



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BARRIOS MARIANO ACOSTA Y PUGACHO - 2021”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería

AUTORA: Jesica Magaly Cumbal Imbaquingo

DIRECTOR: Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrería

IBARRA - ECUADOR

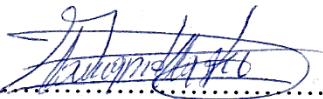
2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BARRIOS MARIANO ACOSTA Y PUGACHO - 2021” de autoría de Jesica Magaly Cumbal Imbaquingo para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 16 días del mes de Noviembre de 2021.

Lo certifico:



Mgr. Laura Isabel Mafla Herrera

C.C: 0400800793

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004144299		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Cumbal Imbaquingo Jesica Magaly		
DIRECCIÓN:	Calle Agustín Rosales y 3 de Noviembre		
EMAIL:	jmcumbali@utn.edu.ec jesticacumbal18@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2632488	TELÉFONO MÓVIL:	0985127532
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“Adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial, Barrios Mariano Acosta y Pugacho - 2021”		
AUTOR (ES):	Cumbal Imbaquingo Jesica Magaly		
FECHA:	23 de Noviembre de 2021		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Mgr. Laura Isabel Mafla Herrería		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de Noviembre de 2021

LA AUTORA

..........

Cumbal Imbaquingo Jesica Magaly

C.C.: 1004144299

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

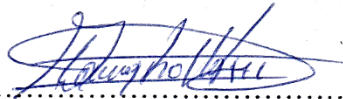
Guía: FCCS-UTN
Fecha: Ibarra, 23 de Noviembre del 2021

Jesica Magaly Cumbal Imbaquingo, “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BARRIOS MARIANO ACOSTA Y PUGACHO - 2021”.

DIRECTORA: Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrería

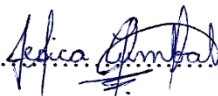
El principal objetivo de la presente investigación fue conocer la adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial en los Barrios Mariano Acosta y Pugacho - 2021. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio. Describir los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Diseñar una guía educativa sobre la adherencia al tratamiento integral dirigido a pacientes hipertensos.

Fecha: Ibarra, 23 de Noviembre del 2021



Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrería

Directora



Jesica Magaly Cumbal Imbaquingo

Autora

AGRADECIMIENTO

A Dios, por cada día de vida y por todas las bendiciones derramadas a lo largo de mi carrera, por hacer que permanezca en sus caminos de bien y no del mal, por la sabiduría y el entendimiento que me dio para realizar mi investigación de la mejor manera y por ser la mayor fuente de inspiración de mi vida.

A mis queridos padres, Germán Cumbal y Mercedes Imbaquingo, quienes con mucho esfuerzo y sacrificio han logrado brindarme una gran educación, formando en mí una persona con valores y con cultura, por su apoyo incondicional y por darme las herramientas necesarias tanto económicas como afectivas para cumplir con mi sueño; a mis hermanos, Paola y Anderson, por su respaldo y aliento, por motivarme a ser un buen ejemplo para ellos obrando de buena manera y culminando con empeño cada meta propuesta.

A mi docente tutora de tesis Mgtr. Mafla Herrería Laura Isabel, por su apoyo y paciencia durante el progreso y culminación de este proyecto, por brindarme las herramientas que guiaron cada avance realizado a lo largo de mi investigación, y porque compartió conmigo sus conocimientos y experiencia.

A la Universidad Técnica del Norte, institución que al abrirme las puertas me dio la posibilidad de formarme como lo que siempre anhele ser, una profesional de calidad.

CUMBAL IMBAQUINGO JESICA MAGALY

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a Dios, por permitirme llegar a obtener mi Título universitario y porque a través de sus enseñanzas me permitió superar con valor y determinación todos los obstáculos que se presentaron a lo largo del camino.

A mis padres y hermanos, por apoyarme en cada momento de mi vida, por el amor y cariño, por haberme educado de la mejor manera, y porque con sus consejos me permitieron crecer como ser humano.

A mí querida Institución, que plasmó en mi corazón los mejores recuerdos y enseñanzas de vida estudiantil y a mis distinguidos docentes, quienes me guiaron por el camino del saber y por la paciencia brindada.

A aquellas personas que pasaron por mi vida para enseñarme que con esfuerzo y dedicación todo se puede, pues alentaron en mí, los deseos de superación que hoy impulsan mi vida. Aunque ya no estén conmigo, les dedico este logro con mucho amor.

CUMBAL IMBAQUINGO JESICA MAGALY

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
TEMA	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema de la investigación	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	4
1.5. Preguntas de investigación.....	4
CAPÍTULO II	5
2. Marco Teórico.....	5
2.1. Marco Referencial.....	5
2.2. Marco Contextual	10
2.3. Marco Conceptual.....	13
2.4. Marco Legal y Ético	31
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodología de la Investigación	35
3.1. Diseño de la investigación	35
3.2. Tipo de la investigación.....	35

3.3.	Localización y ubicación del estudio.....	36
3.4.	Población	36
3.5.	Operacionalización de variables	37
3.6.	Métodos de recolección de información.....	43
3.7.	Análisis de datos	43
CAPÍTULO IV.....		44
4.	Resultados de la investigación	44
4.1.	Tabulación y análisis de los resultados de la adherencia al tratamiento integral en pacientes hipertensos	44
CAPÍTULO V		51
5.	Conclusiones y recomendaciones	51
5.1.	Conclusiones.....	51
5.2.	Recomendaciones	52
BIBLIOGRAFÍA.....		53
ANEXOS.....		60
	Anexo 1. Consentimiento informado	60
	Anexo 2. Encuesta.....	60
	Anexo 3. Solicitud enviada a la Coordinación Zonal 1 para acceder al tarjetero de pacientes crónicos del Centro de Salud Pugacho	65
	Anexo 4. Aprobación por parte de la Coordinación Zonal para acceder al tarjetero de pacientes crónicos del Centro de Salud Pugacho	66
	Anexo 5. Solicitud y aprobación por parte de la líder del Centro de Salud Pugacho para acceder al tarjetero de pacientes crónicos.....	68
	Anexo 6. Evidencia fotográfica.....	69
	Anexo 7. Guía Educativa.....	70
	Anexo 8. Análisis Urkund	71
	Anexo 9. Certificación del Abstract	72

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Barrio Pugacho Alto.....	10
Ilustración 2 Barrio Pugacho Bajo.....	11
Ilustración 3 Barrio Mariano Acosta	11

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Posibles combinaciones de medicamentos para el tratamiento de la HTA	21
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación modificada de los grados de riesgos para la adherencia	26
Tabla 2 Características sociodemográficas	44
Tabla 3 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento	46
Tabla 4 Grado de riesgo para la adherencia	47
Tabla 5 Grado de riesgo para la adherencia en relación a la edad	48
Tabla 6 Adherencia al tratamiento	48
Tabla 7 Medicamento prescrito.....	49

RESUMEN

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BARRIOS MARIANO ACOSTA Y PUGACHO - 2021.

Autora: Jesica Magaly Cumbal Imbaquingo

Email: jesticacumbal1998@gmail.com

La hipertensión arterial se establece como un problema de salud por su elevada tasa de prevalencia y distribución a nivel mundial; a pesar de las mejoras en cuanto al diagnóstico y tratamiento, no se ha logrado que los pacientes tengan buena adherencia al tratamiento, ocasionando un control inadecuado de la enfermedad. El objetivo de esta investigación fue conocer la adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial en los Barrios Mariano Acosta y Pugacho 2021. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental de tipo descriptiva, transversal. La población fueron las personas hipertensas residentes en los Barrios Mariano Acosta y Pugacho y con muestreo no probabilístico por conveniencia se seleccionó a 42 hipertensos que acuden al Centro de Salud Pugacho. La recopilación de datos fue con el instrumento Factores que influyen en la adherencia de Bonilla y Gutiérrez, la última versión propuesta por Ortiz, más el Test de Morsky Green para la medición de la adherencia al tratamiento farmacológico. Entre los resultados se obtuvo que los factores más importantes para la no adherencia al tratamiento fueron los socioeconómicos (38%), que el 54,76% de los hipertensos se encuentran en un grado de adherencia en riesgo alto, lo que significa que el paciente no responde con comportamientos de adherencia, y solo el 26,19% se adhiere a su tratamiento farmacológico, en su mayoría mujeres de más de 60 años, casadas, que solo terminaron la primaria y están desempleadas. Como conclusión, la adherencia al tratamiento antihipertensivo se ve afectada por diferentes factores que influyen en el paciente, lo cual genera preocupación ya que podría surgir un aumento de las complicaciones cardiovasculares y empeorar el pronóstico.

Palabras claves: hipertensión, adherencia, tratamiento, farmacológico, integral, riesgo.

ABSTRACT

ADHERENCE TO COMPREHENSIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION, MARIANO ACOSTA AND PUGACHO NEIGHBORHOODS - 2021.

Author: Jesica Magaly Cumbal Imbaquingo

Email: jesicacumbal1998@gmail.com

Hypertension is recognized as a public health issue due to its widespread prevalence and distribution. Despite advancements in diagnosis and treatment, patients have been unable to maintain good adherence to treatment, resulting in inadequate disease control. The purpose of this study was to find out in 2021 how patients with arterial hypertension in the Mariano Acosta and Pugacho neighborhoods adhered to comprehensive treatment. A quantitative, non-experimental descriptive, cross-sectional study was carried out. The population consisted of hypertensive people residing in the Mariano Acosta and Pugacho neighborhoods, and with non-probability sampling for convenience, 42 hypertensive patients who attended the Pugacho Health Center were selected. Data was collected with the instrument Factors that influence adherence by Bonilla and Gutiérrez, the latest version proposed by Ortiz, plus the Morsky Green Test for measuring adherence to drug treatment. Among the results, it was obtained that the most important factors for non-adherence to treatment were socioeconomic factors (38%), that 54.76% of hypertensive patients are in a degree of adherence at high risk, which means that the patient does not respond with adherence behaviors, and only 26.19% adhere to their pharmacological treatment, mostly women over 60 years old, married, who only finished elementary school and are unemployed. In conclusion, adherence to antihypertensive treatment is influenced by variety of factors that affect the patient, which is concerning because an increase in cardiovascular complications could occur, worsening the prognosis.

Keywords: hypertension, adherence, treatment, pharmacological, comprehensive, risk.

TEMA: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BARRIOS MARIANO ACOSTA Y
PUGACHO - 2021.”

CAPÍTULO I

1. El problema de la investigación

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad, la hipertensión arterial se establece como un significativo problema de salud por su elevada tasa de prevalencia y su distribución a nivel mundial; a pesar de las mejoras en cuanto al diagnóstico y tratamiento, todavía no se ha logrado que los pacientes hipertensos tengan buena adherencia al tratamiento, ocasionando un control inadecuado de la enfermedad (1).

La OMS define adherencia terapéutica al grado en el que la conducta de un paciente, en correlación con la ingesta de medicación, la dieta consumida o la alteración de rutinas de vida, pertenece a las sugerencias y observaciones establecidas conjuntamente con el profesional sanitario. Se valúa que los costos de hospitalización por mala adherencia figuran cerca de 13 350 millones de dólares en Estados Unidos, lo que constituye 1,7 % de su gasto sanitario (2). Los hipertensos que se sujetan a la indicación médica representan el 27% en Gambia que es un país de África Occidental, mientras que en China el 43% y 51% en Estados Unidos. En Venezuela, el porcentaje de buen control es sólo del 4,5%” (3).

