



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
MAYORES DE 18 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE
HUACHI CHICO DE LA CIUDAD DE AMBATO”.**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Piñaloza Galarza, Shosenka Gabriela

Tutora: Dra. Silva Tirado, Mónica Paulina

Ambato – Ecuador

Octubre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAYORES DE 18 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DE LA CIUDAD DE AMBATO”. de Shosenka Gabriela Piñaloza Galarza, estudiante de la Carrera de Medicina, consideró que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2014

LA TUTORA

.....
Dra. Silva Tirado Mónica Paulina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: “**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAYORES DE 18 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DE LA CIUDAD DE AMBATO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2014

LA AUTORA

.....
Shosenka Gabriela, Piñaloza Galarza

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en líneas patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Junio del 2014

LA AUTORA

.....
Shosenka Gabriela, Piñaloza Galarza

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAYORES DE 18 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DE LA CIUDAD DE AMBATO ”** de Shosenka Gabriela Piñaloza Galarza, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2014

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico a mis dos madres quienes han sabido ser mis guías y ejemplo de perseverancia, porque gracias a ellas aprendí que el esfuerzo y la constancia son parte fundamental de la vida para alcanzar la meta deseada, a mi hija por su comprensión quien me prestó el tiempo que le pertenecía para así poder terminar el presente trabajo de investigación.

Shosenka Gabriela Piñaloza Galarza

AGRADECIMIENTO

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

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por haberme abierto sus puertas a la prestigiosa Facultad de Ciencias de la Salud, por permitirme ser parte de una Carrera tan humana como es la Carrera de Medicina a los profesores de por haber aportado en mi proceso estudiantil, a la Dra. Mónica Silva mi tutora que me ha orientado, guiado y aconsejado con nobleza y sacrificio compartiendo sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia y motivación.

Shosenka Gabriela Piñaloza Galarza

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE.....	ii
INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADUACIÓN.....	v
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
Índice.....	viii
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiv

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1.- TEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1.- Contextualización del problema.....	3
1.2.2.- Análisis Crítico.....	7
1.2.3.- Prognosis.....	8
1.2.4.- Formulación del problema.....	8
1.2.5.- Interrogantes de la Investigación.....	8
1.2.6.- Delimitación del Objetivo de la Investigación.....	9
1.3.- JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4.1.- General.....	10
1.4.2.- Específicos.....	10
CAPÍTULO II.....	11
2.-MARCO TEÓRICO.....	11
2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	11
2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	12
2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	13
2.3.1.- Constitución de la República.....	13
2.4.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	15

2.4.1.- Variable independiente factores que influyen en la adherencia	15
2.4.2 Variable dependiente	18
25.- HIPÓTESIS	34
2.6.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	35
2.6.1.- Variable Independiente: factores que influyen	35
2.6.2.- Variable Dependiente: adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo	35
CAPÍTULO III.....	36
3.- MARCO METODOLÓGICO	36
3.1.- ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.2.- MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.3.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN	36
3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA	36
3.4.1.- población.....	36
3.4.2.- Criterios de inclusión	36
3.4.3.- Criterios de exclusión.....	37
3.4.4.- Criterios Éticos.....	37
3.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
3.5.1 Variable Independiente:.....	38
3.5.1 Variable Dependiente:	38
3.6.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	40
3.6.1 Estructura del instrumento:.....	40
3.7.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	40
3.8.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	41
CAPÍTULO IV	42
4.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	42
4.1- CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	42
4.2.- CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES	46
4.3.- VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	52
4.4.- DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO V	57
5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
5.1.- CONCLUSIONES	57
5.2.- RECOMENDACIONES	58
CAPÍTULO VI	59

6.- PROPUESTA	59
6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	59
6.1.1.- TÍTULO	59
6.1.2.- INSTITUCIÓN EJECUTORA.....	59
6.1.3 BENEFICIARIOS	59
6.1.4.- ENTIDAD RESPONSABLE	59
6.1.5.- UBICACIÓN	59
6.1.6.- TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA	59
6.1.7.- COSTO	59
6.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	59
6.3.- JUSTIFICACIÓN	60
6.4.- OBJETIVOS	61
6.4.1.- Objetivo general.....	61
6.4.2.- Objetivos específicos	61
6.5.- ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD:	61
6.5.1.- Factibilidad Técnica	61
6.5.2.- Factibilidad Económica.....	61
6.5.3.- Factibilidad Organizacional	61
6.5.4.- Factibilidad Legal	61
6.6.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – CIENTÍFICA	62
6.7.- MODELO OPERATIVO	64
6.8.- ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	66
6.9.- PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	66
BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 1.- Consentimiento informado	71
Anexo 2. - Test de Morisky-Green.....	73
Anexo 3.- Encuesta 1	74
Anexo 4.- Encuesta 2	75
Anexo 5.- Fotografías.....	78
Anexo 6.- Tríptico.....	80
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1 Clasificación de la Hipertensión arterial.....	19
Tabla 2. Test para evaluar la adherencia al tratamiento	31
Tabla N° 3 Características de la población en estudio	42

Tabla N° 4 Distribución de la población tiempo de Diagnóstico de la hipertensión arterial	44
Tabla N° 5 Acceso a la medicación	44
Tabla N° 6 Acceso a la consulta médica	45
Tabla N° 7 Calidad de cita médica.....	45
Tabla N° 8 Edad y Niveles de Adherencia al tratamiento	46
Tabla N° 9 Género y Niveles de Adherencia al tratamiento	47
Tabla N° 10 Ocupación y Niveles de Adherencia al tratamiento	47
Tabla N° 11 Instrucción y Niveles de Adherencia al tratamiento.....	48
Tabla N° 12 Tiempo de Diagnóstico y Niveles de Adherencia al tratamiento	49
Tabla N° 13 Conocimientos de la hipertensión arterial y Niveles de Adherencia al tratamiento	49
Tabla N°14 Creencias del tratamiento y Niveles de Adherencia.....	50
Tabla N° 15 Acceso a la medicación y Niveles de Adherencia al tratamiento	51
Tabla N° 16 Acceso a la consulta médica y Niveles de Adherencia al tratamiento.....	51
Tabla N° 17 Calidad de cita médica y Niveles de Adherencia al tratamiento	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Abordaje de la falta de adherencia desde la consulta de atención primaria	34
Gráfico N° 2 Conocimiento acerca de la hipertensión arterial	43
Gráfico N° 3 Creencias acerca del tratamiento	43
Gráfico N° 4 Adherencia al tratamiento farmacológico (Test de Morisky Green).....	45
Gráfico N° 5 Niveles de Adherencia al tratamiento.....	46

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAYORES DE 18 AÑOS QUE ACUDEN
AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DE LA CIUDAD DE
AMBATO”

Autora: Piñaloza Galarza, Shosenka Gabriela

Tutor: Dra. Silva Tirado, Mónica Paulina

Fecha: Junio del 2014

RESUMEN

Esta investigación es descriptiva transversal, determina los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, realizada en el subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato en el periodo diciembre 2013 – abril 2014. El universo de estudio constituyó pacientes hipertensos mayores de 18 años que acudieron al servicio de consulta externa, con una población de 50 pacientes , compuesta por 19 hombres (38%) y 31 mujeres (62%), se aplicó dos cuestionarios uno para identificar los factores que influyen en la adherencia como factores personales: edad, sexo , ocupación , instrucción, conocimiento de la enfermedad, creencias respecto al tratamiento , factores del tratamiento: acceso a los medicamentos , factores de la enfermedad: tiempo de diagnóstico , factores de los sistemas de salud: calidad de cita médica y acceso a consulta médica, un cuestionario que junto al test de Morisky Green permitió determinar el nivel de adherencia al tratamiento: 15-13 nivel alto 12-10 medio y menos de 10 bajo.

Los resultados mostraron que el 58 % de la población posee un nivel bajo de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, seguido de un 24 % con un nivel medio y el 18 % nivel alto, se encontró que el género, edad, instrucción, ocupación, acceso a la medicación, acceso a la consulta médica , tiempo de diagnóstico y calidad de cita médica no mostraron un relación directa con los niveles adherencia al tratamiento , en cuanto al

conocimiento acerca de la enfermedad los pacientes con un nivel alto de conocimiento tenían niveles altos de adherencia (42.8%) y aquellos con conocimientos bajos poseían niveles bajos de adherencia (62.5%) , encontramos asociación entre las creencias incorrectas del tratamiento y los niveles de adherencia ya que los pacientes con niveles altos de creencias incorrectas poseían niveles bajos de adherencia (60%) , aquellos con un nivel alto de adherencia 58,4% de los pacientes tuvieron un bajo nivel de creencias incorrectas.

Por lo que se concluye que uno de los factores que influye directamente en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos son los factores personales de ellos el conocimiento acerca de la enfermedad y creencias con respecto al tratamiento.

PALABRAS CLAVES: HIPERTENSIÓN, ADHERENCIA, CREENCIAS, NIVELES, CUMPLIMIENTO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER
“FACTORS AFFECTING ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS
WITH HYPERTENSION OLDER AGE 18 ATTENDING THE HEALTH
SUBCENTRE HUACHI CHICO CITY OF AMBATO”

Author: Piñaloza Galarza, Shosenka Gabriela

Tutor: Dra. Silva Tirado, Mónica Paulina

Date: June 2014

ABSTRACT

This research is descriptive cross determines the factors that influence adherence to treatment, in hypertensive patients carried out in the health sub-center Huachi Chico city of Ambato in the period December 2013 - April 2014. The study group is 18 and older hypertensive patients attending the outpatient service , with a population of 50 patients , consisting of 19 men (38%) and 31 women (62%), Two questionnaires were applied one used to identify the factors that influence adherence and personal factors: age, sex, occupation , instruction, knowledge of the disease , beliefs regarding treatment, treatment factors : access to medicines , disease factors : time of diagnosis, factors of health systems : quality of medical appointments and access to medical consultation, a questionnaire which together with the Morisky Green allowed to determine the level of adherence to treatment , 15-13 high , 12-10 average and less than 10 under .

The results showed that 58% of the population has a low level of adherence to both pharmacological and non-pharmacological treatment, followed by 24% with an average level and 18% high level, it was found that gender, age, education, occupation, access to medication, access to medical advice, diagnosis time and quality of medical appointment showed no direct relationship with adherence levels, in terms of knowledge about the disease patients with a high level of knowledge had high levels of adherence (42.8%) and those with low knowledge possessed low levels of adherence (62.5%), found no association between incorrect beliefs and levels of treatment adherence as patients with high levels of incorrect

beliefs had low levels of adherence (60%), those with a high level of adherence 58.4% of patients had a low level of incorrect beliefs.

It was concluded that one of the factors that directly influences treatment adherence in hypertensive patients are personal factors including the knowledge about the disease and beliefs about treatment.

KEYWORDS: HYPERTENSION, ADHERENCE,BELIEFS,LEVELS,COMPLIANCE.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna, es probablemente el problema de salud pública más importante a nivel mundial, una patología asintomática con complicaciones mortales.

Se estima que en el mundo esta enfermedad afecta a uno de cada tres adultos mayores de 25 años de edad, unos mil millones de personas, de las cuales más de la mitad no se encuentran en tratamiento (farmacológico o no farmacológico) y menos del 25% están controlados adecuadamente, en Ecuador se ubica como la segunda causa de mortalidad se presentan 10.429 casos con enfermedades hipertensivas, siendo la hipertensión esencial (primaria) la que muestra el mayor número de casos, con 8.653, del total de registros, el 58,14% corresponde a mujeres y el 41,86% a hombres, Tungurahua posee una tasa de prevalencia de 4.56%.

El control de las cifras tensionales ha demostrado mejorar el pronóstico en pacientes con HTA, sin embargo un obstáculo que ha impedido el manejo adecuado de la hipertensión arterial es la falta de adherencia que presentan los pacientes al tratamiento tanto farmacológico y no farmacológico, existe una serie de factores que intervienen en la misma como son: factores del paciente: edad, sexo, bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, desempleo, desconocimiento sobre su enfermedad, creencias acerca del tratamiento, factores de la enfermedad: trastornos crónicos con ausencia de sintomatología manifiesta, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, Factores del tratamiento: duración del tratamiento, efectos secundarios, factores del sistema de salud: servicios de salud poco desarrollados falta de acceso a la consulta médica y calidad de cita médica.

Diversos estudios nacionales han determinado que existe gran porcentaje de pacientes que poseen bajos niveles de adherencia al tratamiento, Posligua, W. en su estudio encontró que el 44,9% de los pacientes hipertensos tienen mala adherencia al tratamiento, el 27,6% tiene un buen nivel de adherencia.

Los métodos que estudian la adherencia al tratamiento se dividen en directos e indirectos, los directos consisten en determinar en los fluidos corporales el medicamento, o algún metabolito que indique si el enfermo ha tomado o no la medicación prescrita, son bastantes objetivos, muy específicos pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria.

Los métodos indirectos son sencillos y económicos, por lo que son usados en medicina clínica, pero tienen el inconveniente de no ser objetivos porque la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal sanitario, los más conocidos

y utilizados son los siguientes: recuento de comprimidos, monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos , valoración de la asistencia a las citas previas programadas, test de cumplimiento auto comunicado, test de Haynes-Sackett, test de Morisky Green, test de Batalla, Cuestionario validado SMAQ , Test de Hermes ,Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA).

Sin embargo, podríamos decir que en la actualidad no se dispone de un instrumento que permita valorar todos los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

El objetivo principal del estudio fue determinar cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato.

Esta investigación muestra que se deben realizar intervenciones que sean innovadoras, participativas, para esta problemática, y de esta manera mejorar el curso general de la enfermedad, logrando disminuir los gastos en salud pública debido a complicaciones agudas y crónicas propias de la hipertensión arterial.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1.- TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAYORES DE 18 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DE LA CIUDAD DE AMBATO”

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.- Contextualización del problema

1.2.1.1- Contexto Macro

La hipertensión es una epidemia mundial, que ha sido bien estudiada. En muchos países, el 50% de la población mayor de 60 años tiene hipertensión arterial. (Meena S, Kamran R., 2011)

Se estima que en el mundo esta enfermedad afecta a uno de cada tres adultos mayores de 25 años de edad, unos mil millones de personas. La hipertensión es una de los principales factores asociados a cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Los investigadores estiman que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades cardíacas. También contribuye a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y retinopatía. La prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África (el 46% de los adultos) y la más baja en las Américas (35%). En general, su prevalencia es menor (35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una diferencia que cabe atribuir al éxito de las políticas públicas multisectoriales y al mejor acceso a la atención de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2013) (Ribeiro A, Debert M., 2012)

Según datos citados por el JNC-7, más de la mitad de hipertensos desconoce su situación y solo una pequeña parte de los que conoce su enfermedad 44 % está en tratamiento. (Guiseppe M, Guy B, Dominiczak A, Fagard R., 2007)

El objetivo del tratamiento es reducir la morbimortalidad manteniendo las cifras de presión bajo 140/90 mmHg y controlando los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Para el tratamiento de la hipertensión se considera como central la modificación de los estilos de vida así como el mantener un nivel adecuado de adherencia al tratamiento. Por tanto, la adhesión al tratamiento debe ser entendida como la colaboración, participación proactiva y voluntaria del paciente para obtener mejores condiciones de salud, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional sanitario. (Copani J., 2006)

Se ha demostrado que muchos factores están relacionados con la adherencia terapéutica, entre estos tenemos:

- Factores del paciente: edad, sexo, bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, desempleo, desconocimiento sobre su enfermedad, creencias acerca del tratamiento, no acudir a controles médicos, falta de comprensión, apatía, pesimismo y no realizar cambios en el estilo de vida.
- Factores de la enfermedad: como trastornos crónicos con ausencia de sintomatología manifiesta o estabilidad de los síntomas, tiempo de diagnóstico de la enfermedad.
- Factores del tratamiento: características de las recomendaciones terapéuticas, duración del tratamiento, efectos secundarios, fallas en la comunicación, insatisfacción del paciente, falta de acceso a medicamentos y supervisión pobre del tratamiento.
- Factores del sistema de salud: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, acceso a la consulta médica, calidad de cita médica, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento. (Organización Mundial de la Salud, 2013) (Valdivieso M., 2009)

Actualmente, las cifras mundiales estiman que más de la mitad de los hipertensos no se encuentran en tratamiento (farmacológico o no farmacológico), menos del 25% están controlados adecuadamente, impidiendo disminución de la incidencia de esta patología.

