



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

**DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. BARRIO LA
INMACULADA, GUANO, ENERO A JUNIO 2016**

CARMEN ISABEL ZÚÑIGA VACA

**Trabajo de titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo
presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH,
como requisito parcial para la obtención del grado de:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

RIOBAMBA – ECUADOR

Diciembre, 2016



ESCUELA SUPERIOR POLTECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado: DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. BARRIO LA INMACULADA, GUANO, ENERO A JUNIO 2016, de responsabilidad de la Autora: Carmen Isabel Zúñiga Vaca, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal:

Dr. Rubén Darío García Núñez; MSc

PRESIDENTE

FIRMA

Dra. Esther María Chagoyén Méndez; Esp

DIRECTORA

FIRMA

Dr. Segundo Julián Chuquizala Chafla; MSc

MIEMBRO

FIRMA

Dr. Leonel Rodríguez Álvarez; MSc

MIEMBRO

FIRMA

Riobamba, Diciembre de 2016

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Dra. Carmen Isabel Zúñiga Vaca, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA

No. CÉDULA: 060323095-4

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Dra. Carmen Isabel Zúñiga Vaca, declaro que el presente **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente están debidamente citados y referenciados.

Como autor/a, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este proyecto de investigación de maestría.

Riobamba, diciembre 2016.

Carmen Isabel Zúñiga Vaca
FIRMA

No. CÉDULA: 060323095-4

DEDICATORIA

Este trabajo muy singular por cierto está dedicado en primer lugar a mi constancia y dedicación, al apoyo incondicional que me han brindado mis padres Hernán e Isabel, a la inspiración de cada una de mis horas de trabajo que es mi tierna hija Paula Daniela y finalmente a cada uno de mis pacientes con hipertensión arterial que me confiaron su salud a mi cuidado y abnegación.

Carmen Isabel

AGRADECIMIENTO

Expreso mi eterno agradecimiento a cada uno de los pacientes con hipertensión arterial que formaron parte de este estudio, a sus familias por el apoyo prestado y de una forma muy especial mi gratitud por el apoyo constante de los médicos de la Brigada Médica Cubana en Chimborazo, a mis tutores de tesis, el Dr. Julián Chuquizala y al Dr. Leonel Rodríguez por ser el referente de mi formación académica, a mis tutoras docentes, la Dra. Niurka Ginorio Suárez y la Dra. Esther María Chagoyén Méndez, que durante el transcurso de estos 3 años de Postgrado me han impartido su experiencia, su amor a la profesión y su don de gente, a los compañeros de la unidad asistencial docente del Centro de Salud de Guano, ya que me permitieron crecer como profesional, compañera y amiga.

Carmen Isabel

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
 CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	5
1.1.1 <i>Formulación del Problema</i>	9
1.2 Justificación de la investigación	10
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	14
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	14
1.4 Hipótesis	17
 CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes del problema	18
2.2 Bases teóricas	28
2.2.1 <i>Hipertensión Arterial</i>	28
2.2.1.1 <i>Definición de hipertensión arterial</i>	28
2.2.1.2 <i>Clasificación de la hipertensión arterial</i>	29
2.2.1.3 <i>Estudios complementarios</i>	31
2.2.1.4 <i>Tratamiento</i>	31
2.2.1.5 <i>Selección del medicamento</i>	38
2.2.2 <i>Delimitación conceptual del término Adherencia al tratamiento</i>	39
2.2.2.1 <i>Clasificación del paciente en relación a la adherencia</i>	41
2.2.2.2 <i>Tipos de no adherencia al tratamiento farmacológico</i>	41
2.2.2.3 <i>Niveles de adherencia</i>	42
2.2.2.4 <i>Métodos para medir la adherencia</i>	44

2.2.3	<i>Delimitación de factores influyentes en la adherencia al tratamiento</i>	46
2.2.3.1	<i>Efectos adversos del tratamiento farmacológico</i>	50
2.2.3.2	<i>Principales factores predisponentes a los efectos adversos</i>	51
2.2.3.3	<i>Modelos de abandono terapéutico</i>	53
2.3	Estrategia de intervención educativa	53
2.4	Marco conceptual	59

CAPÍTULO III

3.	METODOLOGÍA	60
3.1	Tipo y diseño de la investigación	60
3.2	Población de estudio	60
3.3	Variables	61
3.3.1	<i>Identificación</i>	61
3.3.2	<i>Operacionalización</i>	62
3.4	Características del instrumento	68
3.4.1.	<i>Validación del instrumento</i>	68
3.5	Procedimientos	69
3.6	Procesamiento y análisis de datos	70
3.7	Diseño de la estrategia de intervención educativa	70
3.8	Aspectos éticos	72

CAPÍTULO IV

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	73
4.1	Resultados y Discusión	73

CAPÍTULO V

5.	PROPUESTA	92
	CONCLUSIONES	116
	RECOMENDACIONES	117
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según variables demográficas, La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	75
Tabla 2: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según variable clínica, La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	79
Tabla 3: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según esquema terapéutico. La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	80
Tabla 4: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según asistencia a consulta médica, La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	81
Tabla 5: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según adherencia al tratamiento farmacológico, La Inmaculada, enero a junio del 2016.	83
Tabla 6: Pacientes con hipertensión arterial según conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	84
Tabla 7: Pacientes con hipertensión arterial según dimensiones del conocimiento de la adherencia terapéutica, La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	86
Tabla 8: Pacientes según conocimiento y adherencia terapéutica de hipertensión arterial.La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	88
Tabla 9: Pacientes con hipertensión arterial según variables demográficas y adherencia al tratamiento farmacológico, La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	88
Tabla 10: Pacientes con hipertensión arterial según esquema terapéutico y adherencia al tratamiento farmacológico. La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	99
Tabla 11: Pacientes con hipertensión arterial según asistencia a consulta médica anual y adherencia al tratamiento farmacológico. La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	90
Tabla 12: Pacientes hipertensos según tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico.....	91

INDICE DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Figura 1: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según adherencia al tratamiento farmacológico, La Inmaculada, enero a junio del 2016....	82
Figura 2: Pacientes con hipertensión arterial según dimensiones del conocimiento de la adherencia terapéutica, La Inmaculada, enero a junio del 2016.....	85

RESUMEN

La investigación diseño de estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del barrio La Inmaculada, Guano, realizada de enero a junio del 2016, fue un estudio descriptivo, correlacional, transversal. El universo estuvo constituido por 40 pacientes con hipertensión arterial del barrio la Inmaculada del Cantón Guano, en la de recolección de información se aplicó una entrevista, elaborada en Word 2010, que incluyó 24 preguntas con el objetivo de caracterizar a la población en estudio y determinar el conocimiento, además se aplicó el Test de Morisky Green para valorar con 4 preguntas la adherencia terapéutica. Los datos fueron ingresados en una base de datos elaborada en Excel 2010 y analizados con el Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versión 17, se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Fisher para la correlación las variables con un nivel de significancia del 0,05. Se encontró que el 37,5% (n=15) de pacientes fueron de 48 a 64 años y de 75 años y más, 60% (n=24) del sexo femenino, 55 % (19) amas de casa, 62,5% (n=5) con instrucción básica, 47,5% (n=20) casados, 42,5% (n=17) con dislipidemia. El 90% (n=36) con monoterapia y el 50% (n=20) asistió a 1 o 2 consultas de control anual. El 82,5% (n=33) no se adherían a la fármaco terapia y el 65% (n=26) poseían conocimiento no satisfactorio sobre adherencia terapéutica. Existió una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la adherencia terapéutica ($p=0,039$), asistencia a consulta médica anual y adherencia terapéutica ($p=0,023$). Se concluye que el conocimiento sobre adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial es no satisfactorio, se recomienda al Centro de Salud de Guano, la aplicación de la estrategia de intervención educativa que tendrá un impacto favorable para reforzar el conocimiento y lograr la adherencia farmacológica.

Palabras Clave: <TECNOLOGIA Y CIENCIAS MEDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <FARMACOLOGIA>, <HIPERTENSIÓN ARTERIAL>, <ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO>, <SINCRONÍA>, <CONOCIMIENTO DE ADHERENCIA FARMACOLOGICA.>, <INMACULADA (BARRIO)>, <GUANO (CANTON)>.