En Latinoamérica, la prevalencia de hipertensión varía, pero mayormente se ubican entre el 20 y 30% para los adultos; y aumenta conforme a la edad. La mayoría de los países latinoamericanos tiene una mortalidad cardiovascular que representa entre el 11.6 y el 43.5% de la mortalidad general, siendo la primera causa de muerte en la mayoría de ellos, indicadores en los cuales la no adherencia tiene una importante representación (4). Según el artículo “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo, 2017”, pese al esmero por controlar la HTA, la adherencia a los tratamientos es muy baja, lo que impide la reducción de la presión arterial y su mantenimiento en niveles deseados. Investigaciones que han notificado sobre el efecto

de medicamentos y de conductas de control en la HTA, ratifican la importancia de la adherencia al tratamiento para conseguirlo (5).

Ecuador no está exento de este importante problema de salud; y se ve evidenciado en el anuario de estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), pues la hipertensión arterial, un importante problema de salud pública en Ecuador es la quinta causa de muerte a nivel nacional (6). Una investigación ejecutada en Santa Elena, 2017, registró que hipertensos abandonan la terapia farmacológica, en un 43% por alivio de la enfermedad, y un 56% por reacciones adversas de los medicamentos, resultando que, de dos personas diagnosticadas con hipertensión arterial una abandona el tratamiento en menos de seis meses de diagnosticada la enfermedad (7).

Estudios realizados en los últimos años corroboran que de seguirse presentado altas cifras de pacientes incumplidores de la terapia, este problema de las dificultades en la adherencia al tratamiento en pacientes con HTA representará un problema aún más complejo y de gran dimensión que repercutirá en complicaciones serias para el paciente por constituir una de las primeras causas de morbilidad en el mundo (8).

De ahí la importancia del estudio de la adherencia al tratamiento farmacológico como un pilar fundamental para la comprensión de las consecuencias del fracaso en el tratamiento de la hipertensión arterial. Recalcando que para prevenir afectaciones severas y garantizar la calidad de vida, es necesario realizar un adecuado control y evaluar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en cada paciente (8). Estas acciones se realizan como prevención de consecuencias incluso mortales que pueden generarse por la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Poniendo énfasis en que el tratamiento antihipertensivo merece una minuciosa vigilancia, para que certifique un correcto mantenimiento del estado de salud de la población (9).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial en los Barrios Mariano Acosta y Pugacho - 2021?

1.3. Justificación

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica y asintomática que exige tratamiento de por vida. Sin embargo, existen estudios que evidencian que muchos pacientes no comprenden la enfermedad y su medicación, obteniendo así un alto porcentaje de hipertensos que no están siendo bien controlados. Se considera al incumplimiento y a la falta de adherencia al tratamiento como principales factores responsables del control inadecuado de la hipertensión arterial, ya sea por modificaciones del estilo de vida o por la falta de toma de la medicación. Esta investigación tiene como propósito evaluar la adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial en los Barrios Mariano Acosta y Pugacho.

La investigación es factible ya que existen las condiciones para poder ejecutarla y se dispone de los recursos necesarios para poder cumplir con los objetivos planteados, entre ellos tenemos recursos humanos, técnicos - tecnológicos y de movilización, así como un presupuesto establecido. También la investigación se considera viable porque es un tema que actualmente contribuirá al control de la presión arterial de los pacientes, a la reducción de costos del país, disminución de complicaciones inmediatas y tardías de la enfermedad, y a un descenso de la morbimortalidad.

Por lo mencionado, la propuesta de esta investigación será la promoción de la salud a los pacientes hipertensos, a través de una guía educativa, para que mejoren y conozcan la razón por la cual la adherencia a su tratamiento es de gran valor para controlar su hipertensión arterial; siendo así los beneficiarios directos los pacientes con hipertensión arterial con deseo de aprender sobre su enfermedad y la importancia de adherirse a su tratamiento; mientras que los beneficiarios indirectos serán, la investigadora, quien por medio de este trabajo investigativo busca mejorar sus habilidades investigativas y para la obtención de su título de tercer nivel, y la UTN porque será un ente de referencia de futuras investigaciones.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Conocer la adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial en los Barrios Mariano Acosta y Pugacho.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.
- Describir los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.
- Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.
- Diseñar una guía educativa sobre la adherencia al tratamiento integral dirigido a pacientes hipertensos.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Qué factores intervienen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo?
- ¿Cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial?
- ¿Por qué diseñar una guía educativa sobre la adherencia al tratamiento integral dirigido a pacientes hipertensos?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. María Carrión. Ecuador, 2021.

La hipertensión arterial es un problema de salud a nivel mundial, que aumenta el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares, siendo una problemática de salud y una de las comorbilidades más frecuentes en países en vías de desarrollo, en la actualidad la adherencia al tratamiento y la calidad de vida forman parte fundamental en la adaptabilidad del paciente a mejorar su salud. El objetivo principal de este estudio fue determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la calidad de vida en pacientes hipertensos. Se realizó un estudio cuantitativo no experimental prospectivo descriptivo correlacional y con un diseño transversal. Se efectuó un muestreo no probabilístico y se aplicó una encuesta de 8 preguntas de adherencia al tratamiento conocido como Test de Morisky-Green y el Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial. La muestra fue compuesta por 172 adultos, de ellos el 29% de pacientes están en un rango de edad entre 64 y 74 años seguido de 53 a 63 años en un 27%, en el 56% pertenece al sexo femenino y en menor porcentaje el sexo masculino con el 44%. Las variables que se tomaron en cuenta fueron la adherencia al tratamiento, estado de ánimo y manifestaciones somáticas y se obtuvo como resultados que la adherencia al tratamiento está asociada positivamente con el estado de ánimo ($p=0.0007$; $rs=0.26$), la adherencia al tratamiento y manifestaciones somáticas tienen una relación negativa y débil ($p=0.002$; $rs=-0.23$), y también se observó ($p=0.0001$; $rs=0.75$) que a mayor estado de ánimo menor manifestaciones somáticas. En conclusión, se demuestra que a mayor rango de edad mayor es el riesgo de padecer esta afección y en cuanto a la adherencia de los pacientes hipertensos hay una falta de la misma y esta falta conlleva a una disminución en la calidad de vida que tienen estos pacientes (10).

Adhesión a la medicación antihipertensiva, al control de la presión y factores asociados en la atención primaria de la salud. Monique Nascimento. Brasil, 2020.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible que tiene una alta tasa de prevalencia en la población brasileña. Se debe considerar que el problema de la hipertensión arterial no se relaciona únicamente con su alta prevalencia sino también con la alta tasa de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Este estudio tuvo como fin evaluar la adherencia a la medicación antihipertensiva, niveles de presión arterial y factores asociados en hipertensos monitoreados por atención primaria de salud, aquí se usó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky. Del análisis participaron 421 personas hipertensas. Se registraron los niveles bajo, medio y alto de adhesión en el 48,5%, 38,7% y 12,8%, respectivamente. El nivel alto/medio de adhesión se lo relaciona con personas solteras ($p=0,005$), sin actividad laboral ($p=0,043$), que no reportaron sufrir estrés ($p=0,001$) y urgencia/emergencia relacionada con la hipertensión ($p=0,037$), con ausencia de efectos colaterales generados por los medicamentos antihipertensivos ($p=0,012$), y que consumían otros medicamentos en forma continua ($p=0,001$). El control de la presión arterial se llevó a cabo en 205 pacientes hipertensos y se determinó una relación con el género femenino ($p=0,033$), menor edad ($p=0,041$), mayor nivel académico ($p=0,008$), uso de hasta 2 medicamentos antihipertensivos ($p=0,006$) y ausencia de efectos colaterales ($p=0,026$). La conclusión a la que se llega es el predominio de baja adherencia y presión incontrolada en algunos grupos, lo cual evidencia la necesidad de reafirmar las acciones de promoción de la salud en la atención primaria (11).

Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos. Alicia Ramírez, 2020.

La hipertensión arterial se halla entre el 30 % y el 45 % de la ciudadanía en general, lo que representa una prevalencia común a nivel mundial independientemente de la región geográfica o el grado económico de cada nación. Estos son componentes demandan un proceder responsable y constante por el paciente hipertenso, motivo por el cual se considera el primordial elemento implicado en el inadecuado control de la

enfermedad, realidad que se vuelve más alarmante cuando los pacientes se niegan a aceptar ante los profesionales de la salud su descuido con la terapéutica. Este estudio tiene la intención de determinar la adherencia terapéutica antihipertensiva y los factores que se asocian a su incumplimiento en personas hipertensas. Es un estudio descriptivo transversal, conformado por 80 pacientes, a los cuales se les realizó una entrevista estructurada y el test de cumplimiento autocomunicado de Morisky-Green-Levine. Los resultados evidencian que el 73,25% (59 casos) de los hipertensos se adhieren a las indicaciones del médico, las mujeres fueron las más adherentes y los pacientes con edades entre 40 y 59 años (65%) también, el incumplimiento no se vio afectado por la polifarmacia ni por las enfermedades asociadas. Como conclusión se tiene sobresale la adherencia al tratamiento antihipertensivo, y los factores relacionados al incumplimiento pueden ser modificables para intensificar la adherencia al tratamiento y la calidad de la prescripción médica (12).

Adhesión al tratamiento y hábitos de vida de hipertensos. Fabiana Dallacosta. Brasil, 2019.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son causa de mortalidad y morbilidad a nivel de todo el mundo, en Brasil representa aproximadamente el 70% de las muertes de adultos pese a la expansión de la atención primaria de salud, siendo un problema de salud relevante que genera altos costos y graves consecuencias para la salud y bienestar de la población adulta. Este estudio se hizo a fin de analizar la adhesión al tratamiento antihipertensivo y los hábitos de vida de hipertensos, es de tipo transversal, se manejó el Brief Medication Questionnaire. Se contó con 72 personas que sufren de la enfermedad, 68,1% de ellas de género femenino, de una edad de alrededor de 68 años. Se obtiene que el 6,9% cumplen con la adherencia, el 19,4% tiene probable adherencia, el 70,8% probable baja adherencia y baja adherencia el 2,8%. Se concluyó que aproximadamente tres cuartas partes de la población estudiada tiene una probable baja adhesión, siendo el paciente que utiliza múltiples dosis el menos adherente puesto que fallan en la identificación de la medicación y en recordar que debe tomarla. Estos resultados muestran la importancia de la permanente educación a pacientes hipertensos, haciendo que sean más activos y comprometidos con su tratamiento (13).

Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Yailiset González. Cuba, 2019.

Un factor de riesgo importante dentro de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial, por lo cual para un adecuado control de la presión arterial es primordial el compromiso al tratamiento antihipertensivo. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos mayores de un consultorio, es un estudio descriptivo, de corte transversal realizado a 21 pacientes adultos mayores hipertensos con ayuda de entrevista directa al paciente y familiares, así como también con el Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green. Los datos abordan que un porcentaje alto de los adultos mayores no controla su presión arterial (66,7%), el 80,9% de ellos muestran un inadecuado apego al tratamiento antihipertensivo que se relaciona con los efectos adversos de los medicamentos siendo el más frecuente con un 28,6%; entre éstas se detallan la debilidad en un 52,4%, la tos en la noche en un 47,6% y los calambres en los músculos en el 33,3%. Se tiene como conclusión, que la mayoría de los pacientes no se adhieren al tratamiento antihipertensivo por varias causas, predominando el temor a las reacciones adversas, actitud que determina el escaso control de la presión arterial de los hipertensos (14).