Se plantea que más del 40% de pacientes hipertensos en tratamiento toman la medicación de manera incorrecta y aproximadamente el 80% fallan con las restricciones alimentarias, ejercicio, disminución del consumo de tabaco y alcohol. (Copani J., 2006) (Valdivieso M., 2009)

Estas cifras ponen en relieve que a pesar de la efectividad de los tratamientos y programas implementados acerca del tema, muchos pacientes no se adhieren de manera adecuada al tratamiento, impidiendo que se obtenga todos los beneficios que se consiguen con una terapéutica bien instaurada. (Pardell H., 2007)

Los gastos globales en el tratamiento antihipertensivo son de unos 50 mil millones de dólares anuales. Más del 90% de los cuales se gastan en países de altos ingresos, mientras que los países de bajos y medianos ingresos, a pesar de tener una carga de enfermedad más de cinco veces mayor que los correspondientes países de altos ingresos, tienen acceso a solo el 10% de los recursos globales de tratamiento. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

1.2.1.2.- Contexto Meso

A pesar que en Latinoamérica, desde comienzos de los años 50, todos los países han experimentado cambios importantes en los indicadores de salud, socioculturales, perfiles epidemiológicos y modificaciones en el estilo de vida y hábitos, la prevalencia de hipertensión arterial ajustada para la edad en la población adulta general en los diferentes países, varía entre el 26 al 42%, considerando que a medida que la población envejece la prevalencia de HTA incrementa, según datos del Framingham Heart Study, pacientes normotensos a la edad de 55 años tienen un riesgo del 90% de desarrollar hipertensión en el curso de su vida. (Sanchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G., 2007)

El 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión, la prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica (encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados) varía entre el 26 al 42%. (Organización Mundial de la Salud, 2013) (Sanchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G., 2007)

Entre los diversos factores que influyen en la adherencia, a nivel de Latinoamérica figuran la edad, la gravedad de la HTA, el fármaco administrado, la cantidad de drogas, la cantidad de tomas diaria y el costo de la medicación. (Ingramo R, Vita N, Bendersky M, Bellido C., 2005)

Factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y sociales, como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial. Alrededor de la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados 38 % está controlada esto se debe que existe un bajo nivel de adherencia al tratamiento debido a diversos factores tanto personales sociales culturales, económicos

así como administración de salud, se estima que solo el 40% de los pacientes hipertensos tratados tienen un grado de adherencia adecuado al tratamiento. (Zanchetti A., 2001)

La OMS reporta que en Latinoamérica la mitad de los pacientes en tratamiento abandonan la atención médica a partir del primer año del diagnóstico esto relacionado a factores principalmente personales y culturales que impiden una adherencia adecuada al tratamiento farmacológico instaurado y de los que permanecen bajo supervisión médica solo el 50% toman al menos el 80% de los medicamentos prescritos. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

1.2.1.3.- Contexto Micro

En Ecuador la hipertensión arterial constituye la segunda causa de morbilidad según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del año 2011, a nivel nacional se presentan 10.429 casos con enfermedades hipertensivas, siendo la hipertensión esencial (primaria) la que muestra el mayor número de casos, con 8.653, del total de registros, el 58,14% corresponde a mujeres y el 41,86% a hombres de estas cifras tan solo el 58% de los pacientes se encuentran en tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Por provincias la mayor tasa de prevalencia de hipertensión está en: Guayas con una tasa de prevalencia de 17,2% seguido de Manabí con una tasa de 14,12%, luego Pichincha con una tasa de 13,74%, Azuay con una tasa de 6,92% y Tungurahua con una tasa de 4,56%. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011)

Una mala adherencia al tratamiento da como resultados a largo plazo mayores costos sanitarios, en tanto que la adherencia terapéutica aumenta la cantidad de pacientes que mantienen controladas sus cifras de tensión arterial evitando complicaciones agudas y crónicas. (Sanate E., 2004)

Uno de los factores que influye de manera negativa en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos son los factores del paciente seguidos de los factores del tratamiento dentro de los cuales podemos destacar el poco acceso a la medicación, que se presenta en un 30%, falta de citas para controles médicos en un 50%, entre los más importantes. La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el personal de salud, el paciente y el sistema de atención, además la familia y la comunidad, las organizaciones de pacientes (como clubs, grupos de charlas) son un factor clave para mejorar el éxito del tratamiento, por lo que es importante mantener un nivel adecuado de adhesión lo cual ayudara a reducir significativamente las complicaciones relacionadas con dicha patología. (Sanate E., 2004)

1.2.2.- Análisis Crítico

La hipertensión arterial constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial es una de las enfermedades más estudiadas denominada asesina silenciosa, a pesar de los avances en cuanto al diagnóstico, tratamiento y control de esta patología no se ha logrado que los pacientes se adhieran adecuadamente al régimen terapéutico recomendado, esto se ha relacionado con múltiples factores muy poco estudiados, dando lugar a un tratamiento y control de la enfermedad inadecuado.

El estado actual del manejo terapéutico de la hipertensión arterial es insatisfactorio. Este criterio se fundamenta en los datos epidemiológicos obtenidos a nivel mundial donde se estiman que más de la mitad de los hipertensos no se encuentran en tratamiento (farmacológico o no farmacológico), de los pacientes que lo reciben, menos del 25% están controlados adecuadamente, más del 40% de pacientes hipertensos en tratamiento toman la medicación de manera incorrecta y aproximadamente el 80% fallan con las restricciones alimentarias, ejercicio, disminución del consumo de tabaco y alcohol además sea identificado que factores relacionados con el paciente son la principal causa de una baja adherencia al tratamiento diversos factores que influyen en la adherencia, a nivel de Latinoamérica figuran la edad, la gravedad de la HTA, el fármaco administrado, la cantidad de drogas, la cantidad de tomas diarias y el costo de la medicación como principales variables modificadoras de la adherencia al tratamiento.

En el Ecuador la HTA es una enfermedad crónica con alta prevalencia de la cual se han realizado pocas investigaciones para determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, lo que no ha permitido desarrollar estrategias específicas para mejorar la adherencia, lo que ocasiona un beneficio clínico sub-óptimo, causando complicaciones médicas y psicosociales, reduciendo la calidad de vida y desaprovechando los recursos de atención en salud.

Esta investigación aporta con información acerca de los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento, además identifica que nivel de adherencia poseen los pacientes lo que permitirá realizar intervenciones efectivas sobre este tema en el ámbito de la salud logrando reducir gastos asociados a las complicaciones de la enfermedad como son: crisis hipertensivas, urgencias hipertensivas, retinopatías entre otras, las cuales se han presentado en estos pacientes de acuerdo al archivo de las hojas de referencia que posee el subcentro de salud de Huachi Chico.

1.2.3.- Prognosis

La hipertensión arterial al constituir una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial requiere una evaluación permanente por los sistemas de salud, si se considera que esta patología genera varias complicaciones y es causa de mayor morbi-mortalidad a nivel mundial y en nuestro país, es oportuno tomar acciones directas que intervengan sobre la adherencia al tratamiento como la detección de los principales factores que influyen en la misma.

Hasta que no se obtenga información más clara sobre cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento ,se continuará con bajas tasas de adherencia, incrementando los gastos sanitarios debido a las complicaciones a mediano y a largo plazo que se presentan muy frecuentemente asociadas a la enfermedad.

Como resultado de una baja adherencia, un número sustancial de pacientes no obtendrán el máximo beneficio de los tratamientos médicos, logrando pobres resultados en salud y disminución de la calidad de vida.

Al no tomar en consideración los diferentes aspectos que se exponen en esta investigación, no se podrá realizar un asesoramiento adecuado a los pacientes tanto en apoyo como información para que puedan comprender la importancia de mantener su tensión arterial controlada, el uso de medicamentos, identificar fenómenos adversos, adherirse de manera adecuada al tratamiento y conocer que esta responsabilidad no es solo del paciente si no que es compartida con los profesionales de la salud así como los familiares y comunidad.

1.2.4.- Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato en el periodo Diciembre 2013- Abril del 2014?

1.2.5.- Interrogantes de la Investigación

¿El conocimiento sobre su enfermedad y las creencias acerca del tratamiento influyen en una baja adherencia al tratamiento?

¿El tiempo de diagnóstico de la enfermedad influye en la adherencia al tratamiento?

¿La falta de acceso a los medicamentos influye en una baja adherencia al tratamiento?

¿La falta de acceso a la consulta médica y calidad de cita médica influye en una baja adherencia al tratamiento en los pacientes?

¿Qué porcentaje de pacientes son adherentes y no adherentes al tratamiento farmacológico?

¿Qué nivel de adherencia al tratamiento tienen los pacientes?

¿Cómo mejorar el nivel de adherencia terapéutica?

1.2.6.- Delimitación del Objetivo de la Investigación

1.2.6.1. - Delimitación del Contenido

CAMPO: Medicina

AREA: Hipertensión Arterial

ASPECTO: Adherencia al Tratamiento

1.2.6.2.- Delimitación Espacial

Esta investigación se realizara a los pacientes hipertensos que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico localizado en la zona urbana de la ciudad de Ambato provincia Tungurahua.

1.2.6.3.- Delimitación Temporal

Este problema va a ser analizado, en el período comprendido entre el mes de Diciembre 2013 y Abril del 2014.

1.2.6.4- Unidades de Observación

Los pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato durante los meses de Diciembre 2013 – Abril 2014.

1.3.- JUSTIFICACIÓN

Esta investigación está motivada por la importancia que genera una buena adherencia terapéutica, considerando que en la actualidad las enfermedades crónicas degenerativas van en aumento y que su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida cada vez es más alarmante se ha visto que en el periodo de diciembre 2013 a abril 2014 el subcentro de salud de Huachi Chico ha realizado 8 referencias por urgencias hipertensivas , 13 por complicaciones crónicas como retinopatía , 7 por HTA mal controlada , 1 por ACV, por lo que resulta trascendental la realización de esta investigación ya que al identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento permitirá actuar sobre los mismos diseñando estrategias de salud, que permita aumentar la cantidad de pacientes que se adhieran de manera adecuada al tratamiento, además que existen pocas investigaciones realizadas acerca de este tema en nuestra provincia y más aún en nuestra ciudad por lo que no se cuenta con datos confiables acerca del tema.

Esta investigación es factible de realizar debido a las disponibilidad y/o acceso a las bases informativas, tanto primarias como secundarias (Pacientes hipertensos del Subcentro de salud de Huachi Chico, Historias Clínicas y Datos Estadísticos).

En el ámbito económico se facilitara la realización de la investigación por la ubicación de la población, la disponibilidad de recursos humanos e institucionales y la predisposición del investigador.

Los resultados son de gran utilidad tanto a nivel local como regional pues servirá como fuente de información a profesionales y estudiantes, permitirá realizar intervenciones futuras sobre los posibles problemas relacionados con esta patología.

El beneficio con esta investigación es mejorar la repercusión en la salud y calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial al ofrecer información actualizada a los profesionales de salud acerca de los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento para mejorar la efectividad en la toma de decisiones planes e intervenciones encaminadas a promover los estilos de vida saludable en los pacientes y de esta manera mejorar el curso general de la enfermedad.

1.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1.- General

Determinar cuáles son factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes mayores con diagnóstico de hipertensión arterial de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato en el periodo Diciembre 2013- Abril del 2014.

1.4.2.- Específicos

- Analizar si el conocimiento sobre su enfermedad y las creencias acerca del tratamiento influyen en una baja adherencia al tratamiento.
- Determinar si el tiempo de diagnóstico de la enfermedad influye en una baja adherencia al tratamiento.
- Examinar si la falta de acceso a los medicamentos influye en una baja adherencia al tratamiento.
- Analizar si la falta de acceso a la consulta médica y la calidad de cita influye en una baja adherencia al tratamiento en los pacientes.
- Identificar qué porcentaje de pacientes son adherentes y no adherentes al tratamiento farmacológico.
- Establecer el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes.
- Diseñar una estrategia de capacitación para mejorar el nivel de adherencia terapéutica.

CAPÍTULO II

2.-MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Ingaramo et al. 2005 “Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial”. El objetivo del estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento en un grupo de hipertensos mediante la utilización de un test y observar si los pacientes adherentes tenían una presión arterial mejor controlada que los que no eran adherentes. Estudió a 1748 pacientes los resultados y conclusiones fueron: el 48,15% fue adherente y el 51,85% no-adherente. Los no-adherentes mostraron falta de control (60%), en la presión sistodiastólica comparados con los adherentes (56%). Sin embargo, las tensiones arteriales sistólica y diastólica aisladas mostraron una mayor falta de control en el grupo no-adherente: 55% vs 49% y 34% vs 28, la adherencia al tratamiento a los 6 meses de iniciado no superó el 50%, y no se observaron diferencias significativas en el control de la HTA (sistodiastólica) entre adherentes y no adherentes. La adherencia en los hombres fue de 68% vs 32%, la adherencia en los hombres sugiere un buen control de la presión arterial, pero no es así en las mujeres, El test de Morisky-Green-Levine es un método de fácil implementación muy útil para determinar la adherencia farmacológica, los pacientes adherentes tendrían más probabilidades de lograr un control adecuado de las cifras de tensión arterial.

Eugenia Herrera Guerra. 2012 “Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial”. El objetivo fue describir y analizar la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial, inscritas en el programa de control de una empresa social del Estado de Cartagena. Estudio a 177 personas los resultados fueron: Los participantes presentaron bajo nivel socioeconómico y educativo: un 29 % alcanzó estudios de primaria incompleta y un 14 % es analfabeta. Los participantes manifestaron que algunas veces pueden costearse los medicamentos (57 %) y algunas veces se les dificulta el cambio en la dieta, debido al costo de los alimentos recomendados (52 %). La mayor parte de los participantes respondió que las ocupaciones que tiene le dificultan seguir el tratamiento (68 %), nunca suspende el tratamiento por sentir mejoría de los síntomas (66 %). además los participantes manifestaron que pueden costearse los medicamentos (57 %). El 54 % se encontró en situación de desempleo, la mayoría de los participantes clasificado de acuerdo al instrumento utilizado se ubicaron

en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia (37-29 puntos) 42 %, seguido de un 39 % con mayor probabilidad de desarrollar conductas de adherencia (38-48 puntos) y un grupo que no pudo desarrollar conductas de adherencia 19 % (< 29 puntos). La presencia de factores socioeconómicos influye negativamente en la adherencia al tratamiento, debido principalmente al bajo nivel educativo y a la poca disponibilidad económica para cubrir los gastos, la población en estudio reportaron interés por participar activamente en el cuidado de su salud, sin embargo presentan dificultades para poder lograr la adherencia al tratamiento. Lo anterior indica que el cuidado puede ser más eficaz si se conoce la problemática individual de cada una de las personas. Por tanto, el diseño y el desarrollo de propuestas de intervención para lograr la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en personas con características similares a las del estudio se podría lograr a partir de diferentes perspectivas de cuidado individualizado.

Carhuallanqui et al. 2010 “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general” el objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos en un Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima Perú. Estudio a 103 pacientes los resultados fueron: El 6,8% eran analfabetos y 52,4% tenía grado de instrucción primaria. Se encontró control de la presión arterial en 62,1% de pacientes y la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Sólo se halló asociación estadística entre los pacientes adherentes y el estado civil viudo ($p < 0,05$) y entre pacientes hipertensos controlados y pacientes adherentes, constituyendo los pacientes controlados 62,1% y de estos el 92,1% eran adherentes. En este estudio existe asociación entre adherencia y el estado civil (viudo) lo cual difiere de otros estudios latinoamericanos donde se encontró asociación entre adherencia y edad, sexo, escolaridad, actividad física, y el costo de la medicación. No existió una explicación clara para este hallazgo, creemos que puede tratarse de un resultado producto del azar, se encontró relación estadística entre la adherencia y el control de la presión arterial, lo cual muestra la importancia de la adherencia al tratamiento.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma de la investigación es crítico-positivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en cambios sociales.

Es crítico por que cuestiona los esquemas sociales y es positivo cuando la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos si no plantea alternativas de solución esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL

2.3.1.- Constitución de la República

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

Título 2

Capítulo segundo

Sección quinta buen vivir

En el Art 26.- Derecho a una vida digna.- Las personas tienen derecho a una vida digna, que le permita disfrutar de las condiciones socio-económicas necesarias para su desarrollo integral.

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de servicios básicos.

Sección séptima salud

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

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.

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

La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas”.

Título 7

Capítulo Primero

Sección primera educación

Artículo 350.- El sistema de educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas;

la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo.

Sección segunda salud

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

El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

En el Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

En el Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

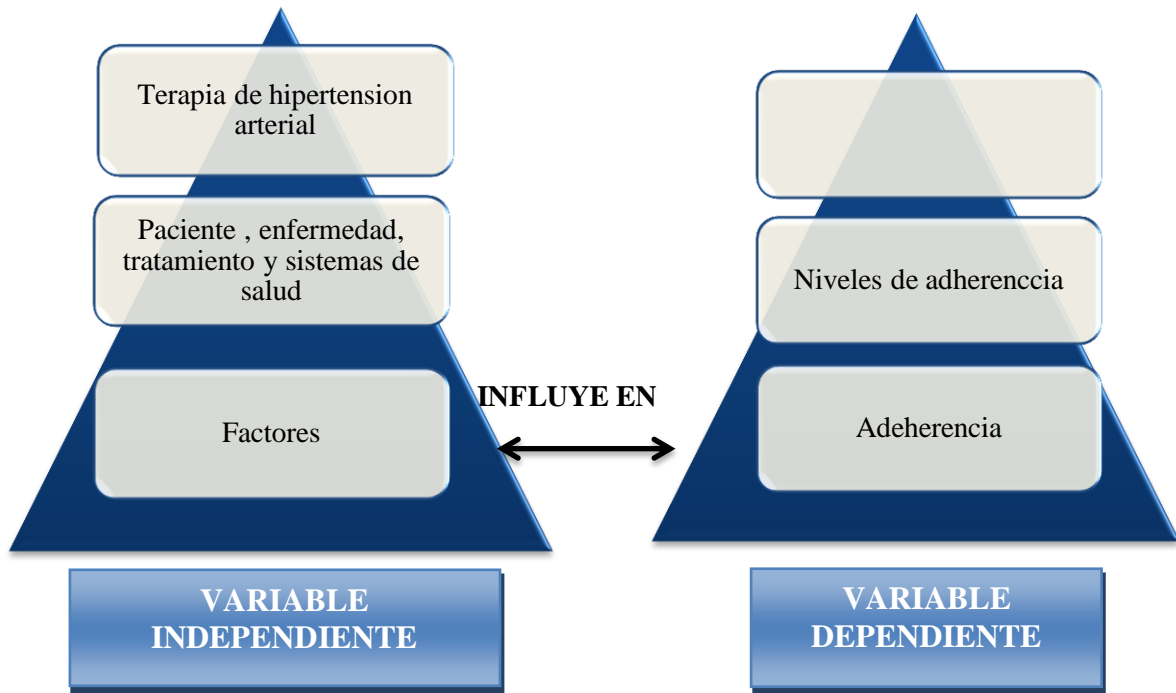
La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

En el Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

En el Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

2.4.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



2.4.1.- Variable independiente factores que influyen en la adherencia.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cuatro conjuntos de factores, denominados “variables”, de las cuales los relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.

Factores relacionados con los sistemas de salud

Se ha realizado pocas investigaciones sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, falta de

acceso a la consulta médica ,calidad de cita médica, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. (Organización Mundial de la salud , 2004)

Factores relacionados con el tratamiento

Dentro de los principales factores relacionados con el tratamiento se encuentra la falta de acceso a la medicación, a muchos pacientes los profesionales de salud optan por cambiar de medicación cuando sus cifras de presión arterial no están siendo controladas, las que no pueden ser obtenidas en los establecimientos de salud, y condicionan al paciente a no tomarlas. (Silva E, Galeno E, Correa O., 2005)

En general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado, cuando existe confianza en la obtención de un beneficio. La adherencia al medicamento disminuye en los siguientes casos:

- Procesos crónicos
- Polifarmacia, cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo
- Cuando el esquema de dosis es complicado
- Cuando la vía de administración requiere personal entrenado
- Cuando el medicamento exhibe eventos adversos de consideración. Ejemplo: virilización, impotencia, etcétera.