ABSTRACT

The research called educational intervention strategy design on pharmacological treatment adherence on patients suffering from high blood pressure belonging to Inmaculada neighborhood located in Guano, this research was carried out from January to June 2016 and consisted on a descriptive, correlational and transversal study. The universe was made up of 40 patients suffering from high blood pressure belonging to Inmaculada neighborhood located in Guano, for collecting the information it was necessary to apply a Word 2010-based interview containing 24 questions to characterize the population to be studied as well as determining the knowledge. In addition, a four-question Morisky Green Test was applied to evaluate the therapeutic adherence. The data were registered on an Excel 2010 data base and analyzed with the Statistical Program for Social Sciences (SPSS) version 17, for this, chi square and Fisher tests for the variables correlation were used with a significance level of 0,05. It was evidenced that 37,5% (n=15) of patients aged from 48 to 64 and 60% more than 75 years (n=24) female, 55% (19 housewives), 62,5% (n=5) with basic studies, 47,5% (n=20) married, 42,5% (n=17) dyslipidemia.90% (n=36) with monotherapy and 50% (n=20) attended to one or two yearly medical checks. 82, 5% (n=33) were not adherent to pharmacotherapy and 65% (n=26) had non satisfactory knowledge about therapeutic adherence. There was a significantly statistical relation between knowledge and therapeutic adherence (P=0,039), the attendance to a yearly medical check and therapeutic adherence (p=0,023). It is concluded that the knowledge about therapeutic adherence to the traditional treatment is not satisfactory, it is recommended for the Health Center of Guano to apply the educational intervention strategy which will have a beneficial impact in order to reinforce the knowledge and achieve the pharmacological adherence.

Kew words:<MEDICAL SCIENCE AND TECHNOLOGY>, <MEDICINE FOR THE FAMILY>, <PHARMACOLOGY>, <HIGH BLOOD PRESSURE>, <ADHERENCE TO THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT>, <SYNCHRONY, PHARMACOLOGICAL ADHERENCE KNOWLEDGE>, <INMACULADA (NEIGHBORHOOD)>, <GUANO (COUNTY)>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad las enfermedades crónicas se han convertido en un serio problema de salud pública, son consideradas como las primeras causas de morbilidad y mortalidad de todos los países del mundo, así la hipertensión arterial constituye una de las patologías que más preocupación y seguimiento por parte de los equipos de salud tiene.

La hipertensión arterial es considerada como una enfermedad silenciosa que la padecen billones de personas a nivel mundial y cuyas tendencias para los próximos 20 años es poco alentadora debido a las altas tasas de mortalidad, provocadas por sus complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, las mismas que pudieran ser prevenidas si los pacientes y el personal médico se concientizaran del gran compromiso y la importancia que tiene esta patología.

En la actualidad sin embargo la historia natural de la enfermedad puede ser modificada y mejorar el pronóstico de la misma, si se la diagnosticara tempranamente, si se instaurase un tratamiento farmacológico personalizado y si se evaluaría con cierta frecuencia el grado de adherencia que van teniendo los pacientes hipertensos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) plantea que la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas también es un tema prioritario de salud pública. El asunto primordial en el manejo de la hipertensión arterial es lograr una adherencia óptima de los pacientes al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico a fin de garantizar la reducción de la morbimortalidad.

La falta de adherencia del paciente al tratamiento es uno de los problemas más significativos con los que se debe lidiar en el manejo de los pacientes crónicos y especialmente en la hipertensión arterial. La adherencia comprende una serie de comportamientos, actitudes y practicas acompañado de la voluntad y decisión del paciente

de continuar progresivamente con la administración de la medicación, de asistir a las consultas medicas de control, a mejorar su estilo de vida y de evitar ciertos factores de riesgo, ya que la poca o no adherencia que logre llevara al aparecimiento de complicaciones, a la reducción de su calidad de vida y a la perdida de recursos.

Flores (2014) hace referencia a que “las tasas de adherencia al régimen terapéutico indicado son bajas, y se deterioran con el correr del tiempo, aproximadamente el 20% de la población mundial padece hipertensión arterial (HTA) y sólo entre el 3% y el 4% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo” (p.12). Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos sería la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicación es sugeridas por el médico tratante. (Bergstrom J, 1985).

La literatura médica hace referencia que “existe entre un 16% y un 33% de los pacientes hipertensos tratados que abandonan el tratamiento, así se destacan varios estudios, como el de Jones han demostrado que sólo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, y el estudio de Greenbur confirma que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento. Además el 50% de los pacientes que permanecen bajo tratamiento no toman correctamente la medicación”. (Flores 2014, p. 12)

Considerando que la adherencia no solo se refiere al consumo de los medicamentos sino también a las recomendaciones que realiza el médico sobre las consecuencias del abandono, cambios de la medicación sin indicación del médico o modificaciones de la sincronía, afirman ciertos estudios que estos aspectos están influenciados por varios factores entre los más importantes los relacionados con el paciente, de la relación medico paciente y de la cobertura de los sistemas de salud.

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores debido a la influencia de los marcadores demográficos y sociales de estos países, sin duda en un

entorno no favorable es muy difícil que los pacientes sigan un esquema y recomendaciones del tratamiento apropiado.

A pesar de existir un tratamiento eficaz para lograr un control adecuado de la hipertensión arterial, se estima que un gran porcentaje de los pacientes abandonan por completo la atención a partir del primer año de diagnóstico, el 50% de los que permanecen bajo supervisión médica toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos. (OMS, 2004).

“En consecuencia debido a la deficiente adherencia al tratamiento aproximadamente el 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial no logra el control óptimo de la presión arterial”. (Caro, Payne, 2002).

La adherencia considerada como una prioridad en el manejo de los pacientes crónicos, ha sido objeto de estudio en la última década entre los profesionales de la salud, ciertos estudios de América Latina han enfatizado la no adherencia al tratamiento farmacológico como una desventaja para el control y prevención de complicaciones, en Ecuador estudios de pre grado o de especialidad en los hospitales de mayor influencia en ciudades como Quito, Cuenca, Loja y Guayaquil han reportado sus intervenciones de adherencia a la terapéutica farmacológica.

Los resultados no son alentadores ya que se observan conclusiones de baja adherencia, todas ellas influenciadas por muchos factores de índole individual, médico y del sistema de salud, como también la complejidad del manejo terapéutico, el número de medicamentos a tomar, la cantidad de dosis y de tabletas por dosis, ya que también son factores que influyen en la adhesión. Asimismo los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos, o las interferencias medicamentosas son reportados como causas del abandono del tratamiento.

Problemática que contrasta con la política actual de salud en donde se han invertido grandes sumas del presupuesto nacional y se trata de crear protocolos de manejo exclusivos, entrega de medicación gratuita y atención intra y extra mural personalizada. Sin embargo en algunas ocasiones se ve insuficientes los esfuerzos individuales, familiares y los gubernamentales ya que las características de ciertas patologías como la misma

hipertensión arterial en donde el inicio de la enfermedad, los síntomas inespecíficos de inicio repercute en el hecho de que el paciente tenga poco o nada de la percepción de riesgo influenciando este particular en la falta de adhesión regular al tratamiento.

En la práctica diaria se ha visto que los pacientes que han tenido experiencias personales o familiares de eventos relacionados con trastornos cardiovasculares o cerebrovasculares o en los que han fallecido con complicaciones relacionados con la HTA se cree que a partir de ese hecho han logrado una mayor concientización del riesgo y la tendencia a mejorar la adherencia.

Por todo lo referido “la adherencia a la terapéutica del paciente portador de HTA es considerada hoy día un reto terapéutico” (Sánchez, Ayala, 2010; 29:117). Por lo que se plantea que los pacientes necesitan asesoramiento continuo, apoyo e información de los profesionales de la salud para poder comprender la importancia de mantener el control de la presión arterial, información para usar sus medicamentos racionalmente, para aprender cómo tratar las dosis perdidas y cómo identificar los fenómenos adversos y qué hacer cuando ocurren.

Así en la tendencia a la atención a pacientes hipertensos es importante compartir esta responsabilidad con un equipo multidisciplinario de la salud como un requisito esencial para que el paciente no este solo en este proceso de adherencia y logre un buen control de su enfermedad.

En la Provincia de Chimborazo no se han realizado estudios específicos que traten de identificar a la adherencia como una prioridad de estudio, quizás sobre incidencia de hipertensión arterial en grupos específicos se han logrado algunos estudios, en el Cantón Guano, no se han realizado estudios similares por lo que se vio la necesidad de diseñar una estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del barrio la Inmaculada del Cantón Guano, en el período de enero a junio de 2016 y en lo posterior quizás multiplicar los resultados en poblaciones de iguales características y así mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología de tanta importancia clínica, económica y social.