Adherencia al plan integral de tratamiento antihipertensivo en pacientes de Ojojona, Francisco Morazán. María Benítez. Honduras, 2018.

Según la Organización Mundial de la Salud, los países en vías de desarrollo son los más afectados en el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Como claro ejemplo se tiene que, la adherencia a la terapia en los países desarrollados es aproximadamente del 50%, siendo más baja en los países en desarrollo, esto debido a la limitación de recursos e inequidad en salud. El presente análisis evaluó el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se hizo un estudio descriptivo de tipo transversal, fueron 66 personas, escogidas por medio de un muestreo por conveniencia, aleatorio simple. Se empleó el cuestionario Martin-Bayarre-Grau, el cual permitió conocer que la mayor parte de los individuos estaban

parcialmente adheridas al tratamiento 60 %, un porcentaje menor de 36,4% estaban totalmente adheridos y un mínimo número de los estudiados 3,03% no tenían adherencia. Se llega a la conclusión de que la adherencia al tratamiento antihipertensivo en esa población necesita mejorarse, pues actualmente se sabe que la correcta adherencia al tratamiento se basa en cumplir con las indicaciones médicas de manera estricta, tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico son de gran ayuda para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir futuras complicaciones (15).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Ubicación

En Imbabura se encuentra la ciudad de Ibarra, capital de la provincia. Esta ciudad está formada por siete parroquias rurales: San Antonio, La Esperanza, Angochagua, Ambuquí, Salinas, La Carolina y Lita; y cinco parroquias urbanas: San Francisco, El Sagrario, Caranqui, Alpachaca y Priorato. Dentro de la parroquia San Francisco, están ubicados los Barrios Mariano Acosta y Pugacho.

Considerando que estos tres barrios están ubicados geográficamente de manera continua se encuentran limitando: al Norte con los barrios El Ejido de Ibarra y Colinas del Sur, al Oeste con San José de Chorlaví, al Suroeste con el barrio La Florida y al Este con Jardines de Odila. Todos estos barrios tienen la ventaja de tener acceso o contacto directo con la panamericana.



Ilustración 1 Barrio Pugacho Alto
Fuente: Google Maps



Ilustración 2 Barrio Pugacho Bajo
Fuente: Google Maps



Ilustración 3 Barrio Mariano Acosta
Fuente: Google Maps

2.2.2. Datos Generales

Pugacho y Mariano Acosta son conocidos como sectores urbanos con un bajo nivel socioeconómico que exterioriza problemas como delincuencia, alcoholismo, drogadicción y vandalismo; esto se da debido a que gran parte de la población no cuenta con trabajos estables ni bien remunerados, sin embargo, quienes poseen una fuente de ingresos estable es porque tienen negocios por cuenta propia.

Los residentes de estos barrios en su mayoría se autoidentifican como mestizos, seguidos de indígenas y afroecuatorianos, actualmente se ha evidenciado un alto crecimiento poblacional a causa de los movimientos migratorios, principalmente de la población venezolana.

Los barrios disponen de servicios básicos de energía eléctrica, agua potable, sistema de alcantarillado y recolección de residuos, esta última con una cobertura del 71,3%, porcentaje que se encuentra disminuido debido a que en Pugacho Bajo existen zonas de difícil acceso para el carro recolector (16). Además, cuenta con otros servicios contratados como conectividad a internet, servicio telefónico y televisión por cable.

Los pobladores de estos barrios cuentan con una unidad sanitaria, que es el Centro de Salud Pugacho, una unidad de primer nivel de atención Tipo A que pertenece al Ministerio de Salud Pública. La unidad posee diferentes servicios para la atención de la población aledaña a la zona, entre ellos las áreas de: estadística, preparación, vacunación, curación e inyecciones, farmacia, consultorios para medicina general y obstetricia, un consultorio de odontología y un área de consulta psicológica.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Hipertensión Arterial

- Definición

“La tensión arterial se define como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se estima que un individuo presenta hipertensión cuando su tensión arterial es bastante elevada” (17).

“La hipertensión arterial (HTA) es la elevación persistente de la presión arterial, alcanzándose valores iguales o superiores a 140 mm de Hg de presión arterial sistólica (PAS) o de 90 mm de Hg de presión arterial diastólica (PAD)” (18).

- Etiología

“En el 97% de los casos de hipertensión no se logra identificar ninguna causa, por lo que se clasifica en: Primaria y Secundaria” (19).

“Hipertensión primaria: Esencial o idiopática, se desconocen las causas específicas que la producen, aunque se relaciona con una serie de factores predisponentes como: herencia, edad, sexo y raza o con factores de riesgo como: tabaquismo, alcoholismo, diabetes, obesidad, aterosclerosis, sedentarismo, consumo de sal” (19).

“Hipertensión secundaria: se llama así ya que su origen es conocido, por ejemplo: enfermedades renales, endócrinas, vasculares, aumento de catecolaminas, mineralocorticoides, y la HTA inducida por fármacos o drogas. Esta suele presentarse en un 3% de los pacientes hipertensos” (19).

- Factores de riesgo

- Modificables

“Entre los factores de riesgo modificables encontramos las dietas dañinas (consumo desproporcionado de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta escasa de frutas y verduras), la carencia de actividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el sobrepeso o la obesidad” (17).

- No modificables

“Los antecedentes familiares de hipertensión arterial, la edad superior a los 65 años, etnia afroamericana, género y la presencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías” (17).

- Clasificación de la Hipertensión Arterial

- Según la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología 2018 (20):

PA óptima	<120/80 mmHg
PA normal	120-129 y/o 80-84 mmHg
PA normal alta	130-139 y/o 85-89 mmHg
HTA grado 1	140-159 y/o 90-99 mmHg
HTA grado 2	160-179 y/o 100-109 mmHg
HTA grado 3	180 y/o 110 mmHg
HTA sistólica aislada	140 y <90 mmHg

- Según la Guía de la American Heart Association (AHA) 2017 (21):

Normal	< 120/80 mmHg
Elevada	120-129/< 80 mmHg
Hipertensión estadio 1	130-139/80-89 mmHg
Hipertensión estadio 2	≥ 140/90 mmHg

- Cuadro Clínico

“La hipertensión arterial se manifiesta de forma asintomática, aunque se van lesionando progresivamente vasos sanguíneos, ojos, riñones y corazón. En algunos casos el paciente puede presentar síntomas a corto plazo, como cefaleas, irritabilidad, mareos, acúfenos y nicturia” (18).

“Debido a que la hipertensión arterial es asintomática, disminuye la percepción de gravedad de los pacientes, lo cual puede generar el abandono o postergación del tratamiento, llegando a desarrollar complicaciones graves como otras enfermedades cardiovasculares, problemas renales o cerebrales” (22).

- Diagnóstico

“Se basa en una adecuada medición de la presión arterial en la consulta médica, así entonces se considera un paciente hipertenso cuando sus cifras se encuentran por encima del límite superior de la normalidad que por convención se ha definido en PAS superior a 140 mm de Hg y PAD superior a 90 mm de Hg, universalmente no hay un número de mediciones ni visitas necesarias para el diagnóstico de HTA” (10).

“Las guías internacionales, entre ellas el JNC VI (Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial) establecen un promedio de dos o más mediciones después de una inicial de tamizaje y que las lecturas adicionales deben ser tomadas en cada visita si las dos primeras difieren más de 5 mm de Hg, las guías británicas son más

precisas y recomiendan dos o más mediciones en cada visita en hasta 4 ocasiones diferentes” (10).

- Complicaciones de la HTA

“La relación entre PA y el riesgo de complicaciones cardiovasculares es continua y sistemática y no depende de otros factores de riesgo. Así, cuanto mayor es la PA, mayor es la probabilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, enfermedad tiroidea, apnea del sueño, ictus y enfermedad renal” (18).

“Cada incremento de 20 mm de Hg en los valores sistólicos o de 10 mm de Hg en los diastólicos de una persona de 40 a 70 años duplica el riesgo de enfermedades cardiovasculares” (18).

- Tratamiento

- Tratamiento no farmacológico

“Un estilo de vida saludable puede prevenir o retrasar la aparición de hipertensión arterial y reducir el riesgo cardiovascular. Los cambios en el estilo de vida pueden ser suficientes para retrasar o prevenir la necesidad de tratamiento farmacológico de los pacientes con HTA de grado 1. Sin embargo, uno de los mayores inconvenientes de la modificación del estilo de vida es la mala adherencia con el paso del tiempo” (20).

“Las medidas recomendadas para los cambios en el estilo de vida de las que se ha demostrado que reducen la presión arterial son la restricción de la ingesta de sal, la moderación en el consumo de alcohol, un consumo abundante de frutas y verduras, la reducción y el control del peso y la actividad física regular” (20).

Restricción de sodio en la dieta

“Se ha demostrado que la reducción en el consumo de sal de aproximadamente 5-6 g/día tiene un efecto moderado de disminución de la TAS/TAD (2-4 mmHg) en individuos normotensos y un efecto algo más pronunciado (3-6 mmHg) en individuos hipertensos” (23).

“El efecto de la restricción de sodio es mayor en personas de etnia afrodescendiente, adultos mayores, pacientes con diabetes, síndrome metabólico o enfermedad renal crónica. En personas con hipertensión tratada, la restricción efectiva de sal puede reducir el número o la dosis de medicamentos que son necesarios para controlar la tensión arterial” (23).

Moderación de la ingesta de alcohol

“El estudio de Prevención y Tratamiento de la Hipertensión (PATHS) investigó los efectos de la reducción del consumo de alcohol en la presión arterial. El grupo de intervención obtuvo una discreta reducción de la presión arterial 1,2/0,7 mmHg mayor que el grupo de control al cabo de 6 meses” (20).

Abandono del tabaquismo

“El tabaquismo es un factor de riesgo importante para la enfermedad cardiovascular y cáncer, así como también el tabaquismo pasivo. Luego de la elevación de la tensión arterial, fumar es la segunda causa de carga mundial de la enfermedad. Dejar de fumar es una de las medidas de cambios de prácticas de vida más eficaz para la prevención de enfermedad cardiovascular” (23).

Cambios en la dieta

“Varios estudios han informado sobre el efecto protector cardiovascular de la dieta mediterránea. El ajuste de la dieta debe ir acompañado de otros cambios en las prácticas de vida” (23).

“Las características de una dieta saludable son: alto consumo de grasas monoinsaturadas: aceite de oliva; alto consumo de pescado, por su aporte de ácidos grasos poliinsaturados (2-3 veces por semana); elevado consumo de verduras, leguminosas, frutas, cereales y frutos secos; consumo frecuente de productos lácteos; moderado consumo de carnes rojas” (23).

Reducción de peso

“La hipertensión arterial está estrechamente relacionada con el exceso de peso corporal y la reducción de peso va seguida de una disminución de la tensión arterial (5-20 mmHg). La pérdida de peso también puede mejorar la eficacia del medicamento” (23).

“Para la pérdida de peso, se debe emplear una estrategia multidisciplinaria que incluya consejos sobre la dieta, ejercicio físico regular y motivación” (20).