La percepción que el paciente tiene del medicamento debe ser tomada en cuenta en especial cuando éste afecta el desempeño cotidiano. La clase terapéutica del medicamento también afecta la adherencia, siendo alta en los medicamentos cardiovasculares y antidiabéticos y baja con el uso de sedantes y antidepresivos.

Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación, la duración de la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo. (Silva E, Galeno E, Correa O., 2005)

Factores relacionados con la enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares en el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad física,

psicológica, social y vocacional, la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad, la disponibilidad de tratamientos efectivos, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes así tenemos que si el paciente cree que su enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa, también se ha visto que los pacientes recién diagnosticados se adhieren más que aquellos que son diagnosticados hace varios años, la importancia del tratamiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. (Organización Mundial de la salud , 2004) (Schmidt R, Cruz F, Villaverde C., 2006)

Hay menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay consecuencias inmediatas. (Silva E, Galeno E, Correa O., 2005)

Factores del paciente

Entre los que se encuentran la edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, ocupación, bajas expectativas sobre la eficacia del tratamiento, no acudir a controles médicos y no realizar cambios en el estilo de vida. El conocimiento de la enfermedad y las creencias acerca del tratamiento, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos, se ha visto que influyen de manera directa en la adherencia al tratamiento en especial en las enfermedades crónicas.

La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular, la raza se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes, a menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales.

Si bien no se ha identificado que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo pone a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades como necesidades básicas o dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos. (Organización Mundial de la salud , 2004)

Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo: llevan a que la información no se procese o se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, generando diversas formas de procesamiento de la información:

- Omisión parcial o total del contenido
- Filtración de acuerdo con creencias personales
- Aprendizaje incorrecto
- Aprendizaje fuera de tiempo
- Aprendizaje incompleto, al procesar sólo una pequeña parte de la información. (Silva E, Galeno E, Correa O., 2005)

2.4.2 Variable dependiente adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial (HTA) es definida según la JNC 8 cuando las cifras de PA son > de 140/90 mmHg a partir de los 18 años en adelante, considerada como una enfermedad crónica constituye uno de los factores de riesgo de mayor prevalencia en producir enfermedades cardiovasculares. (Roca A., 1993) (Mendez F, Vivencio A, Arcos F, Peralta L, Cruz J., 2000)

Factores de riesgo

- Tabaquismo
- Obesidad IMC > 30 Kg/m²
- Inactividad física
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Edad > 55 años
- Historia familiar de patología cardiovascular

Etiología

Entre el 90 y 95% constituye la hipertensión arterial esencial o primaria, en donde no se conoce claramente su causa. Entre el 5 y 10 % es secundaria, a enfermedades renales, endócrinas, por medicamentos, entre otras. (Rodríguez J., 2009)

Tipos de Hipertensión:

Hipertensión Sistólica Aislada (HSA): Es más frecuente en personas mayores de 65 años. Se considera cuando la presión arterial (PA) sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la PA diastólica es igual o mayor de 90 mmHg.

Hipertensión de la Bata Blanca: Se consideran en personas que tienen elevación de la PA durante la visita a la consulta del médico, mientras es normal su PA en el resto de las actividades.

Hipertensión Refractaria o Resistente: Es aquella que no se logra reducir a menos de 160/100 mmHg con un régimen adecuado terapéutico con tres drogas en dosis máximas, siendo una de ellas un diurético.

Hipertensión Maligna: Es la forma más grave de HTA; se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y corazón. Los pacientes tiene insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva grado II –IV. (Mendez F, Vivencio A, Arcos F, Peralta L, Cruz J., 2000)

Clasificación de la Hipertensión arterial

La presión arterial tiene una distribución unimodal en la población, así como una relación continua con el riesgo cardiovascular hasta valores sistólicos y diastólicos de tan solo 115-110 y 75-70 mmHg, respectivamente.

Este hecho hace que la palabra hipertensión sea científicamente cuestionable y que su clasificación basada en valores de corte sea arbitraria. Sin embargo, el cambio de una terminología ampliamente conocida y aceptada puede generar confusión, y el uso de valores de corte simplifica el abordaje diagnóstico y terapéutico en la práctica clínica diaria. (Giuseppe C, Rofert F, Zanchett A, Krzysztof N., 2013)

Tabla 1 Clasificación de la Hipertensión arterial

Clasificación	TAS mmHg	TAD mmHg
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120-139	80-89
HTA estadio 1	140-159	90-99
HTA estadio 2	≥160	≥100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Séptimo Informe del Joint Nacional Comité on Prevención (JNC7)

Etapas

ETAPA I: Sin alteraciones orgánicas.

ETAPA II: El paciente muestra uno de los siguientes signos, aun cuando se encuentre asintomático.

- a) Hipertrofia ventricular izquierda (radiografía del tórax, ECG, ecocardiograma).
- b) Angiotonía oclusión del suministro de sangre en arterias retinianas.
- c) Proteinuria y/o elevación leve de la creatinina (hasta 2 mg/d).
- d) Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografía) en carótidas, aorta, ilíacas y femorales. (Lara P, Báez P, Bohórquez R, botero R., 2007)

ETAPA III: Manifestaciones sintomáticas de daño orgánico:

- a) Angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardíaca.
- b) Isquemia cerebral transitoria, trombosis cerebral o encefalopatía hipertensiva.
- c) Exudados y hemorragias retinianas; papiledema.
- d) Insuficiencia renal crónica.
- e) Aneurisma de la aorta o aterosclerosis ocluyente de miembros inferiores. (Lara P, Báez P, Bohórquez R, botero R., 2007)

Mecanismos que controlan la presión arterial

Hemodinámicos

- Sistema Nervioso:
- Simpático
- Parasimpático
- Metabolismo catecolaminas

Hormonales:

- Hormonas corticoadrenales (cortisol, aldosterona)
- Vasopresina
- Hormona del crecimiento
- Parathormona

- Hormonas tiroideas
- Serotonina

Renales:

- Producción y liberación de renina
- Producción de sustrato de renina
- Conversión de angiotensina I en II
- Estimulación de aldosterona
- Mantenimiento del equilibrio de sodio y otros electrolitos
- Mantenimiento de la homeostasis de los líquidos corporales. (Mendez F, Vivencio A, Arcos F, Peralta L, Cruz J., 2000)

Fisiopatología de la Hipertensión arterial

Patrón hemodinámico

El desarrollo de la enfermedad es lento y gradual. La elevación de presión arterial inicial es normalizada por múltiples interacciones compensadoras.

La reactividad vascular es el trastorno más precoz y se relaciona con aumento de actividad simpática, simultáneamente al aumento de resistencias periféricas, ligero aumento del gasto cardíaco por disminución de la capacitancia venosa.

En la fase de HTA establecida, el patrón hemodinámico se caracteriza por un gasto cardíaco normal o disminuido y resistencias periféricas altas, relacionadas con aumento de sustancias vaso activas, que actúan sobre el músculo liso con cambios estructurales en la pared vascular (reducción del calibre vascular).

Los cambios estructurales que tienen lugar por la elevación crónica de la presión arterial (hipertrofia e hiperplasia de la pared vascular) protegen a los órganos diana, ante elevaciones bruscas de la presión arterial. Sin embargo, este desplazamiento a la derecha de la curva de flujo cerebral provoca un descenso de las cifras tensionales, hasta niveles considerados como normales que hacen que el flujo cerebral o coronario descienda, produciendo isquemia cerebral o miocárdica. (Giuseppe C, Rofert F, Zanchett A, Krzysztof N., 2013) (Ferrario C., 2012)

Factores genéticos y ambientales

Los genes tienen importancia en el desarrollo de HTA, se calcula que el 60-70% puede deberse a factores genéticos, siendo el 40-30% restante resultado de influencias ambientales entre los que se incluyen la obesidad, el consumo de alcohol, el tamaño de la

familia, circunstancias de hacinamiento y las profesiones estresantes. (Giuseppe C, Rofert F, Zanchett A, Krzysztof N., 2013)

El principio básico de la teoría genética es una alteración del ADN lo cual implica que distintas moléculas se alteren y por tanto su función se modifica. Hay varios genes candidatos: gen de renina, genes que codifican la kinina, la kaliceína y las prostaglandinas renales, genes que codifican factores que regulan la homeostasis del calcio y el sodio, la bomba de sodio-potasio, proteína C y el fosfoinositol. (Mancia G, Guy B, Dominizack B, Cifkova R., 2007)

Retención excesiva de sodio

En diversas poblaciones, el aumento de la PA con la edad se ha relacionado directamente con la ingesta de sal. El sodio intracelular facilita la entrada de calcio con el consiguiente aumento de contractilidad en el músculo liso y aumento de resistencias periféricas además provoca elevación de la presión osmótica sanguínea aumentando la presión sanguínea.

Sistema renina-angiotensina- aldosterona (SRAA)

Un sistema renina-angiotensina hiperactivo que conlleva a una vasoconstricción y la consecuente retención de sodio y agua. El aumento reflejo del volumen sanguíneo conduce a la hipertensión arterial. La inhibición o bloqueo farmacológico de sus componentes reduce la PA y disminuye el daño tisular.

Hipertrofia vascular

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

Disfunción endotelial

En los últimos años se ha conocido la participación del endotelio en la función del sistema cardiovascular. Las células endoteliales son capaces de responder a diferentes estímulos hemodinámicos y humorales, sintetizando o activando sustancias vasoactivas y factores de crecimiento celular. De esta forma, el endotelio regula el tono vascular, interviene en el remodelado vascular, en la hemostasia local (adhesión y agregación plaquetaria y fibrinólisis) y participa en la inflamación por mediadores pro y antiinflamatorios. (Giuseppe C, Rofert F, Zanchett A, Krzysztof N., 2013)

Cuadro clínico

La hipertensión arterial, el asesino silente, precisamente porque efectos no son percibidos por el individuo, hasta en las etapas tardías. Cuando aparecen éstos pueden ser debidos a:

- a) La propia elevación de la presión arterial
- b) La lesión vascular secundaria a la HTA en el SNC, el corazón y/o el riñón
- c) Los síntomas y signos propios de la etiología de la hipertensión, en caso de que ésta sea secundaria.

Los síntomas más comunes son cefalea, disnea, mareo y trastornos de la visión. La cefalea es típica de presiones arteriales diastólicas superiores a 110 mmHg; se localiza comúnmente en la región occipital, sobre todo en individuos jóvenes, y con frecuencia aparece al despertar por la mañana y desaparece, a menudo espontáneamente, al cabo de unas horas. En ocasiones, los pacientes refieren disnea que puede ser secundaria a una coronariopatía isquémica o a insuficiencia cardíaca. La sensación de mareo es frecuente en hipertensos no tratados, aunque también puede presentarse como resultado de las reducciones de la presión arterial consecutivas al tratamiento. La visión borrosa puede estar causada por una retinopatía hipertensiva grave. Otras manifestaciones frecuentes son epistaxis, acufenos, palpitaciones, fatiga muscular e impotencia, episodios bruscos de debilidad e incluso pérdida de conciencia como consecuencia de una isquemia cerebral transitoria, disnea, ortopnea, edema agudo de pulmón o insuficiencia cardíaca congestiva estos principalmente debido a las complicaciones de la hipertensión arterial. (Molina R, Garcia L, Guija E, Ortega M, Gonzalez A, soroché B., 2006) (Ogden J, Mann N., 2009)

Diagnóstico de hipertensión arterial

El diagnóstico de HTA debe basarse en múltiples medidas, realizadas en diferentes ocasiones, separadas en el tiempo, ajustándose a unas condiciones y metodología adecuada.

Requisitos para la determinación correcta de la presión arterial:

- Ambiente Tranquilo, reposo previo de 5 min, sentado.
- No fumar ni tomar café en 30 minutos previos.
- Brazaletes adecuados al tamaño del brazo.
- Esfigmomanómetro calibrado y función correcta.
- PAS: primer sonido de Korotkoff; PAD: desaparición de sonido.

- Desinflar el manguito a ritmo de 3mmHg/s.
- Realizadas dos o más lecturas separadas 2 min; si existen diferencias > 5 mmHg realizar una tercera medida.
- Medición en ambos brazos en la primera visita, controles en el brazo de mayor nivel.

Tanto la Automedición domiciliaria de la presión arterial (AMPA) como la medición ambulatoria de presión arterial (MAPA) deben ser métodos complementarios a la medición tradicional y no se debe plantear su utilización en la actualidad como un método diagnóstico generalizado.

Automedición domiciliaria (AMPA). Se deben utilizar esfigmomanómetros validados y calibrados correctamente, ya sean electrónicos o aneroides.

Su utilización está indicada para el diagnóstico de la HTA de «bata blanca»; en situación de aparente HTA resistente o refractaria al tratamiento. La evaluación básica o mínima recomendada en los pacientes con hipertensión consta historia y exploración física, biometría hemática, análisis de orina, análisis sérico (creatinina, K, Na, glucosa, colesterol total y de las lipoproteínas de alta y baja densidad) entre los exámenes más importantes a destacar. (Lombera F, Vivencia A, Arcos F, Placer L., 2013)

Terapia en la Hipertensión arterial

La hipertensión arterial no tiene cura, pero el tratamiento puede modificar el curso de la enfermedad, el objetivo principal de la terapia en la hipertensión es alcanzar y mantener una presión menor que 140/90 mm Hg para evitar de esta manera la morbimortalidad asociada con la enfermedad, teniendo en cuenta que la terapia comprende el tratamiento farmacológico y no farmacológico, los objetivos del tratamiento en los pacientes hipertensos con DM e insuficiencia renal es mantener las cifras de tensión arterial menor de 140/90. (Lebeau J, Cadwalladar J, Auger I, Mercier A, Pasquet I, Rush E, 2014)

Tratamiento no farmacológico

La presión arterial es susceptible de control mediante modificaciones en el estilo de vida que conjuntamente al tratamiento farmacológico suele dar un resultado terapéutico superior a la aplicación estricta de una sola de ellas.

1.-Mantener un peso adecuado: cada pérdida de 5 kg de exceso de peso puede reducir la tensión arterial sistólica entre 2 y 10 puntos

2.-Reducción de la ingesta calórica en caso de sobrepeso. Una dieta hipocalórica está indicada en los hipertensos con IMC > 25 kg/m² (rango de normalidad: 18.5 a 24.9 kg/m²)

3.-La ingesta de potasio reduce la PA más en hipertensos que en normotensos. El aporte diario ideal en hipertensos no complicados es de 4-5 g, debiendo controlarse la hiperpotasemia en pacientes con IR crónica avanzada.

4.- Restricción de sodio la reducción de la ingestión hasta un máximo de 5.8 g de sal diarios reducen la PA en un promedio de 4 a 6 mmHg.

5.- Medidas dietéticas una dieta saludable basada en frutas, verduras, cereales, lácteos descremados, ácidos grasos mono-insaturados.

6.- Actividad física el entrenamiento de resistencia reduce la PA en reposo y la PA ambulatoria, principalmente en hipertensos. El tipo de ejercicio recomendable es aeróbico caminatas, natación, 45 min 3-4 veces/semana, suplementados con ejercicios con componente isométrico.

7.- Limitación en el consumo de alcohol cuando se reduce el consumo de alcohol se produce una significativa disminución de la PAS y la PAD. Es más evidente en bebedores de más de 800 ml semanales y en mayores de 60 años.

8.- Abandono del hábito de fumar. Es la medida preventiva cardiovascular más importante, Fumar produce un aumento transitorio de la PA (15 min.), probablemente por estimulación simpática central, con aumento de catecolaminas.

9.- Factores psicosociales. La depresión, la falta de soporte social, el aislamiento social y las condiciones laborales estresantes influyen independientemente de la presencia de otros factores en el curso de la enfermedad.

Tratamiento Farmacológico

Es el conjunto de medios farmacológicos cuya finalidad es el alivio de los síntomas. La decisión de iniciar el tratamiento farmacológico depende de la severidad de la hipertensión, la presencia de enfermedades orgánicas específicas, y factores de riesgo.²²

El fármaco elegido debe ser adecuado al estadio de la hipertensión. Entre los utilizados se encuentran los diuréticos, los bloqueantes beta adrenérgicos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) o los bloqueantes del receptor de angiotensina II, los bloqueantes de los canales del calcio, los agonistas adrenérgicos centrales α_2 , los

bloqueantes del receptor adrenérgico α_1 y los vasodilatadores. (Alfie J, Bellido C., 2012)
(Puras A, Sanchis C,Artiago L, Division A., 1998)

Estrategias Farmacológicas

Cuando se prescribe un antihipertensivo se deben tomar en cuenta el estilo de vida del paciente si tiene muchas ocupaciones le será complicado tomar la medicación a la hora indicada, la demografía algunos fármacos son más efectivos en ancianos o afroamericanos, la motivación para aceptar el tratamiento farmacológico ciertos fármacos pueden producir efectos indeseables; otras enfermedades, tratamientos y la posibilidad de efectos colaterales. Se debe tener un cuidado especial en los pacientes que pueden desarrollar hipotensión ortostática (los que tienen diabetes, ancianos). Otro aspecto que debe tomarse en cuenta es el costo del fármaco en relación con los recursos financieros. (Coca A, Aranda P, Rendon J., 2007)

Tratamiento con monoterapia

El tratamiento puede iniciarse con un solo fármaco, que debe administrarse inicialmente a una dosis baja. Si no se controla la presión arterial, puede utilizarse una dosis plena del fármaco inicial o pasar a un fármaco de una clase diferente que deberá administrarse primero a dosis bajas y luego a dosis plenas.

El cambio a otro fármaco de una clase diferente es imprescindible en el caso de que el primer fármaco no haya producido una reducción de la presión arterial o haya inducido efectos secundarios importantes teniendo en cuenta siempre las estrategias farmacológicas enunciadas anteriormente. Este enfoque de «monoterapia secuencial» puede permitir identificar el fármaco al que cada paciente concreto responde mejor en cuanto a eficacia y tolerabilidad.