1.1 Planteamiento del problema

La hipertensión arterial sistémica en la actualidad sigue constituyendo el principal factor de riesgo cardio vascular que ocasiona la mayor cantidad de muertes en el mundo y afecta tanto a hombres como a mujeres. Se estima que la presión arterial por encima de 140/90 mm Hg afecta alrededor del 30% de la población adulta, y que una tercera parte de ellos desconoce su enfermedad y que uno de cada tres personas que se está tratando por hipertensión no consigue mantener su presión arterial por debajo del límite de 140/90 mm Hg debido a la falta de adherencia al tratamiento. (OMS, 2013).

“Al ser una patología crónica la hipertensión arterial se halla distribuida a nivel mundial por lo que se calcula que en el mundo la padecen más de mil millones de habitantes”. (OMS.2013). En Ecuador según el reporte de las estadísticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud del 2013, la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 25 años y más es en hombres del 32,3 % y en mujeres de 23,9 %, lo que representa que aproximadamente tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos; de estos, el 41 % saben que padecen la enfermedad, reciben tratamiento un 23 % y tienen un control adecuado apenas el 6,7 %.

Luego de la dispensarización de 1327 habitantes de los barrios de La Merced y La Inmaculada del Cantón Guano se identificó una tasa de incidencia de hipertensión arterial de 3.1 por cada 100 habitantes con predominio en el sexo femenino, para una prevalencia de 2,6 por cada 100 habitantes de la población en estudio y con una significativa predisposición en el sexo femenino, datos reportados en el Diagnóstico Situacional de Salud 2014, dato que concuerda con los reportes de otros estudios similares realizados en otras provincias del país en donde también se identificaron ciertos factores predisponentes para esta patología como “al aumento de la población, el envejecimiento, factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta insana, los hábitos tóxicos, el sedentarismo, el sobrepeso, la misma herencia y la exposición prolongada al estrés”, todos estos presentes en la comunidad en estudio. (OMS, 2004).

Se plantea que los objetivos terapéuticos son en su mayoría preventivos de las complicaciones y excepcionalmente curativos. Pero si estos tratamientos deterioran la sensación general de bienestar de los enfermos, entonces se logra que abandonen la terapia y con ello que se pierda el consiguiente beneficio de prevención de las complicaciones.

La eficacia del tratamiento de HTA ha sido puesta de manifiesto por numerosos ensayos clínicos; pero en la práctica menos del 50% de los sujetos hipertensos tienen sus cifras de tensión controladas. En relación con este fenómeno, el VII Informe del Joint National Committee (2003), ha señalado que “la principal causa del fracaso terapéutico en el control de la HTA es el incumplimiento del tratamiento”.

De hecho la efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada en última instancia por la colaboración del paciente y como es sabido el proceso de conducta que lleva al incumplimiento terapéutico es tan complejo como el comportamiento humano, incluye al medio ambiente del enfermo, al médico que le atiende y al sistema sanitario.

No obstante “se invierte mucho tiempo y dinero en la búsqueda de medicamentos eficaces, pero se presta una escasa atención al hecho de que los pacientes los utilicen de forma adecuada o no. Tampoco se presta la suficiente atención a los otros dos pilares terapéuticos la dieta y el ejercicio, o lo que es lo mismo las medidas higiénico-dietéticas, que en mayor o menor medida incumplen hasta el 95% de la población”. (Schmidt Rio-Valle, et al. 2006, p.25-29)

Se afirma que “el incumplimiento es el principal factor implicado en el mal control de la enfermedad hipertensiva, son responsables de esa situación más de dos tercios de los hipertensos. Es por esto que en todas las guías internacionales se ha llegado a considerar la adherencia al tratamiento como un reto terapéutico”. (Piñaloza, 2014, p.1)

En algunos estudios sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial como el de Schmidt Rio-Valle (2006, p. 25-29). Manifiesta que “la falta de adherencia al tratamiento tiene importantes repercusiones sobre la calidad de la asistencia; disminuye la efectividad del tratamiento, aumenta la insatisfacción y deterioro de la

relación médico-paciente e incrementa de forma significativa el uso de recursos hospitalarios”. Por todo ello se ha subrayado que el cumplimiento terapéutico debe constituir el primer objetivo de cualquier intervención sanitaria especialmente en los problemas de tipo crónico. La gran magnitud del incumplimiento terapéutico convierte este problema en un elemento clave en la falta de control de la hipertensión arterial.

Diversos estudios realizados en el contexto sanitario mundial y nacional coinciden en señalar la escasa adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, oscilando en un rango comprendido entre el 40% y el 71%. Las dificultades en la adherencia terapéutica se refieren no sólo al consumo de medicamentos sino también se describen conductas como dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento). También incluye la frecuente ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas, la modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el control de la enfermedad y la práctica de la automedicación (Martín, 2003; Martín y Grau, 2005, Sánchez, 2006).

La literatura sobre el tema señala que los factores relacionados con la adherencia o no de los pacientes a los tratamientos médicos son múltiples y de distinta naturaleza (Ferrer, 1995; Rodríguez Marín, 1995; Macía y Méndez, 1999; Barra, 2003, Martín y Grau, 2004, OMS, 2004). Estos autores plantean que en este proceso influyen factores sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y el tratamiento, las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención médica, en especial, lo referido al proceso de comunicación establecido entre profesionales y pacientes. Es decir que la falta de adherencia al tratamiento puede ser atribuida al resultado de muchos factores y conductas, entre las que se destacan falta de diagnóstico oportuno, inicio tardío del tratamiento, suspensión prematura del mismo, cumplimiento incompleto, omisiones de dosis, sincronía, ausencia o intervalos largos a consulta médica, malos hábitos y estilos de vida que no favorecen con el tratamiento indicado, la difícil situación económica de los pacientes, costo de la

medicación, y finalmente la práctica de la automedicación. (Corugedo, Martín, & Bayarre, 2011. P. 504-512).

Dadas las características de la población que habita el barrio La Inmaculada del Cantón Guano, se han identificado a los pacientes con hipertensión arterial, de ellos el 50% acuden al control periódico de su patología o forman parte de los beneficios de las actividades extramural del posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, como en las visitas domiciliarias programadas e intercambios realizados con las familias y líderes comunitarios, evidenciándose que existe un bajo conocimiento de estos pacientes sobre algunas patologías pero principalmente sobre la hipertensión arterial, se identificó el desconocimiento que tienen sobre algunos aspectos que engloba la adherencia al tratamiento farmacológico, factor que puede estar influenciando en el control de su patología, constituyendo esto un factor de riesgo cardiovascular importante, que afecta un alto por ciento de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el cantón Guano.

La diversidad de factores que influyen, así como la naturaleza diferente de los mismos, hacen de este un problema complejo, multifactorial y multidimensional y por tanto difícil de abordar tanto desde el punto de vista teórico, investigativo como práctico. Así sobre la base de esta problemática planteada se pretende apuntar a fomentar la atención preventiva, implicando aspectos que van mucho más allá del estilo de vida saludable porque comprende factores culturales, económicos y ambientales que repercutirá en la calidad de vida de la población objeto de estudio.

1.1.1 *Formulación del Problema*

- ¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la adherencia al tratamiento farmacológico con las variables edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, patologías asociadas, asistencia a la consulta médica, tipo de tratamiento, tiempo de diagnóstico de la hipertensión y adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial del barrio la Inmaculada en el período de enero a junio de 2016?

- ¿Qué elementos pueden ser incluidos en la estrategia de intervención educativa sobre adherencia terapéutica?

1.2 Justificación de la investigación

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad caracterizada por una presión arterial alta, sobre las cifras de 140/90 mm Hg y considerada como una de las enfermedades crónicas más frecuentes, constituyendo un problema de considerable importancia en nuestros días, no solo por los perjuicios que proporciona sino también por el número de muertes e incapacidades que produce. En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total de la mortalidad.

Se estima que las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes y es la causa de por lo menos el 45 % de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebro vascular. Aproximadamente el 20% de la población mundial padece hipertensión arterial (HTA) y sólo entre el 3 % y el 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo. Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos sería la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico. (OMS, 2013, p.9).

La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, ya que se presenta como una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. Por lo que es considerada como el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como un predisponente para la enfermedad cerebro vascular y renal.