Ejercicio físico regular

“Los estudios epidemiológicos sugieren que la actividad física aeróbica regular puede ser beneficiosa tanto para la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial (4-9 mmHg), como para reducir el riesgo cardiovascular y la mortalidad” (23).

- Tratamiento farmacológico

“El objetivo del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial es disminuir los valores de presión arterial por debajo de 140/90 mm de Hg cuando por sí solas las medidas no farmacológicas no lo han logrado en prevención primaria y disminuir la presión arterial por debajo de < 130/80 mm de Hg en pacientes hipertensos de riesgo alto (con DM, enfermedad cerebrovascular, cardiovascular o renal)” (18).

“La monoterapia inicial es exitosa en muchos pacientes con hipertensión primaria leve. Sin embargo, es poco probable que la terapia con un solo fármaco alcance la presión arterial deseada en pacientes cuya presión arterial esté a más de 20/10 mmHg por encima de la meta” (23).

“Solamente se debe considerar la posibilidad de monoterapia en hipertensión grado 1 de bajo riesgo (presión sistólica <150 mmHg) o en pacientes muy adultos (80 años) o más frágiles, en el resto de pacientes en los que las medidas de cambios de hábitos y prácticas de vida no resulten efectivas, se deberá comenzar con terapia dual” (23).

“Respecto a los fármacos, la guía recomienda como grupos de inicio diuréticos tiazídicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII) y calcio antagonistas (CA). Todos los demás grupos, incluyendo los betabloqueantes (BB), se consideran de segunda línea o reservados para pacientes con comorbilidades” (21).

Diuréticos tiazídicos

“La evidencia científica demuestra que los diuréticos son medicamentos efectivos para reducir mortalidad y eventos adversos cardiovasculares en pacientes hipertensos. Entre ellos están: clortalidona, hidroclorotiazida, indapamida o xipamida)” (23).

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

“Producen vasodilatación, disminuyendo la PA gracias al bloqueo de la conversión de angiotensina I en angiotensina II, que es uno de los vasoconstrictores más potentes. Los IECA más comunes son: enalapril, captopril, lisinopril, ramipril, entre otros” (18).

Calcio antagonistas (CA)

“La disminución de la PA se debe a su acción vasodilatadora. Se clasifican en dihidropiridinas, benzotiazepinas, fenilalquilaminas” (18). “Si bien todos los

subgrupos están indicados y se han estudiado con resultados similares, existe mayor evidencia con las dihidropiridinas, en especial con amlodipino y nifedipino” (23).

Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAII)

“Las indicaciones específicas y la eficacia de los ARAII son similares a las de los IECA. Un ARAII está particularmente indicado en pacientes que no toleran los inhibidores de la ECA (principalmente debido a la tos)” (23). “Actúan bloqueando de manera selectiva el receptor de la angiotensina II, produciendo la acción vasodilatadora perteneciendo a este grupo el losartán” (18).

Beta bloqueantes (BB)

“Los Beta Bloqueantes así como los diuréticos, y en particular combinados, están asociados con un mayor riesgo de efectos secundarios y con una tasa más alta de interrupción del tratamiento” (23). “Estos reducen la PA retrasando la frecuencia cardiaca y disminuyendo la contractilidad del miocardio. En este grupo están atenolol, carvedilol y labetalol” (18).

Otros antihipertensivos

“Los medicamentos de acción central, los bloqueadores de los receptores alfa y vasodilatadores directos son agentes eficaces para tratar la hipertensión en casos específicos. Se utilizan en combinación con otros; sin embargo, su uso se ha reducido debido a la frecuencia e intensidad de los efectos secundarios” (23).

Medicamentos combinados

“Si no se logra reducir la PA por debajo de los valores límite en 1-3 meses o hay una respuesta nula al tratamiento se opta, o bien por aumentar la dosis o bien por añadir otro fármaco hasta conseguir el descenso de la PA esperado, ya que solo el 50% de los pacientes con monoterapia controlan la PA por debajo de valores límite” (18).

Posibles combinaciones de medicamentos para el tratamiento de la HTA (Figura 1):

Las líneas verdes continuas: combinaciones preferidas.

Línea verde discontinua: combinación útil (con algunas limitaciones).

Líneas negras discontinuas: combinaciones posibles, pero menos evidencia.

Línea roja continua: no recomendada.

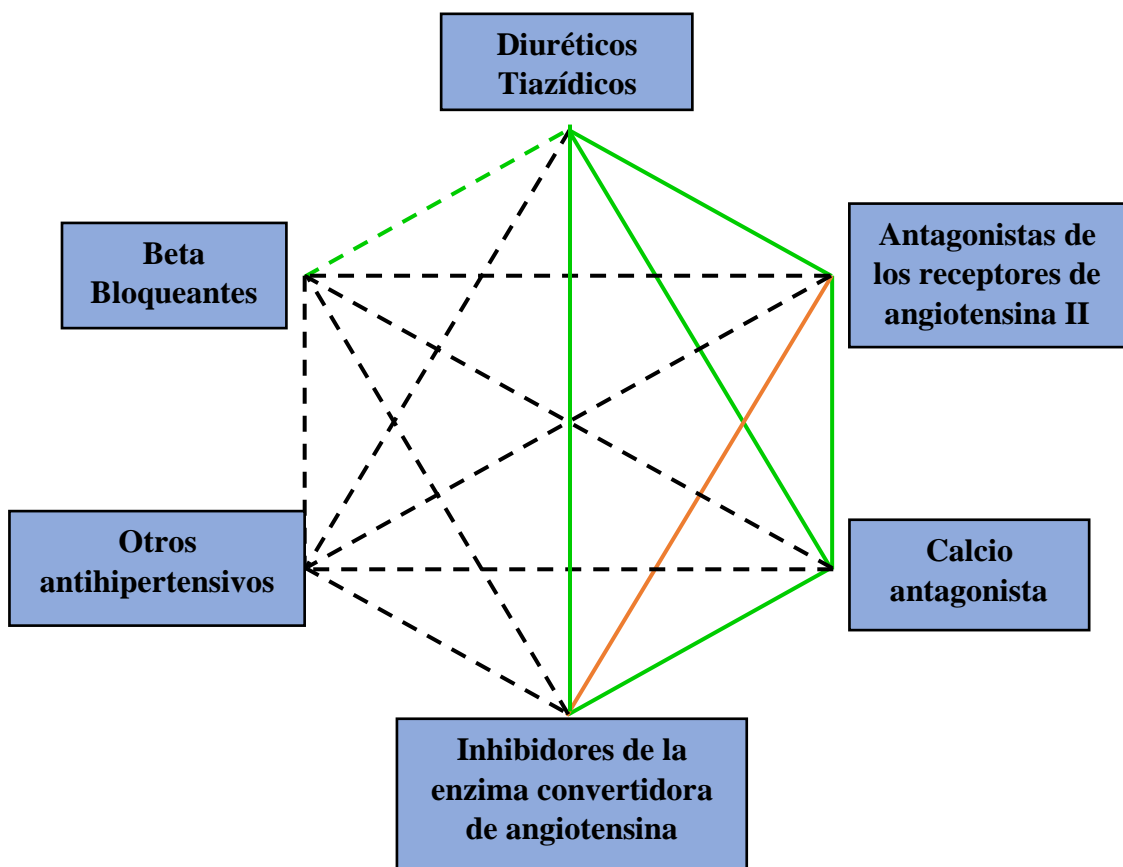


Figura 1 Posibles combinaciones de medicamentos para el tratamiento de la HTA
Fuente: Guía de práctica clínica de Hipertensión Arterial, 2019. (23)

2.3.2. Adherencia terapéutica

- Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004 fusiona definiciones de autores como Haynes y Rand, realizadas en 1976, y define la adherencia al tratamiento

como “el grado en que el comportamiento de una persona en tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (12).

La carencia de adherencia terapéutica se usa para cuantificar la medida con la que el paciente adopta o no las instrucciones del personal de salud, lo que involucra la carencia de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; si el seguimiento de las indicaciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados tienden a ser desfavorables (24).

La adherencia al tratamiento normalmente se expone como una variable dicotómica (adherente vs no adherente) o a manera de porcentaje en función de las dosis ingeridas del medicamento prescrito durante un determinado periodo de tiempo (de 0% a \geq 100%) (25).

- Factores que influyen en la adherencia
 - Factores socioeconómicos

Dentro de estos factores se encuentran la pobreza, el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y estrategias para la prestación de servicios de salud que tomen en cuenta las creencias culturales sobre la patología y su tratamiento (24).

- Factores relacionados con el proveedor: el sistema y equipo de salud

Los componentes involucrados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo inmoderada que conducen a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin preparación idónea, insuficiente capacidad del sistema para educar a los

pacientes y conceder seguimiento en enfermedades crónicas, falta de comprensión sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla (24).

Mejorar la adherencia terapéutica demanda evaluar las zonas de oportunidad en donde se puede intervenir. Ya reconocido el inconveniente que obstaculiza en la adherencia terapéutica, se edifican de carácter individualizado las tácticas y las acciones. Se demuestra que la carencia de adherencia se vincula con incremento en el número de hospitalizaciones entre los individuos; esto provoca el desgaste del personal sanitario y eleva el precio de los recursos en la salud (24).

- Factores relacionados con la enfermedad

Ciertos determinantes de la adherencia al tratamiento son los conectados con la gravedad de la sintomatología, el nivel de discapacidad (física, psicológica y social), la rapidez con la que aumentan y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su resultado es dependiente de cuánto peso tiene la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad que se le da a la adherencia del tratamiento.

La depresión es un elemento usualmente conectado con la carencia de apego a la terapia; es por ello que, frente a la primera especulación de un cuadro depresivo, se debería hacer una valoración psicológica para abordarla y tratarla lo más rápido que se pueda y de esta forma reducir la carencia de adherencia al tratamiento relacionada con este caso (24).

- Factores relacionados con la terapia

Son diversos los elementos relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia; los más principales se vinculan con la complejidad del sistema médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes

en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para atenderlos.

Los rasgos específicos de las patologías y sus tratamientos no son más relevantes que los factores habituales que están afectando a la adherencia del tratamiento, sino que varían su influencia. Las intervenciones de adherencia tienen que acoplarse a las necesidades del paciente para alcanzar un resultado significativo (24).

- Factores relacionados con el paciente

Entre ellos destaca la carencia de recursos, creencias religiosas, nivel académico, falta de percepción en el alivio de la patología, confianza en el personal de salud, voluntad de control propio, autoeficacia y salud mental. La falta de adherencia provoca que los precios para el paciente sean sustancialmente más elevados; sin embargo, hay poquísimos estudios para efectuar intervenciones a este nivel (24).

- Métodos para medir el grado de adherencia al tratamiento

- Métodos Directos

Consisten en medir la cantidad de medicamento que hay en muestras biológicas, dichos procedimientos componen la forma ideal para el control de la adherencia de un paciente a su medicación, no obstante, muestran ciertos problemas, como por ejemplo, ser incómodos e invasivos para el paciente debido a que es necesaria la extracción de su sangre, además existe la posibilidad de aparecer resultados equivocados ya que se refieren a la última dosis ingerida y no al régimen terapéutico, la concentración hallada en un fluido biológico puede variar por causas diferentes al cumplimiento, como la acción de la dieta, presencia de otros fármacos, hábitos o diferencias genéticas (25).