Tratamiento con terapia combinada

En la mayor parte de los ensayos, la combinación de dos o más fármacos ha sido la pauta de tratamiento más ampliamente utilizada para reducir la presión arterial de manera efectiva y alcanzar el objetivo predeterminado. Se ha observado que el uso de un tratamiento combinado es necesario aún con más frecuencia en los pacientes diabéticos, renales y de alto riesgo, en general siempre que se pretenda obtener valores de presión arterial más bajos. Pero esta terapia no ha sido bien tolerada por los pacientes, si bien es cierto que se logra controlar las cifras de presión arterial también implica tomar dos o más medicamentos lo que provoca olvido en la toma de los mismos, el costo que sugiere agregar un nuevo fármaco, creencias por parte del paciente: la enfermedad está avanzada

por eso se agregan más medicamentos, el nivel educativo, la edad son otros de los factores que influyen en efectividad de la terapia.

Otros inconvenientes al iniciar el tratamiento con 2 fármacos es la posibilidad de exponer a algunos pacientes a un fármaco innecesario.

Sin embargo, tiene las siguientes ventajas: a) al utilizar la combinación, tanto el primero como el segundo fármaco pueden administrarse a dosis bajas, con las que es más probable evitar efectos secundarios; b) se puede evitar la frustración de una búsqueda repetitiva y sin resultado de monoterapia efectivas; c) hay combinaciones a dosis fijas que contienen dosis bajas y permiten administrar los 2 fármacos en un solo comprimido, y d) iniciar el tratamiento con una combinación de 2 fármacos puede permitir alcanzar los objetivos de la terapia farmacológica antes que con monoterapia. (Coca A, Aranda P, Rendon J., 2007)

Estrategia de Tratamiento Farmacológico y elección de drogas

- Diuréticos (tiazidas, clortalidona, indapamida), B bloqueantes, Antagonistas del calcio, IECA y ARA II están recomendados para inicio y mantenimiento de tratamiento antihipertensivo, ya sea como monoterapia o en combinación con otras drogas.
- Algunos medicamentos deben ser considerados de elección en condiciones específicas de acuerdo al daño de órgano existente.
- El inicio de tratamiento con combinación de dos drogas puede ser considerado en pacientes con marcada elevación de la PA o de alto riesgo cardiovascular.
- La combinación de 2 antagonistas del SRAA no está recomendada y debe ser desaconsejada.
- La combinación de 2 drogas en “dosis fijas” en un solo comprimido puede ser recomendada ya que reduce el número de pastillas para el paciente y mejora la adherencia. (Giuseppe C, Rofert F, Zanchett A, Krzysztof N., 2013)

ADHERENCIA

Está definida como el grado en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por tanto, resalta tanto la participación activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes, así como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.

Comprende varios aspectos:

1. La planificación y mantenimiento de un tratamiento
2. La concurrencia a las consultas de control.

3. El uso correcto de la medicación prescrita
4. Los cambios de estilo de vida requeridos (dieta, ejercicio, abandono de hábitos nocivos)
5. Evitar conductas contraindicadas (no usar alcohol, tabaco) (Ogden J, Mann N., 2009)

La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, no fumar y de las intervenciones farmacológicas de reducción de riesgos. Se ha identificado la adherencia terapéutica deficiente como la causa principal del control insatisfactorio de la presión arterial. Se ha demostrado que la buena adherencia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

Clasificación del paciente en relación a la adherencia

Adherente: se considera a un paciente adherente al tratamiento cuando este cumple con el régimen terapéutico, acude a controles médicos por lo menos uno cada tres a seis meses o según criterio médico, acoge consejos proporcionados por el médico como reducir el consumo de sal, realizar actividad física, dejar de fumar, participa de manera activa y voluntaria en la toma de decisiones relacionadas con su enfermedad (por ejemplo sugerir el horario de la toma de medicación o llegar a un acuerdo en la fecha de próxima consulta), además presenta modificaciones en su actitud (aceptación de su enfermedad no caer en depresión o aislamiento social) y hábitos de vida.

No adherente: se considera no adherente al tratamiento cuando el paciente solamente cumple con el régimen terapéutico pero no participa en el plan de cuidado de la salud como cambio en sus hábitos de vida, ni en la toma de decisiones relacionadas con su enfermedad tampoco incorpora actitudes que puedan aportar a mejorar su calidad de vida. (Piñeiro F, Donís M, Orozco D, pastor R, Merino J., 1998)

Tipos de no adherencia al tratamiento

Los valores descritos para clasificar a los pacientes generalmente no son elegidos por la relevancia clínica basada en la cantidad de medicación que es requerida para alcanzar un efecto terapéutico sino que, en la gran mayoría de los casos, se trata de un valor arbitrario. Cuando se ha estudiado el período de seguimiento mínimo tres meses, se puede distinguir:

- **Incumplimiento parcial:** en el que el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.

- **Incumplimiento esporádico:** si el individuo incumple de forma ocasional (más frecuente en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos).
- **Incumplimiento secuencial:** en el que el tratamiento se deja durante periodos de tiempo en los que se encuentra bien pero lo restaura cuando aparecen síntomas.
- **Cumplimiento de bata blanca:** si sólo se adhiere cuando está cercana una visita médica.
- **Incumplimiento completo:** si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo, los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos.

Otra forma de clasificar la falta de adherencia es:

Primaria: que incluye tanto no llevarse la prescripción médica de la consulta como el llevársela pero no retirarla de la farmacia.

Secundaria: que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada por el médico o no obteniendo una nueva prescripción. (Piñeiro F, Donís M Orozco D, pastor R, Merino J., 1998)

Niveles de adherencia

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas ha demostrado tener muchos beneficios tanto en salud como en calidad de vida, es así que se ha clasificado a la adherencia en niveles basados en escalas que contienen cuestionarios sobre aspectos del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico así tenemos el test de Morisky Green , Batalla entre otros , de manera general distinguimos tres niveles alto , medio y bajo para poder clasificar al paciente adherente entre estos niveles es necesario aplicar los instrumentos antes mencionados.

Determinar el nivel de adherencia en los pacientes hipertensos ha sido de mucha utilidad para mejorar las estrategias en salud, elaborar programas dirigidos a aumentar la adherencia en los pacientes hipertensos.

Métodos para medir la adherencia al tratamiento

En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia por lo que se deben utilizar varios de ellos, con el fin de atenuar las insuficiencias que todos poseen.

Los métodos disponibles para medir la adherencia al tratamiento se clasifican en:

- Métodos objetivos-directos.
- Métodos objetivos-indirectos.
- Métodos subjetivos.

Métodos objetivos directos: se basan en la determinación del fármaco, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en algún fluido biológico, frecuentemente sangre u orina. Se asume que su presencia en ellos expresa que el medicamento se ha tomado; aunque esto no es totalmente cierto ya que pueden dar por buen cumplidor al incumplidor de bata blanca. En atención primaria tienen poca utilidad ya que son caros, se disponen para un escaso número de fármacos y necesitan de una infraestructura sofisticada.

Métodos objetivos indirectos: valoran el incumplimiento a partir de circunstancias que se relacionan con él y con el grado de control de la enfermedad.

Los más utilizados son:

a) Recuento de comprimidos: Se basa en el recuento de la medicación que queda en el envase que se ha prescrito al paciente.

b) Monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos (MENS): Es un sistema sofisticado de recuento de comprimidos que incorpora a la tapa del envase que los contiene un monitor electrónico que registra las aperturas que se hacen; debe aceptarse que cada vez que el recipiente se abre es para retirar y tomar un comprimido.

c) Valoración de la asistencia a las citas previas programadas: Se estima que la ausencia a citas concertadas es una de las formas más frecuentes y graves de incumplimiento; no obstante, no implica que los pacientes que acuden a las citas sean buenos cumplidores del tratamiento establecido, ni tampoco que los que no acuden tienen que ser obligatoriamente incumplidores.

• **Métodos subjetivos (indirectos):** valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes.

Son sencillos, económicos y los más adecuados cuando la población a valorar es amplia; pero son poco objetivos ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar, o del médico lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento.

Los más utilizados son:

a) Juicio del médico acerca de cómo el enfermo cumple. Es tan sencillo como inexacto; varios estudios han constatado que existe una baja correlación entre la estimación de los médicos del cumplimiento y la adherencia real de los enfermos.

b) Técnicas de entrevista. Se basan en preguntar directamente al enfermo sobre su cumplimiento; las entrevistas permiten, además, conocer las causas de no adherencia. Son

métodos muy fiables si el enfermo se confiesa mal cumplidor (alto valor predictivo positivo), pero cuando se comparan con otros métodos más exactos, se comprueba que un número importante de enfermos que aseguran tomar la medicación, no dicen la verdad.

Dentro de los métodos subjetivos para determinar la adherencia al tratamiento en pacientes se encuentran test y cuestionarios que se enuncian a continuación.

- Test de cumplimiento auto comunicado: test de Haynes-Sackett,
- test de Morisky Green
- test de Batalla
- Cuestionario validado SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)
- Test de Hermes
- Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) (Sanchez N., 2006) (Nogues S, Villar G., 2007)

Tabla 2. Test para evaluar la adherencia al tratamiento

<p>Test de Batalla Analiza el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad y dirigido esencialmente a HTA y dislipemia. Una respuesta incorrecta de las 3 siguientes conlleva falta de adherencia.</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada.
<p>Test de Morisky-Green Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.</p> <ol style="list-style-type: none">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? <p>Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).</p>
<p>Test de Haynes-Sackett También denominado cuestionario de "comunicación del autocumplimiento". Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:</p> <ol style="list-style-type: none">1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos? <p>Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% de los prescritos.</p>

Fuente: Guía de atención primaria de salud de la comunidad de Madrid adherencia terapéutica estrategias prácticas de mejora: 2006 vol. 13 núm. 8

La adherencia terapéutica como modificador importante de la efectividad del sistema de salud

La evaluación económica de la falta de adherencia terapéutica farmacológica requiere identificar los costos y los resultados asociados. Por lógica, la falta de adherencia implica costos agregados en el sistema de salud debido a los efectos no deseados que el régimen recomendado trata de reducir al mínimo. En cuanto a los resultados, la falta de adherencia da lugar a mayor riesgo clínico y por consiguiente, a mayor morbilidad y mortalidad en

los pacientes con enfermedades crónicas donde se ha visto bajos niveles de adherencia al tratamiento farmacológico.

En los países desarrollados, el cambio epidemiológico en la carga de morbilidad, de las enfermedades agudas a las crónicas durante los últimos cincuenta años, se ha tornado obsoleta para abordar las necesidades de salud de la población, la prestación sanitaria basada en los modelos de atención de enfermedades agudas ha generado una atención médica deficitaria. El sistema de asistencia sanitaria tiene, en sí mismo, el potencial para influir sobre el comportamiento de adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas ya que controlan los horarios del personal sanitario, la duración de las consultas, la asignación de los recursos, las estructuras de los honorarios, los sistemas de comunicación e información y las prioridades de organización. Las causas del bajo control de la hipertensión arterial pueden atribuirse a una inadecuada interacción entre el médico, el paciente, el entorno socioeconómico y el sistema de salud.

Evaluación de la adherencia en el tratamiento de la hipertensión arterial

Para muchos clínicos, diferenciar la adherencia sub-óptima de la baja respuesta al tratamiento farmacológico en los pacientes (cuando la medicación prescrita es adecuada) es difícil. En condiciones crónicas es importante conocer las razones por las cuales un paciente no mejora, pues las estrategias de control deben ser diferentes.

Para tener una adecuada evaluación del grado de adherencia al tratamiento es necesario contar con instrumentos de medición confiables y enfocar las investigaciones por enfermedades. Medir la adherencia en la práctica clínica es difícil y la mayoría de métodos disponibles tienen grandes desventajas, son indirectos y susceptibles de error.

Además, la forma en que se conciba la adherencia (como una serie de comportamientos complejos o sólo como la toma de medicamentos) se refleja también en la forma de evaluación clínicos sobre todo en pacientes hipertensos.

Para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos se han utilizado tanto métodos directos que determinan en los fluidos orgánicos las concentraciones de los fármacos, como métodos indirectos entre los cuales el más utilizado es el auto-informe y el auto-registro, así como métodos mixtos tales como el recuento o consumo de medicamentos y resultados clínicos, mostrando todos ellos ventajas e inconvenientes diversos que han sido profusamente analizados en literatura especializada.

Por otro lado, en el ámbito médico, como conclusión de estudios clínicos realizados durante la segunda mitad de los años 90, se recomienda utilizar como método eficaz para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión la entrevista clínica, por considerarla como un método indirecto de alta sensibilidad que permite destacar los casos negativos por pacientes que afirman que incumplen las prescripciones y también los falsos positivos o casos de pacientes que afirman cumplir el tratamiento pero con evidencias razonables. (Vinaccia S, Quiceno J, fernandez H, Gaviria A, Chavaría F., 2006)

Riesgos de la mala adherencia

Recaídas: Las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente a la medicación prescrita pueden ser más graves que las que ocurren mientras el medicamento se toma como fue recomendado, de modo que la adherencia deficiente persistente puede empeorar el curso general de la enfermedad.

Riesgo aumentado de dependencia: Muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si son tomados incorrectamente.

Riesgo aumentado de abstinencia y efecto rebote: Cuando un medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos y posible daño. La buena adherencia desempeña una función importante al evitar problemas de abstinencia y efecto rebote.

Riesgo aumentado de desarrollar resistencia a los tratamientos: La adherencia deficiente se reconoce como una causa principal del fracaso del tratamiento, de la recaída y fármaco-resistencia.

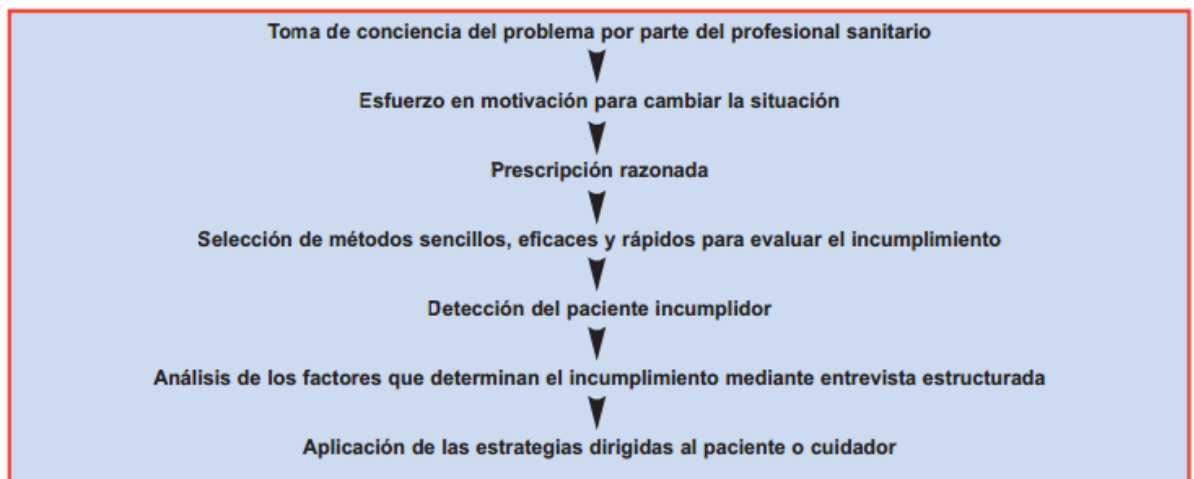
Riesgo aumentado de toxicidad: En el caso de sobre uso de medicamentos (un tipo de falta de adherencia terapéutica), los pacientes enfrentan un mayor riesgo de toxicidad, especialmente de los medicamentos con farmacodinamia acumulativa. (Nogues S, Villar G., 2007)

Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico

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

- Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si es intencionada o no.
- Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación.
- Las intervenciones deben ir dirigidas a los problemas específicos detectados, y pueden incluir:
 - Sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación.
 - Hacer partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad.
 - Simplificar el régimen posológico.
 - Utilizar pastilleros, sistemas personalizados de dosificación
- Si el problema son los efectos adversos:
 - Discutir con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, así como los efectos a largo plazo de la medicación, y sobre las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos.
 - Considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio en la hora de la administración.
- Preguntar al paciente si el costo de la medicación le supone un problema, considerar opciones para reducirlo. (Orueta R., 2006)

Grafico 1. Abordaje de la falta de adherencia desde la consulta de atención primaria



Fuente: Guía de atención primaria de salud de la comunidad de Madrid adherencia terapéutica estrategias prácticas de mejora: 2006 vol. 13 núm. 8

25.- HIPÓTESIS

Los factores del paciente como conocimiento acerca de la enfermedad y creencias incorrectas del tratamiento son los principales responsables de un nivel bajo adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de hipertensión mayores de 18 años

arterial que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico en el periodo Diciembre 2013 – Abril 2014.

2.6.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

2.6.1.- Variable Independiente: factores que influyen

2.6.2.- Variable Dependiente: adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo

CAPÍTULO III

3.- MARCO METODOLÓGICO

3.1.- ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación acogió un enfoque crítico positivo de carácter cuali-cuantitativo. Cuantitativo porque se recabara información que será sometida a un análisis matemático. Cualitativo porque estos resultados pasaran a la criticidad con soporte del marco teórico.

3.2.- MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

De Campo Porque el investigador acudió a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

Bibliográfica - Documental Porque el trabajo de investigación tuvo información secundaria sobre el tema de investigación obtenidos a través de libros, textos, módulos, periódicos, revistas, internet, así como de documentos válidos y confiables (historias clínicas y datos estadísticos) a manera de información primaria.

3.3.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Transversal de tipo analítico en este tipo de estudio se examinó a las variables de interés en subgrupos de sujetos, puede estudiarse hipótesis causales o de asociación. En este no existen períodos de seguimiento lo que se correlaciona con la investigación ya que es un estudio de rápida ejecución y fácil control en un corto periodo de tiempo.

3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1.- población

La población estuvo comprendida por pacientes hipertensos mayores de 18 años que cumplan con los criterios de inclusión, que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico en el periodo diciembre– Abril 2014.

3.4.2.- Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al Subcentro de salud de Huachi Chico.
- Pacientes con Hipertensión arterial mayores de 18 años de edad de ambos géneros.
- Pacientes en tratamiento farmacológico y no farmacológico de Hipertensión arterial.