La OMS (2013) estima que mundialmente 691 millones de personas padecen esta enfermedad. En la mayoría de los países (Latinoamérica y EEUU) la prevalencia oscila entre un 15 % y un 30%. De igual forma, prevé que para el año 2020, estas cifras ascenderán a 73 % de morbilidad y 60 % de mortalidad, respectivamente. No obstante, ya la Organización Panamericana de Salud (OPS), había señalado que la presión arterial

elevada afecta a más de 140 millones de personas en las Américas, con el agravante de que más del 50% de ellas ni siquiera lo sabe. Esto se debe probablemente a que esta enfermedad, es una afección silenciosa que no siempre presenta síntomas. De igual forma, la OPS (2012) señala que este carácter silencioso y la ausencia de síntomas que en muchos casos acompaña la presión arterial elevada, constituye uno de los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares como los eventos cerebro vasculares o la enfermedad isquémica del corazón, principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países.

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud del 2013 la máxima prevalencia de hipertensión arterial se registra en África, con un 46 % de los adultos de más de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35 %. La prevalencia de HTA en EEUU fue de 37 % y en Europa de 45 %. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40 %. (OMS, 2013.)

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes en patología cardiovascular, representando un problema en más de la cuarta parte de la población occidental. Es por ello que continuamente aparecen ensayos clínicos con nuevas terapias farmacológicas que ayudan a su control.

De acuerdo al reporte de ENSANUT-ECU (2011-2013), la prevalencia de hipertensión arterial en el grupo de 18-59 años en el Ecuador es del 9,3 % siendo de 7,5 % en las mujeres y del 11,2% en los hombres. (Freire, 2013). Según reportes del Ministerio de Salud Pública, en Ecuador, en el 2010 la tasa de mortalidad en adultos y adultos mayores fue de 35,6 por 1.000 habitantes. Entre el año 2008 y 2010 la enfermedad cerebro vascular (24,9 en 2008) y la enfermedad hipertensiva (29,6 en 2010) estuvieron entre las primeras causas de muerte.

La falta de adherencia a los tratamientos es considerado como un problema de salud pública, con repercusiones desde el punto de vista, médico, económico y psicosocial. Entre

estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento.

Desde el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente. Además la falta de adherencia, puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida. En la esfera laboral puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan la vida económica y suelen interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que la persona tiene en la familia. (Martín, 2006, p.222-235).

La OMS reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud. (OMS, 2004).

Los problemas de la adherencia terapéutica han sido poco o insuficientemente atendidos, existen pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto, sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud reconocen esta problemática en el manejo de sus pacientes, de modo empírico y anecdótico, identifican la existencia de grandes deficiencias en el seguimiento periódico y sistemático de los enfermos de hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas.

Varela (2010) manifiesta que el problema de la baja adherencia a los tratamientos se presenta en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, lo que lo convierte en un asunto de salud pública mundial; cuyo resultado un número sustancial de pacientes no obtiene el máximo beneficio de los tratamientos médicos, logrando pobres resultados en salud y una disminución de la calidad de vida.

En los últimos años se aprecia un avance en los estudios sobre la adherencia, pero es evidente que solo se realizan investigaciones dirigidas fundamentalmente a la identificación de factores que están influyendo en el comportamiento de las personas hacia la adherencia o no a los tratamientos o al conocimiento que poseen los pacientes sobre el tratamiento y la enfermedad, cabe mencionar que en investigaciones, no se aprecia uniformidad con respecto al uso de los términos cumplimiento, adherencia y adhesión, los cuales se utilizan indistintamente y como sinónimos en la mayoría de los casos.

En el contexto local, la mejora de la adherencia a los tratamientos debe tenerse en cuenta desde la formulación de políticas y programas de prevención. En la provincia de Chimborazo no se han ejecutado proyectos similares, de ahí la importancia de realizar esta investigación. Precisamente la misma busca diseñar una estrategia de intervención educativa con acciones de prevención, educación y comunicación sobre el beneficio de la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, para lograr la una mejor calidad de vida en la población objeto de estudio.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 *Objetivo General*

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del barrio la Inmaculada en el período de enero a junio de 2016.

1.3.2 *Objetivos específicos*

- Caracterizar a la población de estudio según variables seleccionadas.
- Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial.
- Determinar el conocimiento sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.
- Identificar la posible relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico, el conocimiento y las variables demográficas y clínicas seleccionadas.
- Diseñar estrategia de intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.

1.4 Hipótesis

Existe relación entre el conocimiento sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y las variables edad, sexo, estado conyugal, ocupación, escolaridad, patologías asociadas, asistencia a la consulta médica, tipo de tratamiento, tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial del barrio la Inmaculada.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

La bibliografía de los estudios realizados en los últimos años sobre hipertensión arterial y adherencia terapéutica en tratamientos antihipertensivos reporta los siguientes estudios de mayor trascendencia:

Arévalo, López, López, Martínez (2016). En su artículo Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. RevMed HJCA, que tuvo como objetivo establecer la prevalencia de adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos y describir los factores de riesgo asociados. Realizó un estudio descriptivo transversal mediante la aplicación del Test de Batalla y observación directa de los pacientes hipertensos atendidos en un I Subcentro de Salud (SCS) El Valle. En este estudio la adherencia al tratamiento y su asociación con las variables: sexo, edad, estado civil, escolaridad, tiempo de tratamiento, medicamentos, dosificación y posología, número de medicamentos, horario de administración, efectos secundarios, disponibilidad de medicamentos y apoyo social. Los resultados fueron que: De 151, pacientes 58.94% fueron mujeres, el 49% de edad menor a 73 años, el 56.9% en tratamiento farmacológico por menos de 7 años, el 64.9% con pareja estable y el 84.1% tenían educación primaria o inferior. La adherencia al tratamiento farmacológico fue del 63.6%.

La edad entre 45 y 72 años (RP=0.54; IC-95%=0.35 – 0.86; P=0.01) mostró beneficio y el resultado en el test de Batalla de no cumplidor constituye un factor de riesgo para baja adherencia (RP=2.94; IC – 95%=1.65 – 5.24; P < 0.001). Concluyo que la adherencia al tratamiento farmacológico fue mayor a la esperada. La edad entre 45 y 72 años se comportó como un factor de protección. Los pacientes que no tienen pareja estable, con escolaridad primaria o menor, los que reciben régimen multidosis, polifarmacia, los que no disponen de tratamiento adecuado, presen- tan algún efecto adverso, tienen apoyo familiar insuficiente o

no acuden al club de enfermos crónicos tienen un riesgo mayor de no adherirse al tratamiento. (Arévalo M, López M, López D, Martínez F. 2016, p.8-13).

López, Chávez (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años, menciona que a pesar de que el tratamiento de la Hipertensión Arterial reduce sus complicaciones y la mortalidad por este padecimiento, alrededor de 30 % de los hipertensos no está bien controlado. El incumplimiento del tratamiento se considera el principal factor responsable del mal control de la enfermedad. Esta investigación trató de caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes mayores de 60 años del Consultorio 16, Policlínico "26 de Julio", Municipio Playa, La Habana. Investigación descriptiva de corte transversal en 245 hipertensos con tratamiento farmacológico. Las variables estudiadas fueron edad, sexo biológico, grado de escolaridad, tratamiento prescrito, adherencia al tratamiento, y motivo de la no adherencia. Los resultados reportaron que la adherencia al tratamiento fue de 58.3%. Los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia.

El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88,9%) o Enalapril (88,1%). Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%). Concluyo que la adherencia a la terapéutica es baja, influenciado por diversos factores, como el olvido de la toma de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la Hipertensión Arterial.

Loachamín, Lata (2015). En su investigación “Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial y sus determinantes en pacientes hipertensos ambulatorios atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Eugenio Espejo, durante el segundo semestre del año 2014” en Quito- Ecuador. Hallo que el conocimiento de los componentes del tratamiento no farmacológico es bajo a pesar de recibir la indicación, 26% reduce el consumo de sal, 42% ha reducido su peso, 32% realiza actividad física, 31%

ingere dieta rica en frutas, verduras y baja en grasas. 65% de pacientes fumadores han suspendido este hábito. No recibir consejo nutricional (OR, 5,84; $P < 0.001$), baja escolaridad (OR, 1,92; $P < 0.001$), no participar de estrategias comunicativas grupales (OR, 4,83; $P < 0.001$), son factores asociados a no adherencia al tratamiento no farmacológico. Entre otras causas reportadas refiere la falta de tiempo, comorbilidades y recursos económicos. Concluyo que la baja adherencia a los componentes del tratamiento no farmacológico tiene relación con el escaso conocimiento, no apoyo de nutricionistas o grupos de pacientes crónicos y de otras estrategias comunicativas.