En los métodos directos, además se incluye la terapia directamente observada (TDO) que puede ser abordada por los profesionales de la salud, familiares o incluso entre pacientes ya sea en un centro médico, en el domicilio del paciente o de un voluntario.

Los métodos directos son bastante objetivos, aun cuando son costosos y poco aplicables en atención primaria. Además, otorgan una contestación simple de sí o no, sin revelar el patrón de no adherencia y sus posibles causas (25).

- **Métodos Indirectos**

Por su lado, los métodos indirectos son fáciles, prácticos y económicos, por lo cual resultan muy útiles en atención primaria, sin embargo, posee el problema de no poder evaluar la adherencia de manera objetiva, ya que la información es reportada por los mismos pacientes o sus parientes y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento (26).

Aquí pudimos encontrar los cuestionarios de autoinformes de los pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la contestación clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación (MEMS), diario de los pacientes, cuestionario para cuidador (26).

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

Esta herramienta ha sido diseñada originalmente en Bogotá en el año 2006 por Bonilla y De Reales en donde se evaluaban 5 magnitudes por medio de 72 ítems. En el año 2007 se hizo un nuevo análisis, el cual usó una herramienta con 62 ítems; después de dichos trabajos, se ejecutó un nuevo estudio en el año 2008 que plantó el instrumento con 53 ítems agrupados en cuatro dimensiones. Más adelante, Ortiz publicó un estudio en el año 2010 en el cual se disminuyó el instrumento a 24 ítems agrupados en las mismas 4 dimensiones factores socioeconómicos, factores relacionados con el abastecedor, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente, esta herramienta recibe un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.84 (27).

Los ítems se responden por medio de una escala Likert de 3 puntos: nunca, a veces, siempre, con una puntuación de 0, 1 y 2 respectivamente, excepto la pregunta 4 de los

factores socioeconómicos y los 6 ítems de los factores relacionados con la terapia, a estos se les asignó una valoración inversa debido a que la formulación de las preguntas lo amerita. La suma de los valores obtenidos permite estipular la adherencia de acuerdo a los siguientes intervalos: una puntuación de 38 a 48 puntos representa ventaja para adherencia, de 37 a 29 indica riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y menos de 29 puntos muestra que no tiene comportamientos de adherencia (28).

Tabla 1 Clasificación modificada de los grados de riesgos para la adherencia

Categoría de riesgo	Porcentaje	Puntuación Escala de Likert	Definición
Riesgo bajo	80% al 100%	38-48 puntos	Ventaja para generar comportamientos compatibles con la adherencia
Riesgo medio	60% a 79%	29-37 puntos	En peligro de no generar comportamientos de adherencia
Riesgo alto	Menor o igual a 59%	Menor a 28 puntos	No puede responder con comportamientos de adherencia (29)

Test de Morisky Green Levine

Este test viene a ser uno de los más empleados para obtener datos clínicos, ha sido adoptado y validado en extensa variedad de enfermedades como: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson y enfermedad cardiovascular. La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en un conjunto de pacientes hipertensos con Alfa de Cronbach de 0,82.

Este consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica que específicamente evalúa las dificultades presentes para una adecuada adherencia al tratamiento. Se considera adherente si responde de la siguiente manera a las 4 preguntas: no/sí/no/no, y no adherente si contesta de manera diferente (25).

- Intervenciones para mejorar la adherencia

Actualmente, ninguna intervención ha sido suficiente para mejorar la adherencia de manera universal, en todos los pacientes, enfermedades o entornos. Los estudios que han evaluado la efectividad de diferentes tácticas muestran mucha variabilidad entre ellos, tanto por el tipo de pacientes implicados, el tipo de tácticas evaluadas como las técnicas para medir el nivel de adherencia al tratamiento (30).

Es fundamental considerar que varios estudios han demostrado que la efectividad de las intervenciones se reduce con el pasar del tiempo, por lo cual tendrá que evaluarse su efectividad de manera constante. Otro problema es que hay insuficiente información sobre su impacto en los resultados clínicos (30).

- Intervenciones técnicas

Principalmente, este conjunto de intervenciones va encaminadas a la simplificación del tratamiento ya sea reformando la pauta posológica, es decir, aminorando la cantidad de tomas al día; un cambio de comprimidos a formulación líquida oral en el caso de pacientes con problemas de deglución, o la prescripción de medicamentos fusionados en un único comprimido.

Otra técnica se basa en la utilización de sistemas recordatorio. Hay diversos dispositivos electrónicos o métodos técnicos para acordarse de la toma de medicación, entre los que destacan: el envío de mensajes de texto a través del móvil y la utilización de aplicaciones a través de teléfonos inteligentes. Además, también encontramos el manejo de pastilleros, un método más económico y de fácil acceso, por lo que su uso es más generalizado (30).

- Intervenciones conductuales

Al ser la adherencia terapéutica un comportamiento, van a ser de enorme utilidad las intervenciones de tipo conductual. Este conjunto de tácticas consiste en modificar o

reforzar la conducta de los pacientes y empoderarlos para que formen parte de en su propio cuidado y la resolución de conflictos. Esto incluye un cambio positivo de sus destrezas y rutinas cotidianas o la individualización del sistema para adecuarlo al estilo de vida del paciente. Varias de las intervenciones anteriormente mencionadas igualmente son parte de este grupo como, por ejemplo, la implementación de pastilleros, calendarios o sistemas recordatorio (30).

Por otro lado, uno de los instrumentos más útiles por el personal de la salud para impulsar un cambio conductual del paciente, es la entrevista clínica de tipo motivacional. Esta clase de entrevista se fundamenta en que la motivación es el factor primordial para fomentar el cambio.

- Intervenciones educativas

Estas intervenciones radican en proveer información oral, escrita, por medio de soporte audiovisual, vía telefónica, por correo electrónico, de manera personal o en grupo o mediante visitas al domicilio, entre otras. Están diseñadas para motivar y educar a los pacientes basándose en el concepto que aquellos pacientes que conocen su patología y medicamentos estarán más informados y empoderados y conseguirán ser más adherentes al tratamiento.

Además, se han instaurado programas para impulsar el autocuidado y mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes crónicos. Por medio de dichos programas se pretende modificar el modelo de enseñanza sanitaria dependiente del profesional y con cierto carácter paternalista a otro modelo en el cual el paciente es más independiente (30).

2.3.3. Teoría de enfermería: Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem muestra su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general formada por tres teorías articuladas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería

- La teoría del autocuidado

El autocuidado es una función humana que debe aplicar cada persona de manera deliberada con el objetivo de preservar su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar.

- Requisitos

El concepto requisito es descrito como la actividad que la persona debe poner en práctica para cuidar de sí mismo.

Requisito de autocuidado universal

Requisito de autocuidado del desarrollo

Requisito de autocuidado de desviación de la salud: prácticas que ejecuta el paciente con discapacidad

- Meta paradigmas

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; capaz de desarrollar prácticas de autocuidado dependiente.

Salud: percepción del bienestar que posee una persona.

Enfermería: asistencia humana que se brinda cuando el individuo no puede cuidarse por sí misma.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el cúmulo de factores externos que influyen sobre la decisión del individuo de emprender los autocuidados.

- La teoría del déficit de autocuidado

La teoría general del déficit de autocuidado establece una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado que tienen las personas.

- Componentes de la demanda de autocuidado

El cuidar de uno mismo: se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: barreras para el autocuidado, es decir, cuando la persona carece de conocimientos y no sabe cuándo es el momento de buscar ayuda de otros.

El aprendizaje del autocuidado: representa acciones aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas del individuo.

- La teoría de los sistemas de Enfermería
 - Elementos básicos

La Enfermera

El paciente o grupo de personas

Los acontecimientos ocurridos, tomando en cuenta, las relaciones con la familia y amigos

- Tipos de sistema de enfermería

Sistema totalmente compensador: enfermería realiza el principal papel compensatorio, haciéndose cargo de satisfacer el autocuidado universal del paciente.

Sistema parcialmente compensador: enfermería actúa de modo compensatorio, sin embargo, el paciente es el más comprometido en su propio cuidado.

Sistema de apoyo educativo: cuando el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado. El rol de enfermería se restringe a apoyar en la toma de decisiones y a transmitir conocimientos y habilidades.

En general, las aportaciones de Dorothea E. Orem contribuyen a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que la hipertensión arterial requiere de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con factores de riesgo. Esto sería posible si se implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo que fomenten la mejora del autocuidado (31).

2.4. Marco Legal y Ético

2.4.1. Marco Legal

- Constitución de la República del Ecuador
 - Título II. Derechos, sección séptima: Salud

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”
(32).

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”
(32).

- Ley Orgánica de la Salud

“Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables” (33).

- Plan nacional de desarrollo “Toda una Vida” 2017 – 2021
 - Eje 1: Derechos para todos, durante toda la vida

“Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. La aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles. Esta visión exige el desarrollo de redes de servicios de salud enfocados en las necesidades de sus usuarios, acorde con la edad y la diversidad cultural y sexual” (34).

2.4.2. Marco Ético

- Código de Helsinki

“El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad” (35).

“La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales”.

“También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica” (35).

- Código Deontológico del CIE (Consejo Internacional de Enfermeras)

“La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el

tratamiento correspondiente” (36).

- Código de Ética

“Artículo 4.- COMPROMISOS. - El proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública a: Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades” (37).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

La investigación tiene un diseño cuantitativo no experimental.

Cuantitativo: es un proceso que se caracteriza por ser secuencial y estructurado, que mide fenómenos a través de herramientas de análisis matemático y estadístico para describirlos, explicarlos y predecirlos mediante datos numéricos (38). Esta investigación se considera cuantitativa ya que se aplicó un cuestionario y para elaborar la tabulación respectiva de dichos datos se empleó herramientas numéricas.

No experimental: el investigador no genera situaciones, ni intervenciones de ningún tipo sobre los objetos de estudio (38). Este estudio no provocó cambios en las actitudes de los pacientes hipertensos frente a la adherencia a su tratamiento, y se centró únicamente en la recolección de la información.

3.2. Tipo de la investigación

La investigación es de tipo descriptiva y transversal.

Descriptiva: su alcance va a ser la caracterización de la población estudiada, a través de las variables planteadas, lo que quiere decir que en este estudio la investigadora detalló la información recogida y describió las características encontradas.

Transversal: la recopilación de información se da en un periodo único establecido, por lo que la recolección de datos fue en el año 2021 en los barrios Mariano Acosta y Pugacho.

3.3. Localización y ubicación del estudio

La presente investigación se realizó en los Barrios Mariano Acosta y Pugacho, situados en la parroquia San Francisco, ciudad Ibarra en la provincia de Imbabura.

3.4. Población

3.4.1. Universo

Personas hipertensas residentes en los Barrios Mariano Acosta y Pugacho.

3.4.2. Muestra

El cálculo fue realizado mediante muestreo no probabilístico, quiere decir que la investigadora pudo controlar la elección de las personas a estudiar para la recolección de los datos.

Luego de haber tenido acceso a la información del tarjetero de pacientes crónicos del Centro de Salud Pugacho, se obtuvo como muestra a un total de 42 participantes cuyo diagnóstico es hipertensión arterial, de los cuales, 22 residen en Pugacho Bajo, 8 en Pugacho Alto y 12 en el barrio Mariano Acosta.