3.4.3.- Criterios de exclusión

- Pacientes con Hipertensión arterial que no hayan recibido ningún tipo de intervención médica (farmacológica o no farmacológica)
- Pacientes que tengan comorbilidades asociadas.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Trastornos mentales que impidan contestar los instrumentos.

3.4.4.- Criterios Éticos

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

A los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos se les informo de forma verbal y escrita la descripción de los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación. Se les comunico sobre la confidencialidad, privacidad y anonimato de la información recolectada. Todos estos aspectos están registrados en el consentimiento informado que fue firmado por el paciente.

3.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 Variable Independiente: factores que influyen en la adherencia

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
Es el conjunto de circunstancias del paciente, enfermedad, tratamiento y sistemas de salud que influyen en adherencia al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Factores del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Edad , sexo Conocimiento , creencias ,instrucción, ocupación 	<p>¿Los conocimientos sobre su enfermedad y creencias sobre la efectividad del tratamiento influyen en una baja adherencia al tratamiento farmacológico?</p>	<p>Encuesta</p> <p>Cuestionario</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Factores de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de diagnóstico 	<p>¿El tiempo de diagnóstico de la enfermedad influye en la adherencia al tratamiento?</p>	<p>Encuesta</p> <p>Cuestionario</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Factores del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a la medicación 	<p>¿La falta de acceso a la medicación influye en la adherencia al tratamiento?</p>	<p>Encuesta</p> <p>Cuestionario</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Factores de los sistemas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a los sistemas de Salud , consulta médica calidad de cita médica 	<p>¿La falta de acceso a la consulta y calidad de cita médica influye en una baja adherencia al tratamiento?</p>	<p>Encuesta</p> <p>Cuestionario</p>

3.5.1 Variable Dependiente: adherencia al tratamiento

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
<p>Asumir normas e indicaciones dados por el equipo de salud, más la participación activa del paciente sobre acciones y decisiones con respecto a su enfermedad que determinan si el paciente es adherente o no al tratamiento el mismo que puede ser medido en niveles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adherente o no adherente • Nivel 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del régimen terapéutico • Asistencia a controles médico(1 cada 3 a 6 meses o por criterio médico) • Acogimiento de consejos médicos • Participación activa • Alto (15-13) • Medio (entre 12 y 10 puntos) • Bajo (menos de 10) 	<p>¿Qué porcentaje de pacientes son adherentes y no adherentes al tratamiento?</p> <p>¿Qué nivel de adherencia tienen los pacientes hipertensos?</p>	<p>Encuesta Cuestionario Test de Morisky Green</p> <p>Encuesta Cuestionario</p>

3.6.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se detectó a los pacientes hipertensos que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico en el periodo de tiempo determinado.

Se diseñó un instrumento que evaluara los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, denominado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos”, el mismo que se elaboró a partir de una revisión teórica sobre estos factores, y una escala para evaluar el nivel de adherencia.

3.6.1 Estructura del instrumento:

El instrumento consta de una estructura dividida en:

- Un consentimiento informado, en donde queda constancia que el paciente ha sido informado de los objetivos, las características del estudio y que su participación es voluntaria.
- Un cuestionario que permitió identificar los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial que contiene cuatro categorías importantes: factores del paciente: edad, sexo, ocupación, instrucción, creencias, conocimientos de la enfermedad, factores de la enfermedad: tiempo de diagnóstico, factores del tratamiento: acceso a la medicación y factores de los sistemas de salud: acceso a los sistemas de salud y calidad de cita médica.
- Test de Morisky Green encaminado a identificar si los pacientes son adherentes o no al tratamiento farmacológico, el cual consta de 4 preguntas se considera a un paciente adherente cuando la respuesta de todas las preguntas es adecuada un total 4 puntos y no adherente cuando una o más repuestas no es adecuada (si, no, sí, sí).
- Un cuestionario que contiene 4 preguntas con un total de 12 puntos que sumado al test anterior permitirá determinar el nivel de adherencia al tratamiento, así tenemos que de 15 a 13 se considera con un nivel alto de adherencia, de 12 a 10 nivel medio y menos de 10 nivel bajo.

3.7.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información fue recogida con la finalidad de alcanzar los objetivos de la investigación, con previa autorización del jefe de área de salud N.- 1 se procedió se aplicar los instrumentos antes mencionados previo a esto se les dio a conocer de manera verbal y escrita, el propósito, beneficios y riesgos del estudio por medio del consentimiento informado, para caracterizar a la población en estudio de acuerdo a la edad se la dividió

en 4 rangos aquellos que se encontraban entre los 18 a 35 años , 36 a 59 años y más de 60 años.

3.8.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de aplicados los instrumentos para la recolección de la información los resultados obtenidos fueron procesados de la siguiente forma:

1. Se procedió a revisar los instrumentos para garantizar que estén llenados adecuadamente, evitando en el caso de las encuestas preguntas contestadas de manera incoherente o incompleta.
2. Tabulación de datos ordenación y codificación: se elaboró tablas de datos en el programa estadístico SPSS, considerando las variables estudiadas.
3. Se realizó un análisis descriptivo de los datos calculando proporciones y porcentajes además del chi cuadrado como datos estadísticos.
4. Se elaboraron gráficos como: diagrama de sectores o también denominado de tartas en el caso de la obtención de porcentajes en la cual la información que se debe mostrar en cada sector hace referencia al número de casos dentro de cada categoría y al porcentaje del total que estos representan y tablas como una tabla de frecuencias, para una mejor interpretación y análisis de los datos.
5. Manejo de información reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influye significativamente en los análisis
6. En el caso de la entrevista la información cuantitativa será sometida a procesos estadísticos como la obtención de porcentajes y frecuencias.
7. Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

CAPÍTULO IV

4.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1- CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Se realizó una investigación analítica - transversal para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial, los participantes del estudio fueron extraídos del registro de pacientes atendidos por consulta externa del subcentro de salud de Huachi Chico en el periodo diciembre 2013 -abril 2014, estuvo integrada por 62 participantes se excluyeron a 12 de ellos los cuales decidieron no participar en esta investigación.

Tabla N° 3 Características de la población en estudio

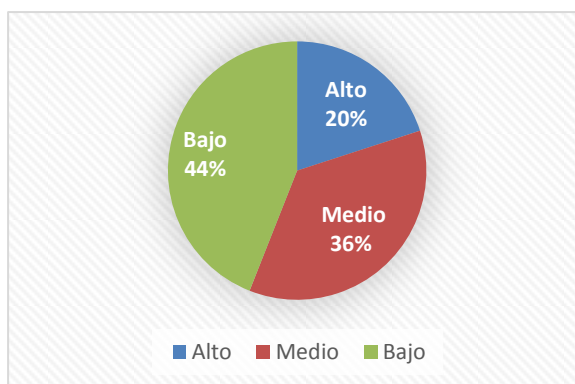
Característica		Número	Porcentaje
Edad	18-35	3	6%
	36-59	28	56%
	> 60 años	19	38%
Total		50	100%
Género	Masculino	19	38%
	Femenino	31	62%
Total		50	100%
Ocupación	activo	26	52%
	No activo	24	48%
Total		50	100%
Instrucción	Analfabeta	8	16%
	Primaria completa	16	32%
	Primaria incompleta	7	14%
	Secundaria completa	9	18%
	Secundaria incompleta	4	8%
	Superior	6	12%

Total	50	100%
--------------	----	------

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

En la tabla N°3 podemos observar que del total de la población el 56 % de pacientes se encuentran en edades entre 36 a 59 años, seguido del 38 % mayores de 60 años y un 6% entre 18 a 35 años, en relación al género el sexo femenino predomina con un 62% frente al 38% representado por el sexo masculino, en la ocupación son laboralmente activos el 52% vs 48%, en el nivel de instrucción el 32% tiene primaria incompleta, 18% secundaria completa, 16 % analfabeta, 14% primaria incompleta, 12% superior y el 8% secundaria incompleta

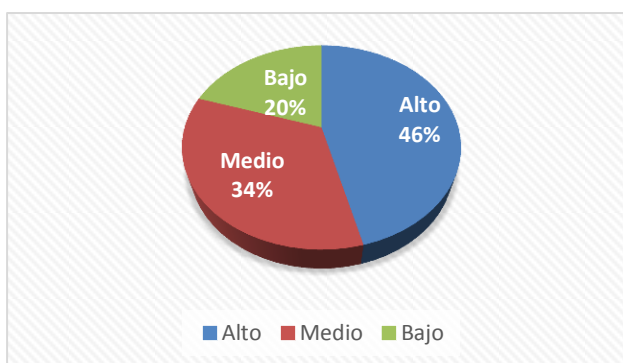
Gráfico N° 2 Conocimiento acerca de la hipertensión arterial



Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

En el gráfico N° 1 se puede observar que el 44% de los participantes tienen un nivel bajo de conocimiento acerca de la hipertensión arterial, seguido de un 36 % con un nivel medio y el 20% tienen un nivel alto de conocimientos.

Gráfico N° 3 Creencias acerca del tratamiento



Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

En el gráfico N° 2 del total de la población estudiado vemos que el 46% posee un nivel alto de creencias incorrectas acerca del tratamiento de la hipertensión arterial seguido de un 34% con un nivel medio y 20% nivel bajo.

Tabla N° 4 Distribución de la población tiempo de Diagnóstico de la hipertensión arterial

Tiempo de diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	2	4%
DE 1 A 5 años	6	12%
DE 6 A 10 años	12	24%
De 11 a15 años	13	26%
> 15 años	9	18%
No sabe	8	16%
TOTAL	50	100%

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

En la tabla N° 4 relación al tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial de los 50 participantes del estudio el 26 % fueron diagnosticados en un periodo comprendido entre 10 a 15 años, seguido de un 24% entre los 6 y 10 años, 18% fueron diagnosticados hace más de 15 años ,en cuarto lugar con un 16% se encuentran aquellos pacientes que desconocen el tiempo de diagnóstico de su enfermedad, seguido del 12% diagnosticados entre 1 y 5 años por último el 4% con diagnosticados hace menos de 1 año.

Tabla N° 5 Acceso a la medicación

Nivel de acceso a la medicación	Frecuencia	Porcentaje
Alto	25	50%
Medio	20	40%
No tienen acceso	5	10%
TOTAL	50	100%

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

En la tabla N° 5 tenemos que del total de la población e estudio el 50% de los participantes tienen un nivel alto de acceso a la medicación, seguido de un 40 % con un nivel medio y un 10 % nivel bajo acceso.

Tabla N° 6 Acceso a la consulta médica

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alto	23	46%
Medio	20	40%
Bajo	7	14%
TOTAL	50	100%

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

En la tabla N° 6 observamos que del total de la población el 46% tiene un nivel alto de acceso al sistema de salud, seguido de un 40% con acceso medio y un 14 % con acceso bajo.

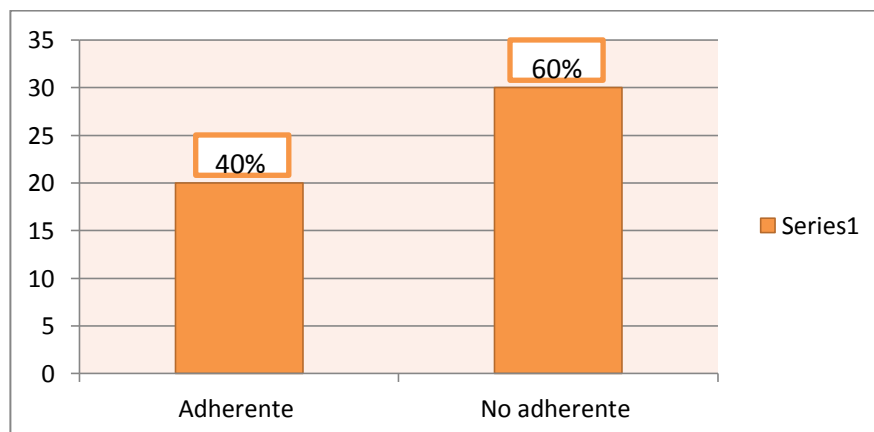
Tabla N° 7 Calidad de cita médica

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
Buena	24	48%
Regular	20	40%
Mala	6	12%
TOTAL	50	100%

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

En la tabla N° 7 que se refiere a la calidad de cita médica se observa que del total de la población en estudio el 48 % refiere tener una buena calidad de cita médica seguida del 40% con una regular calidad y el 12% con mala calidad.

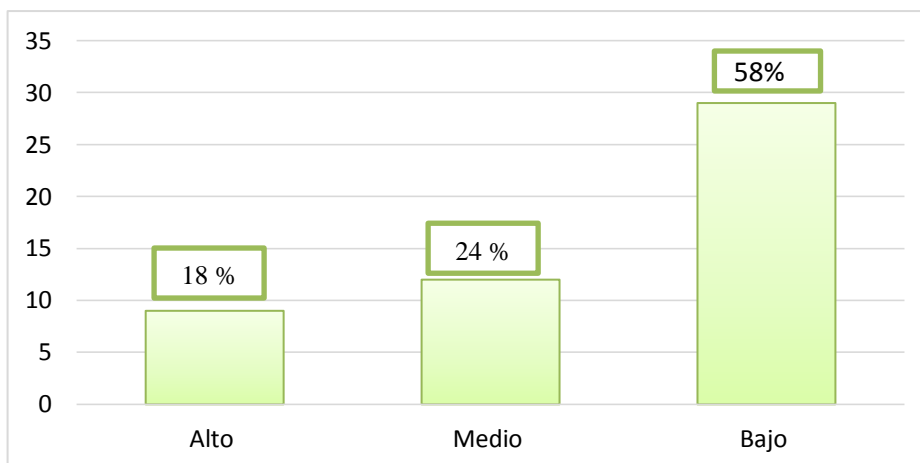
Gráfico N° 4 Adherencia al tratamiento farmacológico (Test de Morisky Green)



Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Test de Morisky Green subcentro Huachi Chico

En el gráfico N° 3 de los 50 participantes del estudio el 60% de los pacientes no son adherentes al tratamiento farmacológico y el 40% son adherentes.

Gráfico N° 5 Niveles de Adherencia al tratamiento



Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico.

El gráfico N° 4 muestra que el 58 % de la población en estudio tienen un nivel bajo de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, seguido de un 24 % con un nivel medio de adherencia y el 18 % nivel alto.

4.2.- CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES

Tabla N° 8 Edad y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia								
Alto			Medio		Bajo		Total	
Edad	#	%	#	%	#	%	#	%
18-35 años	1	5	1	5	1	9	3	6
36-59 años	8	42	12	60	8	73	28	56
> 60 años	10	53	7	35	2	18	19	38
TOTAL	19	100	20	100	11	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 3.74$ valor crítico = 9.48

Grados de libertad = 4 Intervalo de confianza = 95%

En la tabla N° 8 en la relación entre la edad y el nivel de adherencia al tratamiento notamos que los pacientes mayores de 60 años tienen un alto nivel de adherencia con un porcentaje de 53 % en relación al nivel medio de adherencia los pacientes entre

39 y 59 años tienen un porcentaje de 60% seguido de aquellos pacientes mayores de 60 años ,en el nivel bajo de adherencia con un porcentaje de 73 % se encuentran los pacientes de 36 a 59 años , seguido del 18% en mayores de 60 años y 9 % para las edades entre 18 y 36.

Tabla N° 9 Género y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia								
Alto			Medio		Bajo		Total	
Género	#	%	#	%	#	%	#	%
Masculino	4	29	7	35	8	50	19	38
Femenino	10	71	13	65	8	50	31	62
TOTAL	14	100	20	100	16	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 1.58$ valor critico = 5.99

Grados de libertad = 2 Intervalo de confianza = 95%

De la tabla N° 9 podemos notar que del total de la población las mujeres tienen niveles más altos de adherencia al tratamiento en relación a los hombres, 71% vs 29 % en el nivel medio las mujeres tienen el 65 % y los hombres el 35 % en el nivel bajo de adherencia notamos que tanto hombres como mujeres tienen el mismo porcentaje 50% cada uno.

Tabla N° 10 Ocupación y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia								
Alto			Medio		Bajo		Total	
OCUPACIÓN	#	%	#	%	#	%	#	%
N								
Activo	3	21.4	8	44.4	15	83.3	26	52
No activo	11	78.6	10	55.6	3	16.4	24	48
TOTAL	14	100	18	100	18	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 12.73$ valor critico = 5.99

Grados de libertad = 2 Intervalo de confianza = 95%

En la tabla N° 10 en relación a la ocupación notamos que del total de población aquellos pacientes laboralmente no activos poseen un nivel de adherencia alta con un 78,8 % vs activos 21,4%, en el nivel medio de adherencia vemos que los no activos se encuentran representados por un 55.6% frente a los activos con un 44,4% y el nivel bajo de adherencia los activos poseen un 83,3% en relación a lo no activos con un 16, 4%.

Tabla N° 11 Instrucción y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia								
Alto			Medio		Bajo		Total	
INSTRUCCIÓN	#	%	#	%	#	%	#	%
N								
Analfabeta	1	6.6	2	11.8	5	27.7	8	16
Primaria completa	3	20	8	47	5	27.7	16	32
Primaria incompleta	1	6.6	2	11.8	4	22.2	7	14
Secundaria completa	4	26.7	3	17.6	2	11.2	9	18
Secundaria incompleta	2	13.4	1	5.9	1	5.6	4	8
Superior	4	26.7	1	5.9	1	5.6	6	12
TOTAL	15	100	17	100	18	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 11.76$ valor critico = 18.30

Grados de libertad = 10 Intervalo de confianza = 95%

En la tabla N° 11 notamos que los pacientes con instrucción superior tienen un nivel alto de adherencia igual que aquellos con secundaria completa con un 26,7% cada uno, seguido de la primaria completa con un 20% en el nivel bajo de adherencia observamos que los pacientes analfabetos con aquellos que poseen primaria completa comparten un 27,7 % seguido de primaria incompleta con un 22,2%, secundaria completa 11,2%, secundaria completa y superior con un 5,6% cada una.

