galarza, S., Bastida, A. D., Terán, S., & Terán, E. (2018). Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. *Rev Metro Ciencia*, 7-11. Obtenido de

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>

José Juan Ortega Cerda, D. S. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles*, 226-232. Obtenido de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1870-7203.



Languages, O. (s.f.). *Diccionario*.

Melissa J Palmer, K. M. (2021). Intervenciones por teléfono móvil para mejorar la adherencia a la medicación prescrita para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares en adultos. *Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012675.pub>

Morales, M. L. (2016). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*, 16(2), 175-189. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&nrm=iso)

OPIMEC. (s.f.). *Enfermedades Crónicas*. Pablo Muntner, D. S. (2019). Medición de la presión arterial en humanos: una declaración científica de la American Heart Association. 35-66. doi:10.1161/HYP.0000000000000087

Paul K. Whelton, M. M., & Robert M. Carey, M. F. (2018). *Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents*. American Society for Preventive Cardiology Representative. doi:10.1161/HYP.0000000000000065

Perel, A. J. (2017). Mensajes de texto por teléfono celular para mejorar la adherencia a la medicación en la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares. *Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011851.pub2>

Roberto M. Carey, D. A.-H. (2018). Hipertensión resistente: detección, evaluación y manejo: una declaración científica de la American Heart Association. *American Heart Association*, 53-90. doi:<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000084>

Vincent Zaugg Virginie, K.-S. D. (2018). Información a los médicos sobre la adherencia a la medicación para los pacientes con enfermedades crónicas que toman medicamentos a largo plazo. *Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012042.pub2>