3.4.3. Criterios de inclusión

Personas hipertensas pertenecientes a los Barrios Mariano Acosta y Pugacho que se atienden en el Centro de Salud Pugacho, y quienes acepten voluntariamente participar en el estudio, mediante consentimiento informado.

3.4.4. Criterios de exclusión

Pacientes hipertensos que no asistan al Centro de Salud Pugacho, que tengan dificultad para la comunicación y que no deseen formar parte de la investigación.

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio.					
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas	Son un cúmulo de particularidades biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, seleccionando aquellas que es posible medir.	Identidad	Género	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino • LGBT • Otros 	Encuesta
		Autoidentificación	Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Indígena • Mestizo • Afroecuatoriana • Blanco • Otro 	Encuesta
		Edad	Años cumplidos	30 - 40 años 41 - 50 años 51 – 60 años 61 – 70 años Mayor a 70 años	Encuesta
		Estado civil	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a • Casado/a • Viudo/a • Divorciado/a • Unión libre 	Encuesta

		Nivel académico	Nivel de educación aprobado	<ul style="list-style-type: none"> • Sin escolaridad • Primaria • Secundaria • Educación superior 	Encuesta
		Tipo de empleo	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleado público • Empleado privado • Desempleado • Jubilado/a • Dependiente de terceros 	Encuesta
Objetivo 2: Describir los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.					
VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.	Es el conjunto de circunstancias del paciente, enfermedad, tratamiento y sistemas de salud que influyen en adherencia al	Factores socioeconómicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)? 2. ¿Puede costearse los medicamentos? 3. ¿Cuenta con los recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 Nunca • 1 A veces • 2 Siempre 	Cuestionario para evaluar los factores que influyen en la adherencia de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales

	tratamiento (39).		<p>económicos para trasladarse al lugar de la consulta?</p> <p>4. ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?</p> <p>5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?</p> <p>6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?</p>		
		Factores del proveedor de salud: Sistema y Equipo de Salud	<p>7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?</p> <p>8. ¿Se da cuenta que el médico controla su tratamiento por las preguntas que le hace?</p> <p>9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?</p> <p>10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0 Nunca • 1 A veces • 2 Siempre 	Cuestionario para evaluar los factores que influyen en la adherencia de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales

		<p>de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?</p> <p>11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?</p> <p>12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?</p> <p>13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?</p> <p>14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?</p>		
	Factores relacionados con la terapia	15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Nunca • 1 A veces • 0 Siempre 	Cuestionario para evaluar los factores que influyen en la

			<p>16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?</p> <p>17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?</p> <p>18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?</p> <p>19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?</p> <p>20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?</p>		<p>adherencia de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales</p>
		Factores del paciente	<p>21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?</p> <p>22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?</p> <p>23. ¿Cree que es importante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0 Nunca • 1 A veces • 2 Siempre 	<p>Cuestionario para evaluar los factores que influyen en la adherencia de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez</p>

			seguir su tratamiento para mejorar su salud? 24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?		de Reales
Objetivo 3: Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.					
VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Adherencia al tratamiento	Medida en que la conducta de una persona (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o hacer cambios en el modo de vida) concierne a las indicaciones establecidas por el personal de salud (40).	Adherente o no adherente	1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Test de Morisky Green

3.6. Métodos de recolección de información

El método empleado en la investigación fue una encuesta elaborada en la herramienta de Google Forms, la técnica o instrumento que se manejó para lograr los objetivos planteados fue un cuestionario elaborado por la investigadora para caracterizar a la población de estudio, se empleó el instrumento ya validado de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales que consta de 24 ítems para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y también se manejó el test de Morisky-Green-Levine para valorar si el paciente es adherente o no a su tratamiento farmacológico.

3.7. Análisis de datos

Posterior a la aplicación del instrumento de investigación se procedió a ingresar los datos en una tabla del programa Microsoft Excel para la tabulación y respectivo análisis de la información obtenida, a través de tablas de frecuencias, porcentajes y otras herramientas estadísticas que permitieron evaluar el problema de investigación planteado en la fase inicial del presente estudio.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1. Tabulación y análisis de los resultados de la adherencia al tratamiento integral en pacientes hipertensos

Tabla 2 Características sociodemográficas

VARIABLE	ESCALA	N°	%
Género	Femenino	36	85,71%
	Masculino	6	14,29%
Etnia	Indígena	2	4,76%
	Mestizo	29	69,05%
	Afroecuatoriano	11	26,19%
Años	30 - 40 años	1	2,38%
Cumplidos	41 - 50 años	7	16,67%
	51 - 60 años	5	11,90%
	61 - 70 años	13	30,95%
	> 70 años	16	38,10%
Estado Civil	Soltero/a	3	7,14%
	Casado/a	17	40,48%
	Viudo/a	15	35,71%
	Unión libre	7	16,67%
Nivel Académico	Sin escolaridad	8	19,05%
	Primaria	18	42,86%
	Secundaria	11	26,19%
	Educación superior	5	11,90%

Ocupación	Ama de casa	9	21,43%
	Empleo privado	4	9,52%
	Desempleado	11	26,19%
	Jubilado	8	19,05%
	Dependencia de terceros	10	23,81%

En lo que corresponde a las características sociodemográficas, se evidencia que la mayor parte de los sujetos de estudio está conformada por el género femenino que representa el 85,71%, mientras que con un número menor (4,29%) el género masculino. La etnia que predomina en la población es mestiza 69,05%, seguida de la afroecuatoriana 26,19%. Considerando la edad, lo encabezan los pacientes de más de 70 años (38,10%), con poca diferencia le continúan los pacientes de 61 a 70 años (30,95%). Respecto al estado civil el 40,48% está casado y el 35,71% viudo. En el nivel académico se observó que el 42,86% de pacientes hipertensos terminó la primaria, un 26,19% la secundaria y un 19,05% sin escolaridad. En lo que se refiere a ocupación se registró que el 26,19% está desempleado, seguido del 23,81% que señaló depender de terceros y el 21,43% es ama de casa.

El estudio realizado por Benítez y colaboradores a pacientes con tratamiento antihipertensivo aporta con datos similares, en los individuos estudiados se aprecia el predominio del sexo femenino de 79%, generalmente conformado por amas de casa, y una edad mayor de 50 años en el 89.3% (15).

Por otra parte, en la investigación de adherencia al tratamiento antihipertensivo de Carrión y otros, en relación a las variables sociodemográficas en hipertensión arterial se tuvo como resultado que el 29% de pacientes se encuentra en un rango de edad entre 64 y 74 años, el 56% de pacientes pertenecen al sexo femenino y en menor porcentaje el sexo masculino con el 44%, en la instrucción se observó que el 57% de paciente terminó la primaria, un 18% la secundaria y sin instrucción, respecto al estado civil el 51% está casado y un 23% viudo (10).

Se puede evidenciar que existe semejanzas en los resultados obtenidos, en lo que se refiere a que la mayoría de pacientes con hipertensión arterial son mujeres, con edades aproximadas a los 70 años y que en lo que se refiere a instrucción educativa una gran parte solo terminó la primaria.

Tabla 3 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

FACTORES	N°	%
Factores Socioeconómicos	16	38%
Costeo de medicamentos		
Factores del proveedor de salud: Sistema y Equipo de Salud	9	21%
Información sobre el tratamiento		
Factores relacionados con la terapia	12	29%
Costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar		
Factores del paciente	5	12%
Convencido del tratamiento		

En esta investigación, los factores que más influyeron en la no adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos lo constituyeron los factores socioeconómicos (38%) en la cual los pacientes manifestaron que a veces es difícil costearse los medicamentos que no se dispone en el Centro de Salud, seguido de los factores relacionados con la terapia (29%) en el cual se refirió que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.

Los resultados de esta investigación difieren con el estudio realizado por Ocampo en pacientes hipertensos atendidos en establecimientos públicos en Perú (41), en donde se constató que el factor que más influyó en la no adherencia fue el factor relacionado con el proveedor de salud en un 20,53%, de igual manera en otro estudio realizado en Cuenca por Orellana, Chacón y otros, en los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, se evidenció otro dato distinto, siendo los factores relacionados con el paciente los más influyentes para la no adherencia seguido del factor socioeconómico, de la terapia y del proveedor de salud (42).

Tabla 4 Grado de riesgo para la adherencia

VARIABLE	N°	%
Riesgo bajo	11	26,19%
Riesgo medio	8	19,05%
Riesgo alto	23	54,76%

Se evaluó el grado de riesgo para la adherencia a través del cuestionario validado de Consuelo Ortiz (2008), el cual permitió identificar que el 54,76% de los pacientes hipertensos tienen riesgo alto, lo que significa que el paciente no puede responder con comportamientos de adherencia, seguido del 26,19% con riesgo bajo, es decir, que tiene ventaja para generar comportamientos compatibles con la adherencia y el 19,05% presenta riesgo medio, ubicándose así en peligro de no generar comportamientos de adherencia.

Salcedo y Gómez realizaron una investigación en pacientes hipertensos hospitalizados en el Hospital Universitario de Santander y aplicaron el instrumento validado de Bonilla y De Reales en su última versión propuesta por Consuelo Ortiz Suárez, se obtuvo como resultado que más del 50% de la población hipertensa evaluada se ubica en un grado de adherencia en riesgo medio y alto. Los resultados obtenidos simbolizan un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional. Las complicaciones provienen de un importante conjunto de elementos negativos que influyen, como lo son los factores socioeconómicos bajos, el bajo nivel académico y la complejidad del régimen terapéutico (29).

En la presente investigación, al igual que en la anteriormente citada se logra identificar que existe un alto porcentaje de pacientes que tienen riesgo medio y alto de no adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, lo cual representa un problema de salud que a un futuro no muy lejano traerá consecuencias en la vida de los pacientes sino se toman las medidas de prevención necesarias.

Tabla 5 Grado de riesgo para la adherencia en relación a la edad

VARIABLE	RIESGO BAJO		RIESGO MEDIO		RIESGO ALTO	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
30 - 40 años	1	2%	0	0%	0	0%
41 - 50 años	5	12%	1	2%	1	2%
51 - 60 años	1	2%	0	0%	4	10%
61 - 70 años	1	2%	3	7%	9	21%
> 70 años	3	7%	4	10%	9	21%

En los resultados obtenidos de acuerdo al grado de riesgo se determina que los adultos mayores de 61 años presentan un riesgo alto 21%, situación que de acuerdo a la clasificación de riesgo para la adherencia muestra que el paciente hipertenso no puede responder con comportamientos de cumplimiento a su terapia farmacológica y no farmacológica.

Salcedo y Gómez presentan en su investigación que el 50% de la población estimada se clasifica como adulta mayor (≥ 60 años), sin embargo, con respecto a la adherencia, no hay una conceptualización que admita relacionar la idea de que, a mayor edad, mayor riesgo de abandono al tratamiento, pero se señala que cuando la edad sobrepasa los 75 años y existe una enfermedad concomitante limitante con la tensión arterial, el riesgo de no adherencia es elevado (29).

Tabla 6 Adherencia al tratamiento

VARIABLE	N°	%
Adherente	11	26,19%
No Adherente	31	73,81%

Gracias a la utilización del Test de Morisky Green, en este estudio se evidenció que solo la cuarta parte de la población de estudio que representa el 26, 19% se adhiere a

su tratamiento farmacológico, mientras que el 73,81% de los pacientes hipertensos no es adherente.