Tabla N° 12 Tiempo de Diagnóstico y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia								
Alto			Medio		Bajo		Total	
TIEMPO	#	%	#	%	#	%	#	%
Menos de 1 año	1	10	1	4.2	0	0	2	4
1 a 5 años	2	20	3	12.5	1	6.2	6	12
6 a 10 años	2	20	6	25	4	25	12	24
11 a 15 años	2	20	7	29.2	4	25	13	26
Más de 15 años	2	20	4	16.6	3	18.8	9	18
No sabe	1	10	3	12.5	4	25	8	16
TOTAL	10	100	24	100	16	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza Fuente: Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 4.11$ valor crítico = 18.3

Grados de libertad = 10 Intervalo de confianza = 95%

En la tabla N° 12 notamos que en relación al tiempo de diagnóstico de la enfermedad con un nivel alto de adherencia con un 20 % se encontraron los diagnosticados en periodos comprendidos entre 1 a 5 años ,6 a 10 años, de 11 a 15 años y más de 15 años los cuales poseen un nivel alto de adherencia , con un 10 % se encuentran los diagnosticados hace menos de una año y aquellos que desconocen el tiempo de diagnóstico, en el nivel bajo de adherencia se encontraron con un 25 % aquellos diagnosticados entre los periodos de 6 a 10 años , 11 a 15 años y los que desconocen el tiempo de diagnóstico de su enfermedad.

Tabla N° 13 Conocimientos de la hipertensión arterial y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia								
Alto			Medio		Bajo		Total	
Conocimiento	#	%	#	%	#	%	#	%
o								

Alto	7	50	2	10	1	6.2	10	20
Medio	4	28.6	9	45	5	31.2	18	36
Bajo	3	21.4	9	45	10	62.5	22	44
TOTAL	14	100	20	100	16	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 12.45$ valor crítico = 9.48

Grados de libertad = 4 Intervalo de confianza = 95%

En la tabla N° 13 observamos que los pacientes con un alto nivel de adherencia 50% tienen un alto nivel de conocimiento, el 28,6% tienen un nivel medio, el 21,4 % tienen un nivel bajo de conocimiento, los pacientes con un nivel medio de adherencia el 45% tiene un nivel medio de conocimiento, al igual que el nivel bajo conocimiento representado por el mismo porcentaje y el 10% con un nivel alto, en los pacientes con bajo nivel de adherencia el 62,5% tiene un nivel bajo de conocimiento, 31,2 nivel medio y el 6,3 nivel alto de conocimiento.

Tabla N°14 Creencias del tratamiento y Niveles de Adherencia

Niveles de Adherencia								
Alto			Medio		Bajo		Total	
Creencias incorrectas	#	%	#	%	#	%	#	%
Alto	2	16.6	6	46.2	15	60	23	46
Medio	3	25	5	38.4	9	36	17	34
Bajo	7	58.4	2	15.4	1	4	10	20
TOTAL	12	100	13	100	25	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 15.86$ valor crítico = 9.48

Grados de libertad = 4 Intervalo de confianza = 95%

En la tabla N° 14 observamos que en los pacientes con un alto nivel de adherencia 58,4% tienen un bajo nivel de creencias incorrectas acerca del tratamiento, el 25 % tienen un nivel medio y el 16.6 tienen un nivel alto de creencias incorrectas, los pacientes con un nivel medio de adherencia el 46,2 % tiene un nivel alto de creencias incorrectas, 38,4 % nivel medio y el 15,4 % con un nivel bajo de creencias, en los

pacientes con bajo nivel de adherencia el 60% tiene un nivel alto de creencias incorrectas, 36% nivel medio y el 4 % nivel bajo de creencias incorrectas del tratamiento.

Tabla N° 15 Acceso a la medicación y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia									
Alto			Medio		Bajo		Total		
Acceso a la medicación	#	%	#	%	#	%	#	%	#
Alto	10	58.8	7	43.7	8	47	25	50	
Medio	4	23.6	8	50	8	47	20	40	
Acceso bajo	3	17.6	1	6.3	1	6	5	10	
TOTAL	17	100	16	100	17	100	50	100	

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 3.69$ valor crítico = 9.48

Grados de libertad = 4 Intervalo de confianza = 95%

En la tabla N° 15 observamos que en los pacientes con un alto nivel de adherencia tienen un alto acceso a la medicación 58.8% ,el 27.6 % tienen un nivel medio , 17.6% nivel bajo de acceso , con un nivel medio de adherencia el 50 % tiene un nivel medio de acceso ,43,7 % nivel alto y el 6,3 % con un nivel bajo , en los pacientes con bajo nivel de adherencia el 47% tiene un nivel alto de acceso al igual que el nivel medio con el mismo porcentaje y el 6% con un nivel bajo.

Tabla N° 16 Acceso a la consulta médica y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia								
Alto			Medio		Bajo		Total	
Acceso al sistema de salud	#	%	#	%	#	%	#	%
Alto	5	45.4	10	47.6	8	44.4	23	46
Medio	3	27.3	8	38	9	50	20	40
Bajo	3	27.3	3	14.3	1	5.6	7	14
TOTAL	11	100	21	100	18	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

Chi cuadrado $X^2 = 3.24$ valor crítico = 9.48

Grados de libertad = 4 Intervalo de confianza = 95%

En la tabla N° 16 observamos que en los pacientes con un alto nivel de adherencia el 45,4% tienen un alto acceso a los sistemas de salud ,el 27,3 % tienen un nivel medio al igual que aquellos con un bajo de acceso a los sistemas de salud por el mismo porcentaje, los pacientes con un nivel medio de adherencia el 47,6 % tiene un nivel alto de acceso a los sistemas de salud ,48 % nivel alto y el 14,3 % con un nivel bajo , en los pacientes con bajo nivel de adherencia el 50% tiene un nivel medio de acceso , 44,4 alto nivel y el 5,6% con un nivel bajo de acceso a los sistemas de salud.

Tabla N° 17 Calidad de cita médica y Niveles de Adherencia al tratamiento

Niveles de Adherencia								
Calidad de cita	Alto		Medio		Bajo		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Buena	5	25	10	58.9	9	52.9	24	48
Regular	8	50	6	35.3	6	41.2	20	40
Mala	3	25	1	5.8	2	5.9	6	12
TOTAL	16	100	17	100	17	100	50	100

Elaborado por: Shosenka Piñaloza **Fuente:** Encuesta subcentro Huachi Chico

$$\text{Chi cuadrado } X^2 = 3.16 \text{ valor critico} = 9.48$$

$$\text{Grados de libertad} = 4 \text{ Intervalo de confianza} = 95\%$$

En la tabla N° 17 observamos que en los pacientes con un alto nivel de adherencia el 43.7 % refieren una regular calidad de cita médica , el 31,3 % buena calidad , 25% mala , los pacientes con un nivel medio de adherencia el 58,9 % refiere una buena calidad de cita médica ,35,3 % regular y el 5,8 mala , en los pacientes con bajo nivel de adherencia el 52,9 refiere una buena calidad de cita médica, 41,2% regular y 6% mala calidad de cita médica.

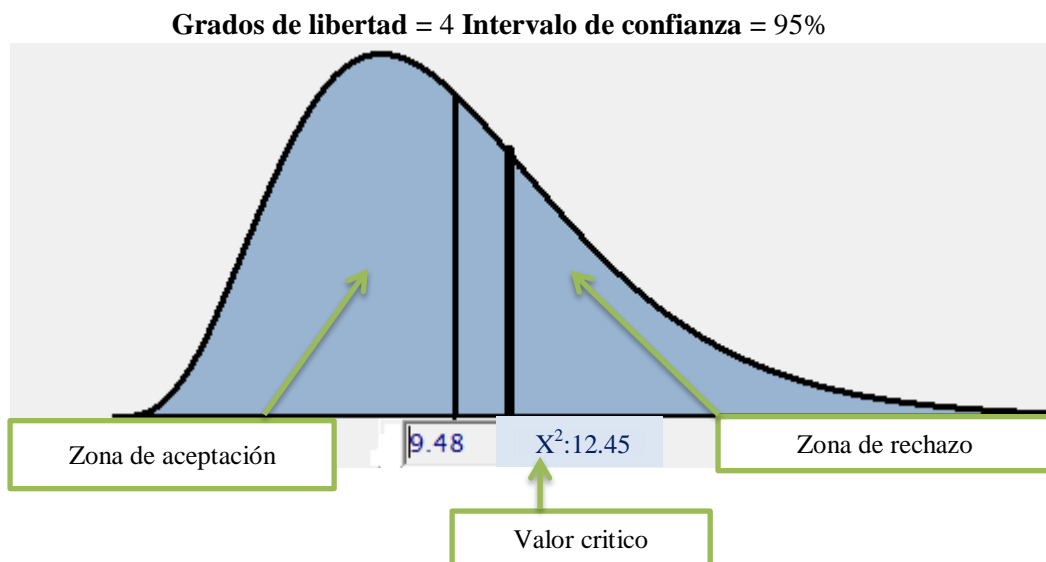
4.3.- VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la verificación de la hipótesis se planteó la Hipótesis nula (H0) siguiente:

- Los factores personales como: las creencias incorrectas acerca del tratamiento y conocimiento de la enfermedad no influyen en la baja adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años de edad que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico.

Realizados los cálculos estadísticos correspondientes al conocimiento con respecto a la enfermedad se obtuvo lo siguiente:

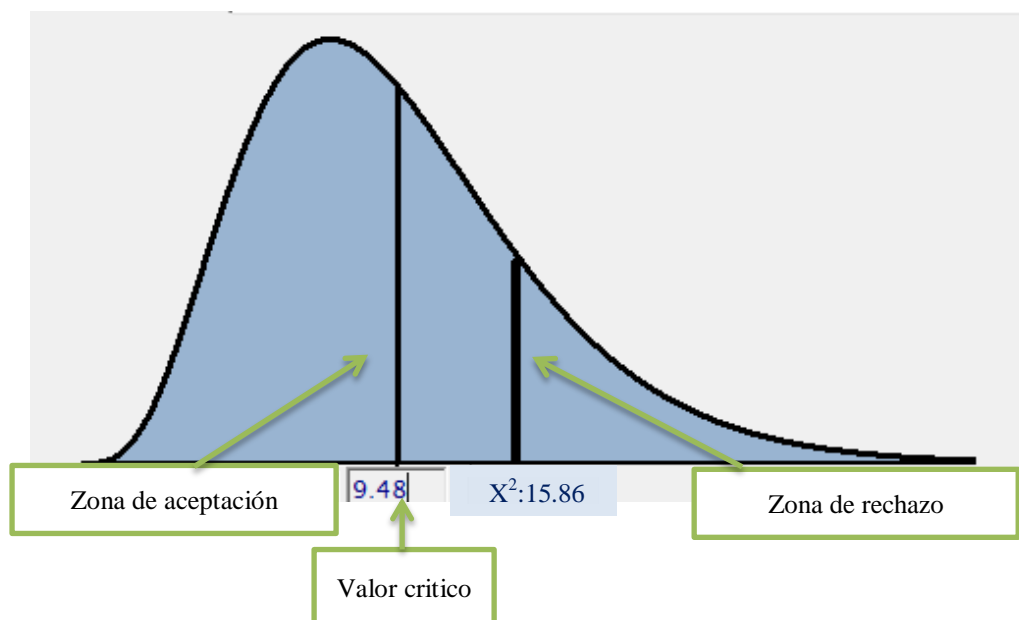
$$\text{Chi cuadrado } X^2 = 13.41 \text{ valor critico} = 9.48$$



Realizados los cálculos estadísticos correspondientes a las creencias incorrectas del tratamiento se obtuvo lo siguiente:

Chi cuadrado $X^2 = 48.34$ valor crítico = 9.48

Grados de libertad = 4 Intervalo de confianza = 95%



Dado que el valor de X^2 calculado en ambos casos es mayor que valor crítico, se ubica en la zona de rechazo de la H_0 , por tanto se acepta la H_1 que dice:

- Los factores personales como: las creencias incorrectas del tratamiento y conocimiento de la enfermedad influyen en la baja adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años de edad que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico.

4.4.- DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad asintomática, que genera altos costos económicos para las entidades prestadoras de los servicios de salud y que requiere de los pacientes cambios permanentes y un compromiso activo con el tratamiento una vez que son diagnosticados e informados de su enfermedad. (Holguín L, Correa D, Arivillaga M, Caceres D, Varrela M., 2009)

En este estudio se encontró que 58 % de la población tienen un nivel bajo de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, seguido de un 24 % con un nivel medio y el 18 % nivel alto, los resultados permiten constatar dificultades en la adherencia al tratamiento en los pacientes, el nivel bajo de adherencia al tratamiento, es una de las causas más importantes del pobre control de la PA en el mundo, Posligua, W. en su estudio encontró que el 44,9% de los pacientes hipertensos tienen mala adherencia al tratamiento, el 27,6% tiene un buen nivel de adherencia. (Posligua W. Mcdermott J, Cuello C. , 2009)

En el presente estudio encontramos predominio del sexo femenino (62%) el mismo que posee niveles altos de adherencia al tratamiento en relación al sexo masculino 71 % vs 29%, datos similares encontró Coque, L en su estudio donde hubo predominio del género femenino 62 % vs 38% , las cuales tuvieron mejor nivel de adherencia en relación al masculino 56% vs 44%, las mujeres se adhieren mejor al tratamiento ya que suelen acudir en mayor número y frecuencia a la consulta médica y en consecuencia son más responsable en el cumplimiento de las prescripciones médicas. (Coque L., 2011)

En nuestro trabajo encontramos mayor proporción pacientes laboralmente activos con niveles bajos de adherencia 21.4% en relación a los pacientes no activos con mejores niveles de adherencia al tratamiento 78.6% ,en el estudio de Coque, L encontró que de los pacientes laboralmente activos el 54% tuvieron mala adherencia al tratamiento, los mejores resultados en cuanto a una buena adherencia la obtuvieron los pacientes no activos con un 63%, las personas no activas tienen mayores posibilidades de realizar el tratamiento pues disponen de más tiempo y no tienen otras responsabilidades que interfieran en el seguimiento del tratamiento o favorezcan el olvido, mientras que la multiplicidad de roles afecta de manera importante a las personas trabajadoras. (Coque L., 2011)

López. E. en su estudio observó que el 45 % de los pacientes tenían un nivel de escolaridad primaria y un 10% no tuvo ningún tipo de formación académica ,los pacientes con instrucción superior y secundaria tenían niveles altos de adherencia 68% en relación a los que poseían instrucción primaria y analfabetas con un 18% , en nuestro estudio se observa la existencia de personas analfabetas (16%) las cuales tienen niveles

más bajos de adherencia 27.7% en relación a los pacientes con instrucción secundaria completa y superior los cuales poseen niveles altos de adherencia al tratamiento ,las personas analfabetas o con un nivel de instrucción bajo generalmente muestran baja adherencia al tratamiento debido a dificultades que presentan como: entender las prescripciones médicas , no acudir a controles médicos y no acoger los consejos proporcionados por el profesional de salud. (López E., 2013)

En este estudio encontramos que existe asociación estadística entre el conocimiento y la adherencia al tratamiento, así tenemos los pacientes con un nivel alto de conocimiento de la enfermedad tienen niveles altos de adherencia (42.8%) y aquellos con conocimientos bajos poseen niveles bajos de adherencia (62.5%) datos similares se encuentran Coque, L. en su estudio, la falta de conocimiento que tienen sobre su enfermedad genero mala adherencia (72%) y que el paciente conozca sobre su enfermedad genero una buena adhesión al tratamiento (67,5%). (Coque L., 2011)

Posligua et al , en relación a las creencias acerca del tratamiento se encontró que el 42 % de la población tenía un grado alto de creencias incorrectas acerca del tratamiento, el 30% tenía un nivel bajo, también se observó que aquellos con un grado bajo de creencias incorrectas mostraron un buen nivel de adherencia en un 55%, y los pacientes con un grado alto de creencias incorrectas el 84% tuvo mala adherencia al tratamiento , en nuestro estudio observamos que existe asociación significativa entre las creencias incorrectas del tratamiento y la adherencia al tratamiento encontramos que los pacientes con niveles altos de creencias incorrectas poseían niveles bajos de adherencia (60%) y viceversa, las creencias incorrectas que poseen los pacientes en relación al tratamiento es un factor clave que dificulta a los pacientes generar comportamientos de adherencia en las enfermedades crónicas incrementando de esta manera los gastos en salud pública. (Posligua W. Mcdermott J, Cuello C. , 2009)

La tasa de adherencia al tratamiento farmacológico encontrada en nuestro estudio (60% no adherentes y 40% no adherentes), fue similar a otros estudios realizados en Ecuador, como el estudio realizado por Salazar, J. donde se encontró que el 56% de la población en estudio fue no adherente al tratamiento farmacológico, (Test de Morisky Green) mientras que un 44% se consideró adherente, nuestros resultados refuerzan la utilidad del test de Morisky-Green en la práctica médica diaria. Teniendo en cuenta la facilidad de aplicación, rapidez de este test y los beneficios que nos puede brindar. (Salazar J., 2011)

El acceso a la medicación y la calidad de cita médica en nuestro país ha sido factores claves que han limitado el manejo adecuado de los pacientes con hipertensión arterial en el presente trabajo no existe asociación estadísticamente significativa entre estos

factores y el nivel de adherencia ,los pacientes con un alto nivel de adherencia el 45,4% tienen un alto acceso a la medicación, y aquellos con bajo nivel de adherencia el 50% tiene un nivel medio de acceso, datos que concuerdan con estudios realizados en nuestro país como el realizado por Guzmán, V observó que el 60% de los pacientes con niveles altos de adherencia tenían un nivel medio de acceso a la medicación aquellos con niveles bajos de adherencia el 38 % tenían un nivel alto de acceso. (Guzman V., 2012)

CAPÍTULO V

5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

- En la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial influyen factores de diferente naturaleza: del paciente, enfermedad, tratamiento y sistemas de salud, en esta investigación se determinó que los factores del paciente como conocimiento de la enfermedad, y las creencias con respecto al tratamiento influyen directamente en la adherencia.
- Los factores de la enfermedad como el tiempo de diagnóstico no mostraron tener asociación estadísticamente significativa con los niveles de adherencia a diferencia de la teoría en la que el tiempo de diagnóstico es un factor importante en la adherencia así tenemos que los pacientes que recién son diagnosticados de hipertensión arterial poseen mejores niveles de adherencia al tratamiento que aquellos diagnosticados hace varios años.
- Se encontró que la población en estudio fue predominantemente no adherente al tratamiento farmacológico 60% vs 40%, evaluado mediante el test de Morisky Green.
- El acceso a los medicamentos, acceso a la consulta médica y calidad de la misma no mostraron influir directamente en la adherencia al tratamiento situación diferente a lo que se hace referencia en la literatura ya que estas circunstancias si influyen en la adherencia al tratamiento de la HTA; contexto que puede deberse al número de pacientes con los que se trabajó en esta investigación o a las características propias de la población.
- En relación al nivel de adherencia encontramos que el 58% de la población hipertensa de este estudio posee un nivel bajo de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico
- El sexo femenino se presentó de manera predominante en el estudio y mostraron tener mejores niveles de adherencia al tratamiento en relación al sexo masculino al igual que los pacientes laboralmente no activos frente a los activos.