Salcedo, Gómez (2014). En su trabajo (Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial.) Un estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado con 282 personas hipertensas hospitalizadas en el Hospital Universitario de Santander de Colombia. Se utilizó un instrumento validado, con alto índice de confiabilidad y trayectoria para la medición del fenómeno de adherencia, elaborado por Bonilla y De Reales (2006); para este estudio se utilizó la última versión propuesta por Consuelo Ortiz Suárez (2008). Encontró que el 18.4% de la población hipertensa estudiada se encuentra en un nivel de riesgo alto, el 47.2% en un nivel de riesgo medio y el 34.4% de las personas hipertensas en un nivel de riesgo bajo. La proporción de hombres (63.1%) fue mayor que la de mujeres (36.9%) participantes en el estudio.

Más del 50% de la población hipertensa evaluada se encontró en un grado de adherencia en riesgo medio y alto, lo que se simboliza un preocupante pronóstico del comportamiento de la adherencia en este grupo poblacional y que podría verse reflejado en una sumatoria de complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo. Mencionó que las complicaciones se derivan de un significativo porcentaje de factores negativos influyentes e intervinientes, como lo son los factores socioeconómicos bajos, el bajo nivel educativo y la complejidad del régimen terapéutico. Este estudio reportó una diferencia estadística significativa entre los promedios del puntaje de grados de riesgo para la adherencia y el género. No obstante, ambos se clasificaron en una categoría de riesgo de adherencia medio sin divergencia para dicha puntuación. En el número de medicamentos consumidos al día se destacó el bajo porcentaje de personas con tratamiento de monoterapia y una cronicidad media de consumo

del tratamiento farmacológico de 4 años. Concluyó que se trató de una población que requiere de un grado de adherencia mayor y por ello debe ser objeto de los programas que hagan una mayor vigilancia y motivación para apoyar la adherencia.

Piñaloza (2014). En su 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”. Realizado en Ecuador, su universo de estudio lo constituyó pacientes hipertensos mayores de 18 años que acudieron al servicio de consulta externa, en total 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 una relación directa con los niveles de 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%), encontró 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. (p.12)

Arias, Pérez, (2014). En su tesis “Valoración de la adherencia a la terapéutica prescrita y sus factores condicionantes en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica esencial tratados en el Hospital Delfina Torres viuda de Concha. Realizado en Esmeraldas-Ecuador, menciona que la evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico con el Test de Morisky Green determinó que menos del 5% (4.7%) de los encuestados, tienen adecuada adherencia a la medicación farmacológica prescrita. El único factor que resultó estadísticamente significativo es el nivel de instrucción ($p=0,017$), donde los pacientes con un nivel alto tienen una tasa de adherencia de 9,2%, mucho más alto que el 1,7% de los de nivel bajo. La diferencia en la adherencia entre aquellos que perciben los efectos adversos (1,5%) y quienes no los perciben (6,4%) tampoco resulta significativa.

La monoterapia permite mayor adherencia al tratamiento 6,3%, a diferencia de la politerapia en que solo 3,9% adhieren. Sin embargo tampoco esta diferencia en relación a la complejidad del régimen terapéutico resulta estadísticamente significativa. No obstante, la expectativa de que el paciente mantenga una adecuada adherencia al tratamiento aun no se refleja en la realidad. Concluye que mantienen un alto porcentaje de no adherencia tanto en el campo farmacológico (95,3%) como en el no farmacológico (99,5%). (p.10-12).

Flores (2014). Ecuador, en un estudio comparativo de la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial que acuden al servicio de medicina interna en consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IESS vs Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja”. Mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con 150 pacientes, divididos equitativamente en cada hospital. Para la recolección de datos se utilizó el Test de Morisky Green Levine y una encuesta auto elaborada sobre los factores psicológicos y socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento. Resultados: De la muestra establecida el 36% y 37,3% de pacientes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros y Hospital Regional Isidro Ayora respectivamente, son adherentes al tratamiento. En referencia a los factores socioeconómicos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros fue observado predominio de: género femenino, que corresponde al 81,5%, con una franja etárea entre 61 años y más (48,1%); el 37% tiene instrucción superior; el 66,7% son casados; el 55,6% tienen empleo y el 63% adquieren la medicación en el hospital; el 59,3% fue diagnosticado y recibe tratamiento para su hipertensión hace más de 6 años. El 51,9%

no tiene al control de las cifras tensionales. En el Hospital Regional Isidro Ayora la situación es similar el 53,6% son mujeres con edad de 61 años y más (32,1%); el 60,7% tiene instrucción primaria; el 57,1% son casados; el 28,6% tiene empleo; el 85,7% adquieren la medicación en el hospital pero también la compran ellos mismos; el 85,7% fue diagnosticado de hipertensión hace más de 6 años, y el 75% reciben tratamiento igualmente hace 6 años. El 53,6% no tiene al control de las cifras tensionales.

López y Chávez (2014). En su estudio Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años, encontró que la adherencia al tratamiento fue de 58.3%. Los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88,9%) o Enalapril (88,1%). Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%). Conclusiones: la adherencia a la terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja. Es causado por diversos factores, principalmente el olvido de la toma de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la Hipertensión Arterial.

López (2013). En este estudio encontró que existió asociación estadística entre el conocimiento y la adherencia al tratamiento, así los pacientes con un nivel alto de conocimiento de la enfermedad tenían niveles altos de adherencia (42.8%) y aquellos con conocimientos bajos poseían niveles bajos de adherencia (62.5%).

Merino (2013). En el estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud Puerta de Arnedo. (España), cuyo objetivo fue estudiar el grado de cumplimiento terapéutico en un cupo de pacientes en programa de hipertensión arterial en el Centro de Salud de Arnedo. Estudió 126 pacientes, catalogados como hipertensos en programa. La recolección de datos se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo de 2013, a través de una encuesta diseñada con este fin. La encuesta incorporó el test de Morisky-Green-

Levin, Se encontró un 52 de pacientes cumplidores frente al 48% de incumplidores. Concluyo que gran parte de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente el tratamiento antihipertensivo. Los pacientes hipertensos mayores de 65 años son menos adherentes del tratamiento, que los menores de dicha edad. Y que el 97% de los pacientes confía en su equipo sanitario (UBA) cuando presenta alguna duda sobre la medicación.

Herrera (2012). En su estudio “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. (p.3-9).

Salazar (2011). Estudio realizado en Cuenca Ecuador, 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. 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% tuvieron un alto acceso a la medicación, y aquellos con bajo nivel de adherencia el 50% tuvieron un nivel medio de acceso, datos que concuerdan con otros estudios realizados. (p.1).

Coque (2011). En el informe de su seminario de tesis, realizado en Quito-Ecuador, en el Hospital Carlos Andrade Marín, en el servicio de Cardiología, identifico los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. resume el 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.

La mayor proporción pacientes fueron 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,p.18) 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% , Se observo la

existencia de personas analfabetas (16%) las cuales tenían 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. En su estudio, la falta de conocimiento que tienen sobre su enfermedad generó mala adherencia (72%) y que el paciente conozca sobre su enfermedad genero una buena adhesión al tratamiento (67,5%).

Carhuallanqui, et al. (2010). En su investigación “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General de Perú” su objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos mediante un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. Halló como resultado que el 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). Conclusión: La adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. (RevMedHered 2010; 21:197-201).

Martin(2009), en su tesis titulada Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007, Cuba, concluyó que el nivel de adherencia fue total; sin embargo, la magnitud se considera insuficiente en relación con la importancia para esta enfermedad. Así mismo, encontró que la adherencia al tratamiento en hipertensos es un proceso conformado por tres componentes que reflejan su estructura, relación transaccional entre el paciente y el profesional, la implicación personal y el cumplimiento del tratamiento. El componente que presentó mayor dificultad resultó ser la relación

transaccional entre profesionales y pacientes, el cual expresa la posibilidad de negociar la estrategia del tratamiento.

Holguín L, Correa D, Arivillaga M, Caceres D, Varrela M., (2009). En este estudio realizado en Cali-Colombia 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 (p.1)

Posligua (2009). En su estudio encontró que el 44,9% de los pacientes hipertensos tienen mala adherencia al tratamiento, el 27,6% tenían un buen nivel de adherencia. Predomina el sexo femenino (62%) el mismo que poseía altos niveles de adherencia al tratamiento en relación al sexo masculino 71 % vs 29%. 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, observo que existe asociación significativa entre las creencias incorrectas del tratamiento y la adherencia al tratamiento, 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,p.1).