Guarín y Pinilla realizaron una investigación a pacientes hospitalizados y ambulatorios de Bogotá y manifestaron que la adherencia al tratamiento en ese estudio fue del 31.4%, se menciona también que es un dato inferior respecto a estudios previos en Colombia, pero similar a otros internacionales (50%) como los realizados en Brasil (38.8%) y en Argentina (48.2%) (43).

La información recopilada y comparada con la de otras investigaciones arroja datos importantes en cuanto a la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes que tienen hipertensión arterial, debido a que por esta falta de adherencia se va a reducir la eficacia del tratamiento y se va a dar lugar a efectos desfavorables en la salud de los pacientes y posiblemente haya complicaciones que son atribuidas al problema mencionado.

Tabla 7 Medicamento prescrito

MEDICAMENTOS		N°	%
Clortalidona	25 mg	1	2,38%
	50 mg	2	4,76%
Enalapril	5 mg	3	7,14%
	20 mg	4	9,52%
Amlodipino	5 mg	2	4,76%
	10 mg	7	16,67%
Losartán	50 mg	8	19,05%
	100 mg	15	35,71%

En los resultados obtenidos en relación al medicamento prescrito se encontró que el fármaco único más recetado es el losartán de 100 mg (35,71%), seguido del losartán de 50 mg (19,05%), y amlodipino de 10 mg (16,67%). Cabe recalcar que en esta

investigación no se tomó en cuenta la terapia con medicamentos combinados debido a que los pacientes hipertensos que participaron solo tomaban un fármaco.

En la investigación de López y Chávez, el régimen terapéutico diario de un único medicamento se vincula a mayor adherencia del tratamiento en el 73,8 %, al igual que los pacientes que consumen medicamentos a dosis única como atenolol (92,3%), amlodipino (88,9 %) o enalapril (88,1 %) (44).

Ramírez y Ramírez exponen en su investigación que más del 50% de los encuestados registraron hipertensión no complicada y usaban captopril en terapia combinada con diurético tiazídico, que son los medicamentos más prescritos, lo cual coincide con los antihipertensivos reportados en Cuba por el Centro de vigilancia de la prescripción: hidroclorotiazida y enalapril y en menor frecuencia amlodipino y captopril (12).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

En el perfil sociodemográfico de los pacientes hipertensos que formaron parte de esta investigación se evidencian las siguientes particularidades, se caracterizaron por ser en su mayoría mujeres, se autoidentifican como mestizas, su edad está comprendida desde los 61 años en adelante, indican estar casadas, con un nivel académico de primaria, y refieren estar desempleados, depender de terceros y ser amas de casa.

Los factores que más influyeron en la no adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos lo constituyeron los factores socioeconómicos, debido a que no siempre puede costearse los medicamentos cuando éstos no se encuentran disponibles en las Unidades de salud, seguido de los factores relacionados con la terapia, los relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud y los factores del paciente.

El grado de riesgo para la adherencia al tratamiento integral de la población estudiada es de un riesgo alto, siendo también la edad un factor que tiene relación significativa con este riesgo, debido a que en este caso a mayor edad el riesgo aumenta también, considerando eso, con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico se encontró que solo cerca del 25% de la población hipertensa evaluada son adherentes, lo que representa un alarmante problema de la conducta de este grupo poblacional frente a la adherencia, puesto que el ineficaz seguimiento del tratamiento aumenta la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular y otras complicaciones que pueden darse a corto y largo plazo.

En esta investigación es importante destacar que a pesar de que los pacientes hipertensos no tienen una terapia con medicamentos combinados, sino que solo se les

prescribió un único fármaco no se adhieren al tratamiento farmacológico, descartando así en este estudio que la polifarmacia es un factor que influye en la no adherencia.

5.2. Recomendaciones

Es importante que las instituciones de salud desde el primer nivel de atención impartan capacitaciones aprovechando cada momento que estén en contacto con el paciente, desde los médicos en la consulta con los usuarios hasta la post consulta por el personal de enfermería; además, las visitas domiciliarias son importantes para valorar y dar seguimientos de los pacientes en su propio entorno, siendo las charlas y material de apoyo como carteleras, rotafolios y trípticos de ayuda para llamar la atención de los pacientes, una herramienta clave para generar cambios positivos en su tratamiento.

Dar a conocer información clara y precisa, que sea entendible para los pacientes es de gran importancia, una explicación adecuada ayuda al paciente a comprender la manera correcta de cumplir con su tratamiento y evitar así que factores como la aparición de efectos secundarios, la dosis y hora indicada para tomar el medicamento o cualquier otro factor influya en la no adherencia de su tratamiento.

El nivel educativo y la edad de los pacientes hipertensos necesitan de mayor atención por la familia y el personal de salud por lo que se recomienda hacer seguimiento con respecto al cumplimiento de su tratamiento; el personal de enfermería debe continuar con el trabajo de incentivar, apoyar el autocuidado y bienestar del propio paciente, así mismo, el Ministerio de Salud Pública conjuntamente con todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud deben garantizar la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos a los pacientes hipertensos, brindando así una atención de calidad y calidez, que fomentará la necesidad del paciente de apegarse a su tratamiento integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrada G. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de tres consultorios del Centro de Salud Enrique Ponce Luque año 2018. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 12. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12150/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-47.pdf>.
2. Ortiz D, Bandera M, González S, Figueroa L, Veloz V. Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos. *Medisan*. 2019 Agosto 26; 23(4).
3. Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M, et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Rev. OFIL-ILAPHAR*. 2020 Enero 30; 30(4).
4. Arévalo M, López M. Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial crónica. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 12. Available from: <http://201.159.222.99/bitstream/datos/4991/1/11429.pdf>.
5. Jiménez L, Mota D, Chala J, Brito Y, Armada Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud*. 2017; 9(1).
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. [Online].; 2019 [cited 2021 Julio 21. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/Defunciones/>.
7. Pilataxi R. Factores que inciden en el abandono al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud Tipo “A” de Mulliquindil Santa Ana del cantón Salcedo. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 12. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28694/1/PAULINA%20PILATAXI.pdf>.

8. Espíndola M. Impacto de la aplicación de estrategia de intervención educativa para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Colta, Septiembre 2018 – Julio 2019. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 12. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/12502/1/10T00181.pdf>.
9. Linares L, Lemus N, Linares L, Lazo L, Díaz G. Caracterización de pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo atendidos en el hospital “Dr. León Cuervo Rubio”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2017 Diciembre 8; 42(6).
10. Carrión M, Mesa I, Ramírez A, Jaya L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. Rev AVFT. 2021; 40(3).
11. Nascimento M, Bezerra S. Adhesión a la medicación antihipertensiva, al control de la presión y a factores asociados en la atención primaria de la salud. Texto & Contexto Enfermagem. 2020; 29.
12. Ramírez A, Ramírez J, Borrell J. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. Revista Cubana de Farmacia. 2020; 53(1).
13. Dallacosta F, Restelatto M, Turra L. Adhesión al tratamiento y hábitos de vida de hipertensos. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2019; 11(1).
14. González Y, Cardoso E, Carbonell A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Rev. inf. cient. 2019; 98(2).
15. Benítez M, Martínez J, Cáliz C, Ramírez H, Padgett E, Martínez L, et al. Adherencia al plan integral de tratamiento antihipertensivo en paciente de Ojojona, Francisco Morazán. Rev Med Hondur. 2018; 86(1).
16. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de Ibarra. Gobierno Autónomo Descentralizado. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 17.

Available from: <https://www.ibarra.gob.ec/site/plan-de-ordenamiento-territorial-pd-y-ot/>.

17. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [Online].; 2021 [cited 2021 Julio 28. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
18. Serrano López D. Enfermería y paciente polimedicado Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2018.
19. González Caamaño ÁF. Hipertensión: las cien preguntas y respuestas más frecuentes. Primera ed. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.; 2019.
20. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019 Febrero; 72(2).
21. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboo E, Morales-Olivas F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2018 Abril; 35(3).
22. Gálvez Hernández C, Caballero Suárez N. Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2019.
23. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). [Online].; 2019 [cited 2021 Agosto 2. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf.
24. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez Ó, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles. 2018; 16(3).

25. Pagès N, Valverde I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*. 2018; 59(3): p. 163-172.
26. López L, Romero S, Parra D, Rojas L. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud*. 2016; 21(1).
27. Bonilla C, Gutiérrez E. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *av. enferm*. 2014; 32(1).
28. Jaramillo S. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos. [Online].; 2017. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19504/1/TESIS%20FINAL%20Silvana%20Jaramillo.pdf>.
29. Salcedo A, Gómez A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. *av.enferm*. 2014; 32(1).
30. Puigdemont N, Merino I. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. [Online].; 2018. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n4/2340-9894-ars-59-04-251.pdf>.
31. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 2017; 19(3).
32. Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente. [Online].; 2008 [cited 2020 Julio 17. Available from: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>.
33. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento. [Online].; 2015 [cited 2020 Julio 17. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%20NICA-DE-SALUD4.pdf>.

34. República del Ecuador. Plan Nacional de desarrollo todo una vida 2017-2021. [Online].; 2017. Available from: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.
35. Asamblea Médica Mundial Helsinki. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 17. Available from: https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Etica/declarac_Helsinki_ivestigacs_medicas_serres_hum.pdf.
36. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Online].; 2012 [cited 2020 Julio 17. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf.
37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Código de Ética. [Online].; 2013 [cited 2020 Julio 30. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf.
38. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la Investigación. Quinta ed. Mares J, editor. México: McGraw-Hill; 2010.
39. Medina R, Rojas J, Vilcachagua J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial. [Online].; 2017. Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/775/Factores_MedinaGutierrez_Rayda.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
40. Rueda J. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo Enero Marzo 2018. [Online].; 2018. Available from:

<http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1170/CIE-%20RUE-VID-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

41. Ocampo P. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. In *Crescendo*. 2014; 5(2).
42. Orellana D, Chacón K, Quizhpi J, Álvarez M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Revista Médica HJCA*. 2016; 8(3).
43. Guarín G, Pinilla A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. *Rev. Fac. Med*. 2016; 64(4): p. 651-657.
44. López S, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15(1): p. 40-50.
45. Herrera P, Pacheco J, Valenzuela G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2017 Julio; 34(3): p. 497-504.
46. Luna U, Haro S, Uriostegui L, Barajas T, Rosas D. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Aten Fam*. 2017 Mayo; 24(3): p. 116-120.
47. Romero S, Parra D, Sánchez J, Rojas L. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(1): p. 37-44.

48. Moura A, Godoy S, Cesarino C, Mendes I. Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. *Enfermería Global*. 2016 Julio; 15(43).
49. Martínez G, Sujo M, Estévez A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020; 36(1): p. 1-13.
50. Jiménez L, Siverio D, Chala J, Brito Y, Armada Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud*. 2017 Enero; 9(1).
51. Libertad M, Bayarre H, Corugedo M, Vento F, La Rosa Y, Orbay M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(1): p. 33-45.
52. Mansour S, Monteiro C, Luiz O. pesquisa Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016 Julio; 25(3): p. 647-654.
53. Giraldo Quintero SE. Descripción del uso tradicional de plantas medicinales; 2015.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Título de la investigación: **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INTEGRAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BARRIOS MARIANO ACOSTA Y PUGACHO - 2021”**

Nombre del investigador: Cumbal Imbaquingo Jesica Magaly

Consentimiento informado

Ejerciendo mi libre derecho de participación y de forma voluntaria accedo a responder al siguiente cuestionario, para contribuir con la información que solicita la interesada, una vez que me he informado que la información será utilizada solo con fines de investigación académica, por lo que autorizo hacer uso de la información para este fin.