5.2.- RECOMENDACIONES

- Evaluar la adherencia rutinariamente e individualizar el tratamiento, adaptándolo en lo posible a las actividades diarias del paciente, a su instrucción, edad y entorno familiar. Así como, facilitar en la consulta médica, información básica acerca de la enfermedad que padece el paciente con lenguaje sencillo y fácilmente comprensible.
- Se debe implementar la participación activa de distintos profesionales del ámbito sanitario para la prevención, detección y abordaje de la baja adherencia al tratamiento.
- Este estudio deja la posibilidad de realizar nuevas investigaciones para explorar otros factores que influyen en la adherencia al tratamiento.
- Se recomienda continuar el desarrollo de esta línea de investigación, así como reproducir este estudio en poblaciones más amplias y en otros contextos, en las cuales se pueda emplear el instrumento diseñado en este estudio para validar su uso y aporte en la evaluación de la adherencia al tratamiento.
- Capacitar al personal de salud para considerar la hipertensión como una entidad controlable que requiere atención multidisciplinaria y de esta manera promocionar una medicina preventiva enfatizando en los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.
- Dar a conocer al área # 2 de salud los resultados de este trabajo de investigación, para implementar una intervención de carácter educativo que permita a los pacientes y sus familiares, conocer la importancia de tener un nivel de adherencia al tratamiento adecuado y de esta manera evitar las complicaciones y repercusión a nivel económico que estas generan.

CAPÍTULO VI

6.- PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1.- TÍTULO

Estrategias educativas que mejoren la adhesión al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial del sub centro de Huachi Chico.

6.1.2.- INSTITUCIÓN EJECUTORA

Subcentro de salud de Huachi Chico, Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua.

6.1.3 BENEFICIARIOS

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el servicio de consulta externa del subcentro de salud de Huachi Chico.

6.1.4.- ENTIDAD RESPONSABLE

Investigadora Shosenka Piñaloza Galarza

Médicos Rurales del Subcentro de salud Huachi Chico

Licenciada de enfermería responsable del Subcentro de salud Huachi Chico

Internos Rotativos de Medicina y Enfermería

6.1.5.- UBICACIÓN

El Subcentro de salud Huachi Chico se encuentra en la Provincia de Tungurahua, Cantón Ambato, ubicado en la calles Noboa Caamaño y Celiano Monge.

6.1.6.- TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA

Para la ejecución de la propuesta el tiempo estimado es de dos meses.

Inicio: **abril 2014** Final: **junio 2014**

6.1.7.- COSTO

Material educativo 60 USD

Material de escritorio 40 USD

Transporte 30 USD

Total: 130

6.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Una vez realizada la investigación cuyos resultados muestran que el 58 % de la población tienen un nivel bajo de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, seguido de un 24 % con un nivel medio y el 18 % nivel alto y que los factores que influyen directamente en la adherencia al tratamiento son los personales de

ellos el conocimiento de la enfermedad y las creencias respecto al tratamiento por lo que se considera oportuno elaborar estrategias educativas que mejoren la adhesión al tratamiento.

La transmisión de información tiene un papel importante sobre la adherencia al tratamiento en especial en enfermedades crónicas se conoce que uno de los elementos que la facilitarían la adherencia al tratamiento es la educación de los pacientes por los profesionales de la salud. La educación se considera como un importante factor en la promoción del cumplimiento y la reducción de las condiciones de comorbilidad en los pacientes hipertensos. (Guerra T, Guerrero A, Diaz E, Mujica K, Vidal A., 2010)

López Laura estudio a 123 pacientes quienes ingresaron en un programa de intervención educativa y psicológica acerca de fisiología, concepto y terapia de la HTA, estrategias de afrontamiento del estrés , encontró que en la fase pre-intervención tenían un peso medio de 64,2 Kg (+11,7); observo en la fase post-intervención disminuyo a 61,7 Kg (+11,7), el índice de masa corporal pre-intervención era de 24.5 y después de la intervención 23.9 , Antes de desarrollar el programa educativo, el 23,9% de los pacientes tenían bajo nivel de conocimientos sobre la HTA. Post-intervención el 40,9% de los pacientes tuvieron un buen nivel de conocimientos, con un incremento del mismo del 17,1%. (López J, Almirall D, Borrel A, Mañe N, Vilas A., 2012)

6.3.- JUSTIFICACIÓN

En el país los factores condicionantes de la adherencia han sido poco estudiados. No se cuenta con instrumentos que operacionalicen de modo comprensivo los factores que se puedan reconocer, y con base en ello se diseñan estrategias de prevención y promoción, en la que se establezca una verdadera relación de participación mutua entre el médico y el paciente ,los resultados obtenidos en este estudio revelan que existe un bajo nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes y que los principales factores que influyen son el conocimiento de la enfermedad y las creencias con respecto al tratamiento por esta razón se propone realizar estrategias educativas que mejoren el nivel de conocimiento de cada paciente sobre su enfermedad, para que ayuden a un mejor control , buena adherencia y con ello se disminuya las consecuencias graves de esta peligrosa enfermedad.

Es considerable estar al tanto que el médico dispone de poco tiempo para atender a cada paciente ya que se le asigna quince minutos para cada uno de ellos, por lo que el tiempo

no es suficiente para poder dar una explicación completa acerca de su enfermedad, de los riesgos y beneficios que tiene la adherencia al tratamiento.

Mientras exista el conocimiento adecuado y correcto de la hipertensión arterial, las consecuencias que puede conllevar la falta de control y el fallo del tratamiento, existirá un impacto positivo en los pacientes que acuden a la consulta, por lo que se garantiza un mejor estilo de vida, aprender a sobrellevar esta enfermedad y vivir con ella de mejor manera.

6.4.- OBJETIVOS

6.4.1.- Objetivo general

Concientizar al paciente hipertenso sobre la importancia del autocuidado y cumplimiento estricto del tratamiento a fin de lograr una mejor adherencia terapéutica.

6.4.2.- Objetivos específicos

- Socializar la investigación realizada.
- Educar sobre las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento
- Proporcionar herramientas didácticas para la educación del paciente
- Capacitar al médico y equipo de salud para desarrollar su capacidad de comunicación con los pacientes hipertensos

6.5.- ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD:

6.5.1.- Factibilidad Técnica

Desde lo Técnico se dispone de información sobre la enfermedad y sus características; existe evidencia científica que resalta la importancia de la educación en el control y tratamiento de los pacientes con Hipertensión arterial, además se propone incluir estrategias didácticas no formales que otorguen competencias educativas al personal de salud, apropiadas a las características socio-económicas de los pacientes.

6.5.2.- Factibilidad Económica

Desde lo Económico los costos que demanda la investigación pueden ser asumidos por el investigador.

6.5.3.- Factibilidad Organizacional

Desde lo operacional se requiere de la coordinación de la universidad a través del investigador con la dirección médica, los departamentos de enfermería y docencia investigativa.

6.5.4.- Factibilidad Legal

Como lo demuestran los códigos del Ministerio de Salud Pública que se detallan a continuación:

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

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.

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

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

6.6.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – CIENTÍFICA

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

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación a los medicamentos que debe tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud, resalta sobretodo la participación activa del paciente en la toma de decisiones.³⁹

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

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

- Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación.
- Las intervenciones deben ir dirigidas a los problemas específicos detectados

- Sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación
- Hacer partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad
- Simplificar el régimen posológico
- Discutir con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, así como los efectos a largo plazo de la medicación
- Considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio en la hora de la administración.

TÉCNICAS DE EDUCACIÓN

Se han utilizado diferentes técnicas educativas en función de quién recibe la información.

1) Entrevista personalizada. Es probablemente, la preferida por los profesionales y los pacientes por su carácter personal y, por tanto, más adecuada a las necesidades individuales de información de cada paciente.

2) Implicación de algún miembro de la familia. En determinados casos (especialmente pacientes seniles con dificultades sensoriales y cognitivas) es necesaria la participación de otros miembros de la familia para tratar de garantizar el cumplimiento del tratamiento.

3) Educación sanitaria por grupos. Algunos estudios de intervención para mejorar el la adherencia al tratamiento han utilizado tanto la educación sanitaria individual o en grupos de pacientes. Esta última permite optimizar el tiempo de los profesionales y, además, debatir sobre diferentes aspectos de la HTA. (Martin A., 2009)

6.7.- MODELO OPERATIVO

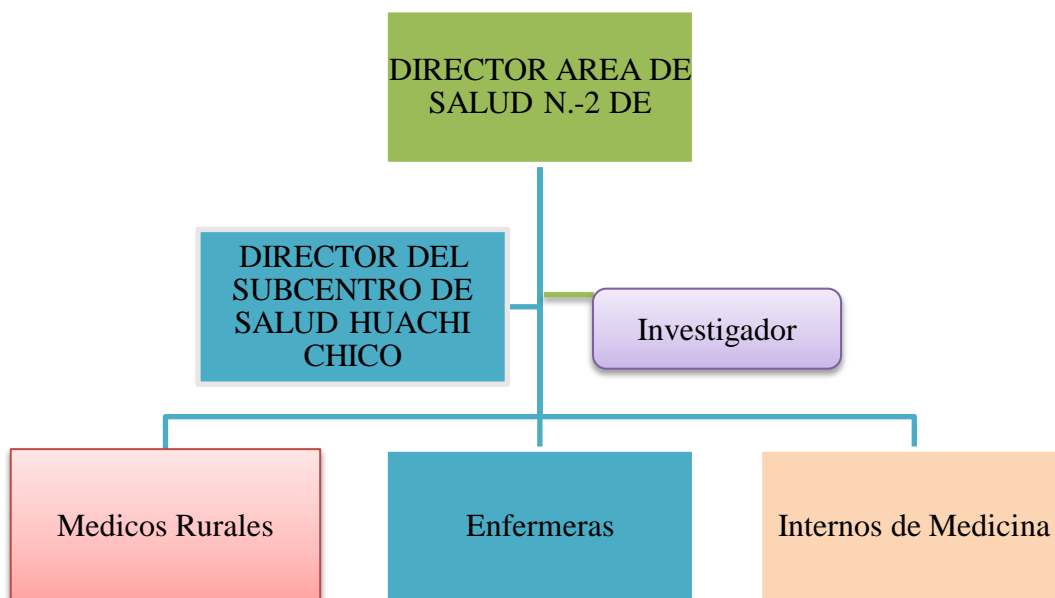
FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO	RESPONSABLES	TIEMPO
PLANIFICACIÓN	1. Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> Difundir y socializar el plan de intervención educativa. Lograr la participación del 100% de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Presentar propuesta a autoridades. Conformación de grupos para difundir el plan educativo Realizar volantes a entregarse en el Subcentro. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel 2.00 Copias 1.00 Impresiones 10.00 	Equipo del proyecto Shosenka Piñaloza	1 semana
	2. Recolección de información					
EJECUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Exposición de resultados de la investigación Adecuación de espacio para realizar las charlas educativas Ejecutar el plan de intervención educativo a los 	<ul style="list-style-type: none"> Concientizar al paciente y al personal de salud de la importancia de una buena adherencia al tratamiento. 	Realizar charlas y/o conferencias <ol style="list-style-type: none"> Qué es la Hipertensión Manejo terapéutico de la hipertensión arterial. Que es la adherencia al tratamiento Causas de la no 	<ul style="list-style-type: none"> Computador a El proyector de datos 500.00 Tiza líquida 5.00 Carteles 4.00 	Equipo del proyecto Shosenka Piñaloza	5 semanas tres veces por semana a una hora diaria.

	pacientes hipertensos y al personal del subcentro de salud.		adherencia. 5. Complicaciones por la no adherencia al tratamiento. 6. Intervenciones para mejorar la adherencia			
EVALUACIÓN	Evaluación del plan educativo programado	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el % de adherencia al tratamiento de los pacientes • Valorar los conocimientos de la enfermedad y creencias con respecto al tratamiento. 	Evaluar mensualmente los avances que se han obtenido mediante el Test de Morisky Green y cuestionario para el nivel de adherencia	Papel 1.00 Impresiones 1.00 Copias 5.00	Equipo del proyecto Shosenka Piñaloza Médicos Rurales	Al mes de iniciada la estrategia luego cada tres meses y cuando acuda a consulta externa

6.8.- ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta se la realizará en el subcentro de salud de Huachi Chico será administrada por las máximas autoridades del Área de salud #2 quienes ejecutarán, a través de los médicos rurales, que a su vez serán responsables del manejo adecuado y administración de la misma.

Organigrama del proceso



6.9.- PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

El monitoreo de las estrategias educativas se realizará a través de un cuestionario para ver el nivel de adherencia y el test de Morisky Green que se aplicará a los pacientes al mes de haber iniciado las estrategias educativas, luego cada tres meses y cuando acuda a consulta médica, lo que servirá para valorar el éxito o el fracaso de su creación, a la vez permitirá identificar los factores que más prevalencia tienen en la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Coca A, Aranda P, Rendon J. (2007). *Manejo del paciente Hipertenso en la Práctica clínica*. Madrid: Panamericana.
- Organizacion Mundial de la Salud . (2003). *La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de los pacientes con enfermedades crónicas*. Madrid: Doyma S.L.
- Organizacion Mundial de la salud . (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Ginebra: Doyma S.L.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Enfermedades Cardiovasculares*. Ginebra.
- Rodríguez J. (2009). *GREEN BOOK*. España : Marbán.

LINKOGRAFÍA

- Alfie J, Bellido C. (2012). *Diagnóstico ,estudios,tratamiento y seguimiento de la Hipertensión arterial*. Recuperado el 24 de Diciembre de 2013, de Sociedad Argentina de Hipertensión arterial:
http://www.saha.org.ar/pdf/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf
- Copani J. (2006). *Prevalencia de Hipertensión arterial y Factores de Riesgo Asociados*. Recuperado el 4 de Octubre de 2013, de revista de la sociedad de Medicina Interna: http://www.smiba.org.ar/revista/vol_04/04_06.htm
- Coque L. (2011). *Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del hospital Carlos andrade Marin* . Recuperado el 10 de mayo de 2014, de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/3154/TESIS%20GRADUACION.pdf?sequence=1>
- Giuseppe C, Rofert F, Zanchett A, Krzysztow N. (2013). *Guías 2013 para el manejo de la Hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión arterial y la Sociedad Europea de Cardiología*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2013, de Journal of hypertension: <http://diabeteshospitalcordoba.com/2013/08/22/guias-2013-para-el-manejo-de-la-hipertension-arterial-de-la-sociedad-europea-de-hipertension-arterial-y-sociedad-europea-de-cardiologia/>
- Guerra T, Guerrero A, Diaz E, Mujica K, Vidal A. (2010). *La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes hipertensos* . Recuperado el 10 de Abril de 2014, de Revista Cubana de Enfermería:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-319201000020007&script=sci_arttext
- Guisepe M, Guy B, Dominiczak A, Fagard R. (2007). *Guías de práctica clínica para el tratamiento de Hipertensión Arterial*. Recuperado el 3 de Octubre de 2013, de Rev. Esp. Cardiología.: <http://www.revespcardiolo.org>
- Guzman V. (2012). *Cumplimiento de metas en la hipertension arterial en relacion con la adherencia al tratamiento en oacientes mayores de 65 años del hospital IESS Ambato*. Recuperado el 10 de Mayo de 2014, de <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3166>
- Holguín L, Correa D, Arivillaga M, Caceres D, Varrela M. (2009). *adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biospsicosocial*. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, de Red de revistas Cientificas de America Latina:
<http://www.redalyc.org/pdf/647/64750309.pdf>

- Ingramo R, Vita N, Bendersky M, Bellido C. (2005). *Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento*. Recuperado el 17 de octubre de 2013, de Rev. Red. Arg. Cardiol.: <http://www.fac.org.ar/revista/05v34n1/hta/ingramo.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *enfermedad renal crónica e hipertensión arterial en la población Ecuatoriana*. Recuperado el 28 de Octubre de 2013, de http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_st.
- Lara P, Báez P, Bohórquez R, botero R. (2007). *Guías Colombianas de Hipertensión arterial*. Recuperado el 2 de Diciembre de 2013, de Revista Colombiana de cardiología : http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/04-GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL-2007.pdf
- Lombera F, Vivencia A, Arcos F, Placer L. (2013). *Guías de la práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión arterial*. Recuperado el 20 de diciembre de 2013, de Rev. Esp .Cardiol.: <http://www.revespcardiol.org.es/guias-pactica-clinica-sociedad-espanola/articulo/13041317/>
- López E. (2013). *Factores influyentes sobre la adherencia terapeutica en pacientes hipertensos del Hospital Pablo Arturo Suarez*. Recuperado el 10 de Abril de 2014, de http://repositorio.puce.edu.ec/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=80&etal=-1&null=&starts_with=F
- López J, Almirall D, Borrel A, Mañe N, Vilas A. (2012). *Intervención educativa y psicológica para la adherencia al tratamiento de la hipertensión*. Recuperado el 3 de Mayo de 2014, de Revistaseden: http://www.revistaseden.org/files/2857_207-212.pdf
- Mancia G, Guy B, Dominizack B, Cifkova R. (2007). *Guías de práctica Clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2013, de Sociedad europea de Hipertensión: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13109650&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=106&accion=L&origen=cardio&web
- Martin A. (2009). *Adherencia al tratamiento en hipertensos*. Recuperado el 10 de Mayo de 2014, de Rev. Cubana de salud pública: <http://www.tesis.repo.sld.cu>
- Meena S, Kamran R. (2011). *Hypertension Wright State School of Medicine EEUU*. Recuperado el 2 de Octubre de 2013, de medscape: <http://emedicine.medscape.com/article/241381-overview>
- Mendez F, Vivencio A, Arcos F, Peralta L, Cruz J. (2000). *Guía de práctica Clínica de la Sociedad española de Cardiología*. Recuperado el 24 de Noviembre de 2013, de Rev. Esp. Cardiol.: <http://www.revspcardiol.org>
- Molina R, Garcia L, Guija E, Ortega M, Gonzalez A, soroche B. (2006). *Manual de hipertensión arterial en la Práctica clínica de atención primaria*. Recuperado el 15 de diciembre de 2013, de Sociedad andaluza dde Medicina de la Familia : http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienesomos/novedades/manual_hipertension_arteria_junio_2006.pdf
- Nogues S, Villar G. (2007). *Instrumentos de medidad de adherencia al tratamiento*. Recuperado el 7 de Enero de 2014, de Scielo. Ander. Medicina . Interna.: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>
- Ogden J, Mann N. (2009). *Adehencia al tratamiento*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2013, de Revista de psicología clínica medica: <http://www.psicologiamedica.org.uy.pdfs/protocolo3.pdf>
- Orueta R. (2006). *Evidencias para favorecer y mejorar la adherencia terapeutica*. Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de Revista Clínica de Medicina de la Familia :