Dr. Fray Martínez Reyes (2007). En el artículo “Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos del Hospital “José Carrasco Arteaga” del IESS. Cuenca 2007, realizado en Ecuador, cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de no adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos y relacionarla con las

variables consideradas asociadas. Realizó un estudio transversal en un universo de 400 pacientes con una muestra aleatoria de 93 pacientes; en una visita domiciliar posterior a la captación se aplicó un formulario con las variables en estudio y se efectuó el conteo de medicamentos. La prevalencia de no adherencia fue del 79,57%. Los resultados de las variables fueron: edad menor a 66 años, RP 1,21; consumo asincrónico de fármacos, RP 1,17; no acceso a medicamentos, RP 1,17; tratamiento multifármaco, RP 1,13; ser afiliado activo, voluntario, campesino, artesanal, RP 1,04; efectos colaterales de los medicamentos, RP 1,04. Concluyó que la prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico es elevada. La asociación con las variables estudiadas no fue estadísticamente significativa.

Holguín, et al. (2006) en “Adherencia al Tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. El Objetivo fue determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Selecciono una muestra que estuvo conformada por 44 participantes, con ausencia de otra enfermedad crónica y/o de trastorno o psiquiátrico diagnosticado, atendidos en una Institución de Salud de la ciudad de Cali, Colombia. Los niveles de presión arterial sistólica y diastólica fueron medidos pre-post intervención por el personal de salud. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, la PAD no presentó cambios pero se mantuvo en niveles controlados. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos ($p = 0,000$; n.c. 95%), el 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio.

Ingaramo (2005). En el estudio nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) Centro de Hipertensión y Enfermedades Cardiovasculares. Refiere que la falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales del pobre control de la presión arterial. El objetivo del estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento utilizando dicho test y, en base a ello, evaluar el control tensional en hipertensos esencial crónico. Además se valoró el uso de las diferentes drogas antihipertensivas. Se incorporaron al estudio 1.784 pacientes (999 mujeres) bajo tratamiento no menor de 6 meses, de los cuales el 48,15% fue adherente y el 51,85% no-adherente.

Los no-adherentes mostraron una mayor falta de control (60%), no significativa, en la presión sistodiastólica comparados con los adherentes (56%), $p = 0,84$. Sin embargo, las tensiones arteriales sistólica y diastólica aisladas mostraron una mayor falta de control en el grupo no-adherente: 55% vs 49%, $p = 0,032$ y 34% vs 28%, $p = 0,0086$. Los hombres adherentes tuvieron un mejor control de la presión arterial que los no adherentes, pero no ocurrió lo mismo con las mujeres. Los pacientes con obra social fueron menos no-adherentes (27%) que aquellos sin obra social (33%) ($p = 0,026$). La adherencia no superó el 50% luego de 6 meses de tratamiento. Los fármacos más utilizados fueron los inhibidores de la enzima de conversión (30,31%) seguidos por los betabloqueantes (22,34%). El test de Morisky-Green- Levine demostró utilidad para determinar la adherencia y los sujetos que fallan en contestar tendrían un menor control tensional. RevFedArgCardiol 2005.

Ingaramo et al. (2005). Realizado en Argentina “Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial”. El objetivo 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%).

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.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Hipertensión Arterial

2.2.1.1 Definición

La presión arterial es definida como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y es el producto del gasto cardiaco la resistencia vascular periférica. Los fármacos disminuyen la presión mediante efectos sobre la resistencia periférica, el gasto cardiaco, o ambos. Este último puede reducirse por medio de medicamentos que inhiben la contractilidad miocárdica disminuyen la presión de llenado ventricular. Muchos de los antihipertensores que afectan a los receptores adrenérgicos, el sistema renina-angiotensina, los canales del Ca^{2+} así como el equilibrio del Na^+ y del agua. (Goodman&Gilman, 2012, p.776).

Por lo tanto la hipertensión arterial esencial es una enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mmHg. Se considera Hipertensión Arterial cuando las cifras de presión arterial sistólica son iguales o mayores de 140 mmHg y 90 mmHg de presión arterial diastólica y ante la presencia de comorbilidades como diabetes, enfermedad renal crónica estos valores están en límite de 130/80 mmHg Se asocia a daños importantes de órganos blanco (corazón, riñones, vasos sanguíneos, órgano de la visión y encéfalo). Todas estas condiciones aumentan importantemente los riesgos de eventos cardiovasculares. (MSP.2011, p.80).

En el 90 % de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina Hipertensión Arterial Esencial, con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina Hipertensión Arterial Secundaria que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir

tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica.

2.2.1.2 Clasificación de la hipertensión arterial

La hipertensión se clasifica de acuerdo con varios criterios, así:

1. Según la causa:

Primaria o esencial: no tiene causa conocida.

Secundaria: en ésta se encuentran como causas los trastornos de tipo renal – renovasculares, endocrinos o el embarazo.

2. Según el daño orgánico:

Fase 1:

No hay daño orgánico.

Fase 2:

Hay dos o más daños como alteración en la relación vena - arteria ocular

Hipertrofia del ventrículo izquierdo

Aumento de la creatinina plasmática

Aumento de la proteinuria.

Fase 3:

Daño en cualquiera de los órganos diana - riñón, corazón, retina y cerebro.

Según los valores de la presión arterial, en el adulto mayor de 18 años y según el VII JNC se definen los siguientes valores:

Categoría	Sistólica (mmHg.)	Diastólica (mm Hg)
Normal	<120	<80
Prehipertensión	20 - 139	80 - 89
HTA: Estadio 1	140 - 159	90 - 99
HTA: Estadio 2	>160	>100

Fuente: The seventh report of the Joint National Committee on prevention.

Año 2003

En el VII-JNC, está la introducción de una nueva clasificación de la presión arterial (PA), con el término prehipertensión (PA 120-139/80-89 mm Hg). Estos pacientes presentan un mayor riesgo cardiovascular y precisan un mayor seguimiento, con la introducción de las pertinentes modificaciones del estilo de vida (ejercicio aeróbico, dieta hiposódica, evitar la obesidad o pérdida de peso, dieta rica en frutas y pobre en grasas saturadas).

Agrupar los estadios 2 (PAS 160-179 - PAD 100-109) y 3 (PAS >180 - PAD>110) en un solo estadio: estadio 2 (PAS >160 o PAD >100 mmHg). El estadio 1 queda igual: PAD 140-150 -PAS 90-99 mmHg. Se asigna mayor importancia a la PA sistólica que a la diastólica.

Estas cifras serán utilizadas en la actual investigación ya que fueron tomadas para el estudio de prevalencia realizado anteriormente en otra sede de Suramericana de Seguros, por tanto son un patrón que permitirá posteriormente hacer una conexión entre ambos estudios.

4. Según la urgencia en crisis hipertensivas:

Urgencias hipertensivas y emergencias hipertensivas.

Crisis hipertensiva: Aumento súbito de la Presión Arterial (PA) en pacientes con o sin antecedentes de HTA que requiere tratamiento médico urgente. Afecta >30% de las personas >20 años en USA. Tiene una mortalidad de 80% si no se trata emergencia hipertensiva.

Un paciente hipertenso tiene una probabilidad de 1-2% de tener una emergencia hipertensiva en su vida. Es una patología común y frecuente en pacientes ancianos y afroamericanos. La razón hombre mujer es de 2:1 En general los pacientes que sufren una emergencia hipertensiva tienen las siguientes características: ya tienen HTA crónica de base, no son adherentes al tratamiento o han suspendido el medicamento presentando un efecto de rebote, les falta cuidado primario, tienen una causa secundaria para la HTA, consumen sustancias alucinógenas.

Urgencias hipertensivas: Es una elevación de la presión arterial sin evidencia de daño de órgano blanco. No significa peligro de muerte inminente. Estos pacientes necesitan una reducción de su PA sin embargo estas reducciones se pueden lograr en varios 24- 48 horas y ambulatoriamente. Se usa medicamento vía oral.

Emergencias hipertensivas: Es aquella elevación de la presión arterial por encima de los niveles aceptados en un paciente que desencadena un daño en un órgano blanco y cuyo tratamiento debe ser en cuidado intensivo para lograr evitar un daño permanente y uso de medicamentos IV para bajar las cifras tensionales, representa un peligro de muerte inminente. Las presiones sistólicas están por encima de 120-130 mm Hg. PAD <130 mm HG en pacientes con HTA crónica no produce disfunción orgánica excepto en niños y mujeres en embarazo.