- Acepto de forma ética y voluntaria

Anexo 2. Encuesta

DATOS:

Género

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) LGBT
- d) Otros

Etnia

- a) Indígena
- b) Mestizo
- c) Afroecuatoriana
- d) Blanco
- e) Otro



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Años cumplidos

- a) 30 - 40 años
- b) 41 - 50 años
- c) 51 – 60 años
- d) 61 – 70 años
- e) Mayor a 70 años

Nivel académico

- a) Sin escolaridad
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Educación superior

Estado civil

- a) Soltero/a
- b) Casado/a
- c) Viudo/a
- d) Divorciado/a
- e) Unión libre

Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Empleado público
- c) Empleado privado
- d) Desempleado
- e) Jubilado/a
- f) Dependiente de terceros

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

Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento hipertensivo: Factores socioeconómicos	Nunca	A Veces	Siempre
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)?			
2. ¿Puede costearse los medicamentos?			
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

4. ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?			
5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?			
6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?			
Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud	Nunca	A Veces	Siempre
7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
8. ¿Se da cuenta que el médico controla su tratamiento por las preguntas que le hace?			
9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?			
11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?			
12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?			
13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
Factores relacionados con la terapia	Nunca	A Veces	Siempre
15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			
20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			
Factores del paciente	Nunca	A Veces	Siempre
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?			



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Test de Morisky Green

Maque con un X a las siguientes preguntas:

PREGUNTAS	SI	NO
¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
¿Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Tratamiento farmacológico de la HTA			
Diuréticos tiazídicos	Clortalidona	Sólido oral 25 mg	
		Sólido oral 50 mg	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	Enalapril	Sólido oral 5 mg	
		Sólido oral 20 mg	
Calcio antagonista (CA)	Amlodipino	Sólido oral 5 mg	
		Sólido oral 10 mg	
Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAII)	Losartán	Sólido oral 50 mg	
		Sólido oral 100 mg	
Beta bloqueantes (BB)	Atenolol	Sólido oral 50 mg	
		Sólido oral 100 mg	
	Carvedilol	Sólido oral 6,25 mg	
		Sólido oral 25 mg	

Gracias por su participación

Anexo 3. Solicitud enviada a la Coordinación Zonal 1 para acceder al tarjetero de pacientes crónicos del Centro de Salud Pugacho



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC
RESOLUCIÓN Nº 001-073 CEAACES - 2013 - 13
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 09 de julio de 2021
Oficio 801-D-FCS-UTN

Doctor
Paúl Pérez Saavedra
COORDINADOR DE SALUD ZONA 1
Presente


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN ZONAL 1 SALUD
SECRETARÍA GENERAL
Fecha: 12-07-2021 Hora: 9:54
Nombre: Rocio P.
Apellido: B. Rojas
Español: 2645

De mí consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente su autorización para que la señorita estudiante, **Jesica Magaly Cumbal Imbaquingo**, de la Carrera de Enfermería; pueda acceder a los Barrios Mariano Acosta y Pugacho a fin de obtener la información del tarjetero de pacientes crónicos y con la información realizar las encuestas mediante cuestionario estructurado del tema de Investigación del proyecto previo a la obtención del título Licenciada en Enfermería, con el tema **"Adherencia al Tratamiento Integral en Pacientes con Hipertensión Arterial, Barrios Mariano Acosta y Pugacho- 2021 "**

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO




MSc. Rocío Castillo
DECANA – FCSS-UTN
Correo: decanatosalud@utn.edu.ec

Visión Institucional - La Universidad Técnica del Norte en el año 2020, será un referente en ciencia, tecnología e innovación en el país, con estándares de excelencia internacionales.

Ciudadela Universitaria barrio El Olivo
Teléfono: (08)2997-800 Casilla 199
www.utn.edu.ec

Anexo 4. Aprobación por parte de la Coordinación Zonal para acceder al tarjetero de pacientes crónicos del Centro de Salud Pugacho



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 1 - Salud

Oficio Nro. MSP-CZONAL1-2021-2049-O

Ibarra, 21 de julio de 2021

Asunto: SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACION DE TARJETERO DE PACIENTES CRONICOS DE LOS BARRIOS MARIANO ACOSTA Y PUGACHO. 8 HOJAS

Msc
Rocio Castillo
Decana - Fcsc-utn
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. OFICIO801-D-FCS-UTN, suscrito por la Msc. Rocío Castillo, Decana FCCSS - UTN, en el cual menciona:

" Me permito solicitar su Autorización para que la señorita estudiante JESSICA MAGALY CUMBAL IMBAQUINGO, de la carrera de enfermería; para que pueda acceder a los barrios Mariano Acosta y Pugacho a fin de obtener información del tarjetero de pacientes crónicos y con la información realizar las encuestas mediante cuestionario estructurado del tema de investigación del proyecto previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, con el tema de " Adherencia al tratamiento integra la los pacientes con Hipertensión Arterial, Barrios Mariano Acosta y Pugacho, 2021"...

Al respecto se informa que la Universidad Técnica del Norte - UTN forma parte del Convenio Interinstitucional emitido mediante Acuerdo Ministerial 000001 del año 2015, entre el Ministerio de Salud Pública, la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud AFEME y la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería ASEDEFE.

El tema de tesis es de interés Institucional por lo cual se emite la respectiva aprobación para el uso de la información en salud requerida, en base al Acuerdo Ministerial 5216 publicado en el Registro Oficial Suplemento 427 de 29-ene.-2015, sobre el REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE INFORMACION CONFIDENCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Es importante mencionar el compromiso de entrega de los resultados encontrados, y de la tesis final aprobada por la Universidad Técnica del Norte, a la Coordinación Zonal 1-Salud.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Dirección: Oviedo 5-77 y Sucre Código Postal: 100105 / Ibarra - Ecuador
Teléfono: 593-6-2994-400 - www.saludzona1.gob.ec





Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 1 - Salud

Oficio Nro. MSP-CZONAL1-2021-2049-O

Ibarra, 21 de julio de 2021

Atentamente,

Mgs. Paul Vladimir Pérez Saavedra
COORDINADOR ZONAL 1 - SALUD

Referencias:
- MSP-CZ1-DZAF-SG-2021-2645-E

Anexos:
- 2645-e-1-5.pdf
- 2645-e-6-10.pdf

vg/tm



Dirección: Oviedo 5-77 y Sucre **Código Postal:** 100105 / Ibarra - Ecuador
Teléfono: 593-6-2994-400 - www.saludzona1.gob.ec

* Documento generado por Zonara *

 **Gobierno** Juntos lo logramos
del Encuentro

2/2

**Anexo 5. Solicitud y aprobación por parte de la líder del Centro de Salud
Pugacho para acceder al tarjetero de pacientes crónicos**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002-CONEA-2010-129-DC
RESOLUCIÓN N° 001-073 CEAACES - 2013 - 13
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 06 de julio de 2021
Oficio 779-D-FCS-UTN

Doctora
Adriana Zambrano
LÍDER DE LA UNIDAD DE SALUD DE PUGACHO
Presente

De mí consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente su autorización para que la señorita estudiante, **Jesica Magaly Cumbal Imbaquingo**, de la Carrera de Enfermería; pueda acceder a la información del tarjetero de pacientes crónicos y con la información realizar las encuestas mediante cuestionario estructurado del tema de Investigación del proyecto previo a la obtención del título Licenciada en Enfermería, con el tema **"Adherencia al Tratamiento Integral en Pacientes con Hipertensión Arterial, Barrios Mariano Acosta y Pugacho- 2021 "**

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Rocío Castillo
DECANA – FCSS-UTN
Correo: decanatosalud@utn.edu.ec



Anexo 6. Evidencia fotográfica

Acceso a tarjetero de pacientes crónicos del Centro de Salud Pugacho



Aplicación de encuesta



Anexo 7. Guía Educativa











Anexo 8. Análisis Urkund



Document Information

Analyzed document	JESICA MAGALY CUMBAL IMBAQUINGO-TESIS FINAL para urkund.docx (D118855188)
Submitted	2021-11-16 23:56:00
Submitted by	
Submitter email	jmcumbali@utn.edu.ec
Similarity	7%
Analysis address	limafla.utn@analysis.urkund.com

Sources included in the report

SA	TFT Letty Diaz 09 11 2021.docx Document TFT Letty Diaz 09 11 2021.docx (D118730799)	 8
W	URL: http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/autonoma/1117/1/Marley%20Albarnaly%20Cortez%20Zelada.pdf Fetched: 2021-11-16 23:58:00	 1
SA	TRabajo de titulación_Lizeth Simbaña.docx Document TRabajo de titulación_Lizeth Simbaña.docx (D41864646)	 1
SA	tesis nicole raad para revisar .docx Document tesis nicole raad para revisar .docx (D10902397)	 1
W	URL: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf Fetched: 2021-11-16 23:58:00	 2
W	URL: http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf Fetched: 2021-11-16 23:58:00	 3
W	URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7125/Espinoza_pr.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 2021-11-16 23:58:00	 2
W	URL: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251 Fetched: 2021-11-16 23:58:00	 8

Anexo 9. Certificación del Abstract



ABSTRACT

ADHERENCE TO COMPREHENSIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION, MARIANO ACOSTA AND PUGACHO NEIGHBORHOODS - 2021.

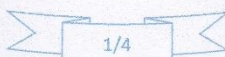
Author: Jessica Magaly Cumbal Imbaquingo

Email: jessicacumbal1998@gmail.com

Hypertension is recognized as a public health issue due to its widespread prevalence and distribution. Despite advancements in diagnosis and treatment, patients have been unable to maintain good adherence to treatment, resulting in inadequate disease control. The purpose of this study was to find out in 2021 how patients with arterial hypertension in the Mariano Acosta and Pugacho neighborhoods adhered to comprehensive treatment. A quantitative, non-experimental descriptive, cross-sectional study was carried out. The population consisted of hypertensive people residing in the Mariano Acosta and Pugacho neighborhoods, and with non-probability sampling for convenience, 42 hypertensive patients who attended the Pugacho Health Center were selected. Data was collected with the instrument Factors that influence adherence by Bonilla and Gutiérrez, the latest version proposed by Ortiz, plus the Morsky Green Test for measuring adherence to drug treatment. Among the results, it was obtained that the most important factors for non-adherence to treatment were socioeconomic factors (38%), that 54.76% of hypertensive patients are in a degree of adherence at high risk, which means that the patient does not respond with adherence behaviors, and only 26.19% adhere to their pharmacological treatment, mostly women over 60 years old, married, who only finished elementary school and are unemployed. In conclusion, adherence to antihypertensive treatment is influenced by a variety of factors that affect the patient, which is concerning because an increase in cardiovascular complications could occur, worsening the prognosis.

Keywords: hypertension, adherence, treatment, pharmacological, comprehensive, risk.

Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri



Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo
062 997-800 ext. 7351 - 7354
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com
www.lauemprende.com
Código Postal: 100150