- http://www.fundapoyarte.org/contenidos/estrategias%20para%20mejorar%20la%20adherencia%20a%20los%20tratamientos_.pdf
- Pardell H. (2007). *La Hipertensión arterial en España*. Recuperado el 8 de Octubre de 2013, de Liga española para la Lucha contra Hipertensión arterial : <http://www.revespcardiol.org/cardio/ctl>
- Piñeiro F, Donís M Orozco D, pastor R, Merino J. (1998). *Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipidemia*. Recuperado el 3 de Enero de 2014, de Revista Elsevier : <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica2/articulo/relacion-entre-el-cumplimiento-de.20607>
- Posligua W, Mcdermott J, Cuello C. . (2009). *Adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial en pacientes del hospital Clínica Kennedy*. Recuperado el 1 de Abril de 2014, de LILACS Revista: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/viewFile/296257>
- Salazar J. (2011). *Prevalencia de adherencia y factores asociados a la terapéutica farmacológica y no farmacológica antihipertensiva*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3532/1/MED58.pdf>
- Sanate E. (2004). *Adherencia los tratamientos a largo plazo*. Recuperado el 28 de Octubre de 2013, de Rev. Esp.: www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/pcc-accp-pubs.htm
- Sanchez N. (2006). *Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica*. Recuperado el 7 de Enero de 2014, de Rev. Mex. Enf. Cardiol.: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enf/en2006/en063d.pdf>
- Sanchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G. (2007). *Guías latinoamericanas de Hipertensión arterial*. Recuperado el 10 de Octubre de 2013, de Rev. Chil. cardiol.: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12>
- Schmidt R, Cruz F, Villaverde C. (2006). *Aherencia terap.* Recuperado el 11 de Noviembre de 2013, de Revista scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s11322962006000200005&Ing=pt
- Silva E, Galeno E, Correa O. (2005). *Adhrencia al tratamiento Implicaciones de la no adherencia*. Recuperado el 2 de Noviembre de 2013, de Red de revistas científicas de America Latina, Caribe, España y Portugal.: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?idj=163113820004>
- Valdivieso M. (2009). *Adherencia al tratamiento desde la perspectiva de la medicina de la familia en pacientes con Hipertensión arterial*. Recuperado el 5 de Octubre de 2013, de Revista de la Universidad del Azuay La verdad: <http://www.diagnostico.org/revistas>
- Vinaccia S, Quiceno J, fernandez H, Gaviria A, Chavarria F. (2006). *Apoyo Social y adherencia al tratamiento hipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial*. Recuperado el 5 de Marzo de 2014, de Rev. Informes Psicológicos: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_REGRADOS_/PGV2:MO3000400200_PSIKOLOGIA/PGV2_M030040020110_REVISTA/PGV2_M030040020110020_REVISTA8/ARTICULO%20NA06.pdf
- Zanchetti A. . (2001). *Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión arterial*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Journal of Hypertension : http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

- SPRINGER. Ferrario C. (Octubre de 2012). *Importance of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System (RAS) in the Physiology and Pathology of Hypertension*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2013, de <http://link.springer.com/article/10.2165/00003495-199000392-00002>
- SPRINGER. Lebeau J, Cadwalladar J, Auger I , Mercier A , Pasquet I , Rush E. (Julio de 2014). *The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review*. Recuperado el 1 de Abril 1 de 2014, de <http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2296-15-130>
- SPRINGER. Ribeiro A, Debert M. (Octubre de 2012). *Epidemiological and Demographic Considerations Hypertension in Underdeveloped Countries*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2013, de <http://link.springer.com/article/10.2165/00003495-198600314-00004>
- SPRINGER. Puras A, Sanchis C,Artiago L, Division A. (junio de 1998). Recuperado el 15 de Marzo de 2014, de <http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1007483916158>
- SPRINGER. Roca A. (Diciembre de 1993). *Lowering Blood Pressure*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2013, de <http://link.springer.com/article/10.2165/00003495-199300462-00004>

Anexo 1.- Consentimiento informado

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad de ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación sin riesgo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregunte a la persona encargada del estudio.

1. INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIO

TITULO DE LA INVESTIGACION

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al subcentro de salud de Huachi chico de la ciudad de Ambato.

DONDE SE VA A DESARROLLAR EL ESTUDIO

El estudio se realizara en el Subcentro de salud Huachi chico

INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIO DE INVESTIGACION

Este estudio de investigación es dar a conocer cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico, con el fin que el paciente y el profesional de salud tomen conciencia sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, para desarrollar y diseñar estrategias para identificar, mejorar o fortalecer la adherencia.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la investigación es determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico.

PLAN DE ESTUDIO

A las personas que decidan participar voluntariamente participar en el estudio se les aplicara el instrumento mencionado, que será diligenciada por la investigadora de este estudio en un tiempo de 15 a 20 minutos. Podrán participar en este estudio pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial y que se encuentren en tratamiento, que acepten participar voluntariamente y que estén en capacidad física y mental de contestar el cuestionario.

BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Al participar en el estudio, usted tendrá la oportunidad que sean identificadas sus necesidades y se informe a los profesionales de la salud en donde usted recibe atención, para que en conjunto resuelvan problemas detectados y buscar posibles soluciones.

RIESGOS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Este estudio está clasificado como sin riesgos ya que no se conocen de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en este estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria.

CONSENTIMIENTO

Yo _____, con CC. N° _____ y como paciente acepto participar en la investigación de manera voluntaria teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre las acciones que se realizarán, los objetivos, así como los riesgos y beneficio que representara en un futuro para los pacientes que padezcan la misma enfermedad.

Declaración de la Investigadora

De manera cuidadosa he explicado la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basada en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado, entienden la naturaleza, los requisitos, riesgos y beneficios involucrados por participar en este estudio

Firma Participante

Fecha

Firma Investigadora

Fecha

Anexo 2. - Test de Morisky-Green

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	SI 0 NO 1
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI 1 NO 0
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	SI 0 NO 1
Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	SI 0 NO 1

Se considera a un paciente adherente al tratamiento farmacológico cuando la respuesta de todas las preguntas es adecuada (no, sí, no, no) en total 4 puntos y no adherente cuando en una o más repuestas no es adecuada (si, no, sí, sí)

Anexo 3.- Encuesta 1

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA MEDICINA

Tema: Determinar cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud Huachi chico.

Objetivo: el siguiente cuestionario tiene como finalidad comprobar los objetivos específicos de a investigación.

1.- ¿Usted participa de manera activa en la toma de decisiones relacionadas con su enfermedad señale cuál o cuáles?

- Sugiere horario de toma de medicación () 1 punto
- Sugiere fecha de próxima consulta médica () 1 punto
- acuerdos con el medico sobre cambios en el estilo de vida () 1 punto
- Usted y su médico analizan, como cumplir el tratamiento () 1 punto

2.- ¿Acoge y cumple con los consejos dados por su profesional de salud señale cuál o cuáles?

- disminuir el consumo de sal () 1 punto
- dejar de fumar () 1 punto
- realizar actividad física al menos 5 días a la semana por 30 a 45 minutos () 1 punto
- dejar o disminuir el consumo de alcohol menos de 30 ml en hombres y menos de 15 ml en mujeres por día () 1 punto

4.- ¿Asiste periódicamente a los controles médicos señale la opción?

- Un control cada tres meses () 1 punto
- Acude a control médico si presenta algún tipo de sintomatología () 1 punto
- Acude a control médico cuando lo indica su profesional de salud () 1 punto

Gracias por su colaboración

Para efectos de la investigación se agregara 1 punto a cada ítem de las preguntas en total de la encuesta 11 puntos a los que se suma la puntuación del test de Morisky Green para determinar el nivel de adherencia así 15-13 nivel alto 12-10 medio y menos de 10 bajo

Anexo 4.- Encuesta 2

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA MEDICINA

Tema: Determinar cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud Huachi chico.

Objetivo: el siguiente cuestionario tiene como finalidad comprobar los objetivos específicos de a investigación.

Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Nivel de escolaridad: _____

Factores de la Enfermedad

Conteste marcando con una X ¿Cuantos años de diagnóstico de hipertensión arterial tiene
1 a 5 años..... 6 a 10 años..... 10 a 15 años..... Más de 15 años..... No
sabe.....

Factores del paciente

Conocimientos

1.-Conteste marcando con una X los planteamientos que considere verdaderos:

- a)——La hipertensión es una enfermedad que se padece toda la vida. (1 punto)
- b)——La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación. (1 punto)
- c)——La medicación de esta enfermedad no la cura, solo controla los síntomas. (1 punto)
- d)___Cualquier antihipertensivo me sirve para controlar mi presión (1 punto)

4 puntos tienen un nivel alto de conocimiento ,3 puntos medio, 2 o menos bajo

Creencias

2.-Conteste marcando con una X los planteamientos que considere verdaderos:

- a) ___ Considero que el tratamiento no es efectivo para resolver mi problema de salud. (1 punto)

b) ____ Los remedios naturales son más efectivos que la medicación ya que esta es venenosa o toxica para el cuerpo. (1 punto)

c) ____ Ya tomé mis medicamentos para la presión durante un tiempo. Me siento mucho mejor ahora. Pienso que sería hora de dejarlos. (1 punto)

c) ____ No necesito realizar ejercicio ni disminuir el consumo de sal ya que la medicación sola controla mis niveles de presión arterial. (1 punto)

4 puntos tienen un nivel alto creencias incorrectas, 3 puntos medio, 2 o menos bajo

Factores del tratamiento

3.-Conteste marcando con una X los planteamientos que considere verdaderos:

a) ____ No tengo dinero para comprar la medicación. (1 punto)

b) ____ Cuando acude a la consulta médica ha dejado de tomar la medicación porque ya se le terminó y espero a acceder a una consulta para adquirirla. (1 punto)

c) ____ Existe frecuente falta de medicamentos en la farmacia del centro de salud al cual acude. (1 punto)

a) ____ Mis familiares tampoco me ayudan en la adquisición de medicación cuando no puedo conseguirla en la farmacia. (1 punto)

4 puntos tiene un bajo acceso a los medicamentos 3 y 2 nivel medio acceso a los medicamentos y 0 tienen un alto acceso a la medicación

Factores del sistema de salud

Acceso a la consulta médica

a) Conteste marcando con una X, Le resulta difícil acceder a una consulta médica

SI () NO () si 1 punto No 0 puntos

b) No acude al subcentro de salud debido a que este se encuentra lejos de su domicilio.

SI () NO () si 1 punto No 0 puntos

- c) Accede a una consulta médica después del periodo establecido para su próximo control médico.

SI () NO () si 1 punto No 0 puntos

- d) Cuando presenta algún tipo de sintomatología extraña (dolor intenso de cabeza, mareo, sangrado nasal) y acude al subcentro sin turno para la consulta le ayudan asignándole un turno.

SI () NO () si 1 punto No 0 puntos

4 puntos tienen un nivel alto de acceso, 3 nivel medio y 2 o menos bajo.

Calidad de cita Médica

- a) El médico se muestra impaciente y sin interés durante la consulta.

SI () NO () si 0 punto No 1 punto

- b) El médico le explica con énfasis la importancia de realizar el tratamiento.

SI () NO () si 1 punto No 0 puntos

- c) Entiende las indicaciones médicas dadas verbalmente y por escrito acerca del tratamiento

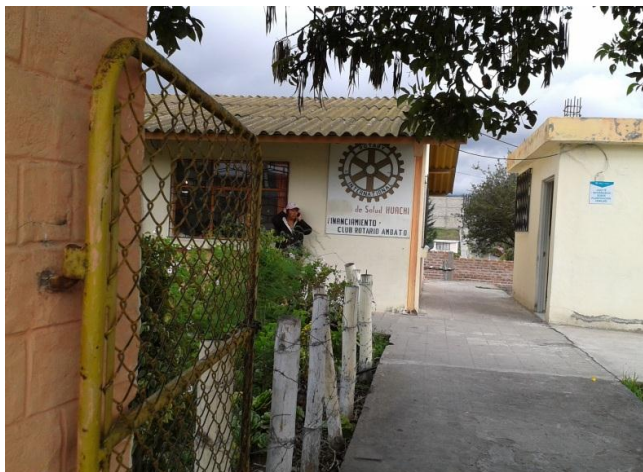
SI () NO () si 1 punto No 0 puntos

3 puntos buena calidad de cita médica, 2 puntos regular calidad y 2 o menos mala calidad de cita médica.

Gracias por su colaboración

Anexo 5.- Fotografías

Instilaciones externas del subcentro de salud Huachi Chico



Reunión con los pacientes



Pacientes llenando los instrumentos



Pacientes llenando los instrumentos



Archivo estadístico del subcentro



Revisión de historias clínicas



Anexo 6.- Tríptico

Recomendaciones para tomar la medicación:

- Conozca los medicamentos que toma
- Evite tener medicamentos que no tiene que tomar
- Mantenga la medicación a la vista.
- Combine la toma de medicación con alguna actividad diaria
- Tómese los medicamentos a la misma hora para establecer un hábito diario, al igual que hace cuando se lava los dientes, desayuna o cena.
- Ponga una alarma para recordar que tiene que tomar un medicamento a una hora concreta
- Informe a sus familiares y amigos sobre su plan de medicación para que se lo puedan recordar.
- Recuerde llevarse los medicamentos cuando salga de casa y luego asegúrese de tomarlos a la hora indicada
- Acuda al subcentro de salud antes de tiempo para no quedarse sin medicación

RECUERDE: NUNCA ABANDONE EL TRATAMIENTO LA HIPERTENSION ARTERIAL NO SE CURA LA ACOMPAÑARA POR TODA LA VIDA, CUIDE SU VIDA Y EVITE SUS COMPLICACIONES



Adherencia al tratamiento

Asumir normas o consejos dados por el médico o equipo de salud, más la participación activa del paciente sobre acciones y decisiones con respecto a su enfermedad.

Comprende varios aspectos:

1. La planificación y mantenimiento de un tratamiento
2. La concurrencia a las consultas de control.
3. El uso correcto de la medicación prescrita
4. Los cambios de estilo de vida requeridos (dieta, ejercicio, abandono de hábitos nocivos)
5. Evitar conductas contraindicadas (no usar alcohol, tabaco)

CONSECUENCIAS DE LA HIPERTENSIÓN NO TRATADA

Una persona hipertensa puede presentar efectos dañinos sobre diferentes órganos y sistemas del organismo:



Aumenta de tamaño, angina de pecho, infartos e insuficiencia cardiaca.



Hemorragia e isquemia cerebral.



Insuficiencia renal.



Oftalmopatía hipertensiva, visión borrosa, y ceguera.



Aneurismas y Aterosclerosis

Hipertensión arterial



Es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg.

FACTORES QUE PREDISPONEN LA HIPERTENSIÓN

- × Obesidad
- × Consumo importante de alcohol
- × Estrés
- × Falta de ejercicio (Sedentarismo)
- × Consumo excesivo de sal.
- × Tabaquismo
- × Medicamentos (anticonceptivos orales, antiinflamatorios, antigripales).
- × Hiperlipidemia (Colesterol alto o triglicéridos altos)
- × Diabetes Mellitus
- × Edad
- × Genética



Sintomas

- Dolor de cabeza
- Dificultad para respirar
- Sangrados por la nariz
- Sonidos en los oídos
- Dificultad para dormir
- Confusión
- Fatiga
- Sudoración profunda
- Visión borrosa



Diagnostico

Es una enfermedad asintomática que se diagnostica después de varios años de presentarse.

Las manifestaciones clínicas así como los factores de riesgo son pilares fundamentales en el diagnóstico.

- Toma de presión arterial mayor a 140/90 mmHg

Tratamiento

Medidas no farmacológicas

- Pérdida de peso
- Disminuir el consumo de sal
- Realizar actividad física
- No consumir alcohol
- Dejar de fumar
- Consumir alimentos ricos en potasio

TRATAMIENTO

FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

- * **Diuréticos:** Disminuyen el volumen sanguíneo. Ejemplos: *hidroclortiacida, furosemida, amilorida.*
- * **Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA):** Favorecen la dilatación de los vasos sanguíneos. Ejemplo: *Captopril.*
- * **Antagonistas de los receptores de la Angiotensina II (ARA II):** Disminuyen el volumen sanguíneo. Ejemplo: *Losartán.*
- * **Bloqueadores de los canales de Calcio (BCC):** Evita la contracción vascular periférica. Ejemplo: *Nifedipino.*
- * **Betabloqueadores (BB):** Disminuye la frecuencia cardíaca y produce vasodilatación. Ejemplo: *Propranolol.*
- * **Alfabloqueadores (AB):** Vasodilación de las arterias. Ejemplo: *Fentolamina.*
- * **Vasodilatadores (VD):** Actúan vasodilatando venas o arterias. Ejemplo: *Hidralacina, minoxidil, diazóxido, nitroprusiato, etc*



La hipertensión arterial como enfermedad crónica exige el cumplimiento permanente de las medidas farmacológicas como no farmacológicas lo cual implica que el paciente se adhiera correctamente al mismo.