Desde este punto de vista fisiopatológicos, la mayoría de los investigadores que se han dedicado a la HTA como problema fundamental y clínico, han llegado a considerar que es debido a la regulación anormal de múltiples factores que interactúan para conservar la presión arterial fisiológica.

En 1948 Framingham determinó la prevalencia y la incidencia de morbi-mortalidad de las enfermedades cardiovasculares asociadas a factores de riesgo como hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, Diabetes Mellitus e hipercolesterolemia, constituyendo el pilar básico para tomar decisiones terapéuticas en base a la estimación del riesgo. Dicho estudio muestra el aumento de probabilidad de sufrir un trastorno vascular en los siguientes 10 años para varones y mujeres de varias edades, conforme se asocian los riesgos.

Los factores de riesgo que afectan el desarrollo de enfermedades cardiovasculares se pueden clasificar así:

- No modificables: Edad, antecedentes familiares, raza, menopausia.
- Modificables directos: tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tipo de alimentación, colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL, por sus siglas en

inglés, low density lipoprotein) elevadas y lipoproteínas de alta densidad (HDL, por sus siglas en inglés, high density lipoprotein) bajas, alcoholismo, ingesta de sodio, ingesta de potasio, cafeína, exposición al ruido.

- Modificables indirectos: Sedentarismo, obesidad, estrés, anticonceptivos orales.

2.2.1.3 Estudios complementarios

Se recomiendan los siguientes estudios de laboratorio básicos para todo paciente hipertenso:

- Hematocrito y/o hemoglobina: no es necesario realizar un hemograma completo si solo se estudia la hipertensión arterial; creatinina sérica (nitrógeno ureico en sangre es opcional, pero es necesario en caso de insuficiencia cardíaca aguda), potasio sérico (algunos expertos piden también sodio sérico, para la detección de hiponatremia, si la clínica la sugiere); glicemia en ayunas y 2 horas postprandial.
- Un test de tolerancia oral a la glucosa (TTG) podría ser necesario perfil lipídico: Colesterol total/HDL y triglicéridos (ayuno de 12-14 h), el colesterol LDL puede calcularse por la fórmula de Friedewald si los triglicéridos son inferiores a 400 mg%: $[(CT - C-HDL) - TG/5]$ Ácido úrico en especial si se trata de paciente varón o mujeres embarazadas.
- Examen general de orina (la "biopsia renal del pobre", según un viejo aforismo). Microalbúmina en orina si el examen general de orina no muestra proteinuria y se sospecha lesión renal por la cantidad y el tipo de factores de riesgo presentes (diabetes mellitus, por ejemplo).
- Otras pruebas de laboratorio deberán indicarse en situaciones especiales.
- Otros estudios recomendados son:
- Electrocardiograma: El EKG no es más que un registro de la actividad eléctrica cardíaca que sirve para estimular la contracción del músculo y ejercer la función de bombear sangre.

- La ecografía en la HTA nos sirve: Para medir las cavidades del corazón y saber si existe un aumento del tamaño del mismo, engrosamiento de la pared, homogéneo o heterogéneo.
- Rayos X de tórax: La radiografía de tórax, si se realiza siguiendo un patrón establecido, de pie, a una distancia adecuada, centrada, permite evaluar el tamaño del corazón. En el hipertenso es importante ya que uno de los efectos de la presión aumentada a largo plazo es el aumento del tamaño del corazón (hipertrofia ventricular). Se suele realizar en los momentos iniciales del diagnóstico. (Loachamín, 2015)

2.2.1.4 Tratamiento

La hipertensión es la condición más común vista en la atención primaria y conduce a infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente. Los pacientes quieren estar seguros de que el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) reducirá su riesgo de morbilidad, mientras que los médicos quieren orientación sobre el manejo de la hipertensión utilizando la mejor evidencia científica, así se establece como parte del tratamiento las medidas no farmacológicas y las medidas farmacológicas.

Tratamiento no farmacológico

Todas las personas hipertensas deben recibir indicaciones sobre el tratamiento no-farmacológico por los siguientes motivos:

- Son efectivos para reducir las cifras de presión arterial en el paciente individual
- Contribuyen a reducir la necesidad de usar medicamentos.
- Inciden favorablemente sobre otros factores de riesgo.
- Tienen una excelente relación riesgo/beneficio.
- Se ha comprobado la eficacia de las siguientes medidas en reducir la presión arterial:
- Reducción de peso
- Evitar la ingesta excesiva de alcohol
- Evitar la ingesta excesiva de sal
- Realizar actividad física
- Cambios en la alimentación

- Control del estrés.

También se ha comprobado la eficacia de dejar de fumar en la reducción de la morbilidad cardiovascular y la mortalidad en personas hipertensas.

1. Cesación de fumado: Es la modificación de los estilos de vida más efectiva para la reducción de riesgo cardiovascular y no cardiovascular, todo hipertenso que fuma debe recibir consejería antitabaco, se debe considerar el uso de terapia de reemplazo de nicotina.

2. Reducción del peso: Actualmente se considera que reducciones tan pequeñas como 5 kg son beneficiosas por lo que la meta inicial no debe ser ambiciosa. Se recomienda iniciar con reducción del 10% del peso inicial, una mayor reducción de peso posterior se recomendará según la necesidad.

3. Una dieta: Alta en granos y productos de granos, vegetales, frutas y productos lácteos bajos en grasa y baja en grasas y dulces (dieta DASH) ha probado reducir las cifras de presión arterial sin depender de reducción de sodio.

4. Reducción de la ingesta de alcohol: No se debe recomendar la ingesta de alcohol a ninguna persona y debe quedar claro que el no consumirlo es lo mejor. Quienes toman deben limitar la ingesta de alcohol a 20 a 30 g de etanol al día como máximo (2 a 3 tragos, copas de vino o vasos de cerveza al día) para hombres y 10 a 20 g para mujeres (1 a 2 tragos, copas de vino o vasos de cerveza al día). Se debe advertir al paciente sobre el riesgo de AVC relacionado a la ingesta excesiva.

5. Reducción de la ingesta de sal: Tiene un efecto hipotensor moderado sobre un porcentaje apreciable de la población al reducir la ingesta de 10g/día a 6g/día. Las personas mayores, obesas o de raza negra son más sensibles. Se debe instruir al paciente a cocinar sin sal, no agregar sal en la mesa, evitar las comidas saladas, enlatadas o procesadas y dar énfasis a los alimentos frescos. Se debe recomendar ingestas adecuadas de potasio particularmente a quienes utilizan diuréticos.

6. Ejercicio físico: El ejercicio es efectivo para disminuir cifras tensionales y se debe recomendar a todo hipertenso hacerse de un programa.

7. Manejo de estrés: Tiene importancia como coadyuvante en el control de la hipertensión. Si en un período de hasta 6 meses en un paciente con riesgo B e HTA grado 1 o de hasta 12 meses en el caso de riesgo A e HTA grado 1, no se ha logrado alcanzar la meta de presión arterial se debe recurrir al tratamiento farmacológico. (Loachamín, Rafael., Lata., Fabricio. 2015, p.47-65).

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

Los miembros del JNC 8 fueron seleccionados de entre más de 400 nominados en base a la experiencia en la hipertensión, la atención primaria, incluyendo geriatría, cardiología, nefrología, enfermería, farmacología, ensayos clínicos, medicina basada en evidencias, epidemiología, informática y desarrollo e implementación de guías de práctica clínica en los sistemas de atención.

Las nuevas pautas tienen un enfoque riguroso y basado en la evidencia para recomendar umbrales de tratamiento, metas y medicamentos en el tratamiento de la hipertensión en los adultos. La evidencia se obtuvo de ensayos controlados aleatorios, que representan el estándar de oro para determinar la eficacia y la efectividad. La calidad de la evidencia y las recomendaciones se clasificaron en función de su efecto sobre los resultados.

Las nuevas pautas del JNC8 relajan las metas de presión sanguínea del JNC 7, así como los umbrales para el inicio del tratamiento tanto en pacientes de edad avanzada, como en pacientes menores de 60 años con diabetes y enfermedad renal.

Existe una fuerte evidencia para apoyar el tratamiento de personas hipertensas de 60 años o más a una meta de menos de 150/90 mm Hg y a personas hipertensas 30 a 59 años de edad a una meta de presión diastólica de menos de 90 mm Hg; sin embargo, no hay pruebas suficientes en los menores de 60 años para una meta de presión sistólica o en los menores de 30 años para una meta de presión diastólica, por lo que el grupo de expertos recomienda una presión arterial inferior a 140/90 mm Hg para dichos grupos.

Se recomiendan los mismos umbrales y metas para los pacientes hipertensos adultos con diabetes o enfermedad renal crónica no diabética (ERC), así como para la población general hipertensa menor de 60 años.

Adicionalmente el JNC 8 también abandona la recomendación de que los diuréticos tiazidicos deben ser la terapia inicial en la mayoría de los pacientes, sugiriendo un inhibidor de la ECA, un bloqueador del receptor de angiotensina (BRA), un bloqueador de los canales de calcio (BCC), o diurético tiazidico como alternativas razonables.

Hay evidencia moderada para apoyar el inicio del tratamiento farmacológico con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), un bloqueador del receptor de angiotensina (BRA), un bloqueador de los canales de calcio (BCC) o un diurético tipo tiazida en la población hipertensa no afrodescendiente, incluyendo aquellos con diabetes.

En la población hipertensa afrodescendiente, incluyendo aquellos con diabetes, se recomienda como tratamiento inicial un BCC o diurético tipo tiazida. Hay evidencia moderada que apoya una terapia inicial o complementaria con un IECA o BRA en personas con ERC para mejorar la función renal.

Según el Dr. Paul A James (Universidad de Iowa), autor principal del JNC 8, el objetivo era crear un documento muy simple, con un mensaje claro para los médicos: Tratar a partir de 150/90 mm Hg en los pacientes mayores de 60 años y a partir de 140/90mmHg para todos los demás, así como simplificar el tratamiento, con 4 opciones igualmente válidas, siendo lo más importante que los pacientes alcancen las metas terapéuticas, siguiéndolos muy de cerca para ello.

La hipertensión sigue siendo uno de los contribuyentes prevenibles más importantes para la enfermedad y la muerte. Hay abundante evidencia de ensayos controlados aleatorios en los que se ha demostrado el beneficio del tratamiento antihipertensivo en la reducción de los resultados de salud importantes en personas con hipertensión.

Aunque las pautas ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la HTA y debe responder a las necesidades clínicas de la mayoría de los pacientes, las

mismas no son un sustituto para el juicio clínico y las decisiones terapéuticas deben considerar cuidadosamente e incorporar las características clínicas y circunstancias de cada paciente individual. La revisión de la evidencia se centró en los adultos de 18 años o mayores con hipertensión e incluyó estudios con los siguientes subgrupos pre-especificados: diabetes, enfermedad arterial coronaria, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular previo, enfermedad renal crónica, proteinuria, adultos mayores, hombres y mujeres, grupos raciales y étnicos y fumadores.

Las directrices se construyeron en base a tres preguntas claves:

- 1.- ¿En adultos con hipertensión, el inicio de la terapia antihipertensiva a un umbral específico de presión arterial mejora los resultados de salud?
- 2.- ¿En adultos con hipertensión, el tratamiento farmacológico dirigido a metas específicas mejora los resultados de salud? y
- 3.- ¿Diferentes fármacos y/o clases terapéuticas se diferencian en beneficios comparativos y efectos colaterales en resultados específicos de salud?

Las recomendaciones: Las siguientes recomendaciones se basan en la revisión de la evidencia sistemática descrita anteriormente. Las recomendaciones 1 a 5 responden las preguntas 1 y 2 en relación con los umbrales y las metas para el tratamiento de la hipertensión. Las recomendaciones 6, 7 y 8 responden la pregunta 3, relativa a la selección de los fármacos antihipertensivos. La recomendación 9 es un resumen de las estrategias basadas en opiniones de expertos para el inicio y la adición de los fármacos antihipertensivos.

Esas preguntas entonces son la base de las recomendaciones, que se analizan en profundidad y se le asigna una puntuación, dependiente de la fuerza de la recomendación y la evidencia que la apoya.

Las recomendaciones son:

- 1.- En la población general de 60 años o más, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial (PA) con una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 150 mm Hg o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg con una meta de PAS < 150 mm Hg y de PAD < 90 mm Hg . (Recomendación fuerte – Grado A)
- 2.- En la población en general menor de 60 años, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA con una PAD ≥ 90 mm Hg y tratar con una meta de PAD < 90 mm Hg. (Para edades entre 30 a 59 años, recomendación fuerte – grado A; Para edades de 18 a 29 años, Opinión de expertos – Grado E).
- 3.- En la población en general menor de 60 años, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA con una PAS ≥ 140 mm Hg y tratar con una meta de PAS < 140 mm Hg. (Opinión de expertos – Grado E).
- 4.- En la población de 18 años o más con enfermedad renal crónica (ERC), iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA con una PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mm Hg y tratar con una meta de PAS < 140 mm Hg y de PAD < 90 mm Hg. (Opinión de expertos – Grado E).
- 5.- En la población de 18 años o más con diabetes, iniciar tratamiento farmacológico para reducir la PA con una PAS ≥ 140 mmHg o una PAD ≥ 90 mm Hg y tratar con una meta de PAS < 140 mm Hg y una meta de PAD < 90 mm Hg. (Opinión de expertos – Grado E).
- 6.- En la población general NO afrodescendiente, incluidas aquellas con diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tiazidico un BCC, un IECA o un BRA (Recomendación moderada – Grado B).
- 7.- En la población general AFRODESCENDIENTE, incluidos los diabéticos, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tiazidico o un BCC. (Para la población general afrodescendiente: Recomendación Moderada – Grado B; para los pacientes afrodecendientes diabéticos: Recomendación débil – Grado C).
- 8.- En la población de 18 años o más con ERC, el tratamiento antihipertensivo inicial (o complementario) debe incluir un IECA o BRA para mejorar la función renal. Esto se aplica

a todos los pacientes con ERC con hipertensión, independientemente de la raza o el estado de la diabetes. (Recomendación moderada – Grado B)

9.- El objetivo principal del tratamiento de la hipertensión es alcanzar y mantener la meta de presión arterial. Si la meta de PA no se alcanza dentro de un mes de tratamiento, aumentar la dosis del fármaco inicial o añadir un segundo fármaco de una de las clases en la recomendación 6 (diurético tiazídico, BCC, IECA o BRA).

El clínico debe continuar evaluando la PA y ajustar el régimen de tratamiento hasta que se alcance la meta terapéutica. Si ésta no puede ser alcanzada con 2 fármacos, añadir y titular un tercer fármaco de la lista proporcionada. No utilice un IECA + un BRA en el mismo paciente. Si la meta de PA no puede ser alcanzada utilizando sólo las drogas mencionadas anteriormente debido a una contraindicación o a la necesidad de usar más de 3 medicamentos, pueden ser utilizados antihipertensivos de otras clases.

La referencia a un especialista en hipertensión puede estar indicada para pacientes en los que la meta de PA no pueda alcanzarse con la estrategia mencionada anteriormente o para el manejo de los pacientes complicados que lo requieran. (Opinión de expertos – Grado E).

Un punto clave según el Dr James, es que si bien las nuevas metas son más laxas, no significa que los médicos deben liberar de tratamiento a un paciente que esté bien controlado según las pautas del JNC 7. (James PA, 2014).

2.2.1.5 Selección del medicamento

El tratamiento comienza con modificaciones en el estilo de vida y, si el objetivo de presión arterial no se alcanza, los diuréticos tiazídico se deberían usar como terapia inicial en la mayoría de los pacientes, tanto solos como en combinación con alguna de las otras clases (IECAs, ARA II, betabloqueadores, calcioantagonistas) que también han demostrado reducir una o más complicaciones de la hipertensión. Dado que la mayoría de los pacientes hipertensos requerirá dos o más medicamentos antihipertensivos para conseguir la meta de control de presión arterial, la adición de un segundo fármaco de una clase diferente se debe indicar cuando un agente individual en dosis adecuadas, fracasa en conseguir el objetivo.

Tratamiento con mono terapia: 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.

2.2.2 Delimitación conceptual del término Adherencia al tratamiento

Adherencia: La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital)
- Tomar los medicamentos como se prescribieron
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados
- Completar los análisis o pruebas solicitadas

No-adherencia a la terapia: Es definida como "no-adherencia" la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos.

La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial. Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos. A menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores:

- Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- La percepción de gravedad de la enfermedad
- La credibilidad en la eficacia de la medicación y
- Aceptación personal de los cambios recomendados

Se considera que la "no-adherencia" a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente. Sin embargo, la complejidad

del fenómeno de no-adherencia a la terapia, requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-médico-sistema de salud. La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede variar, inclusive un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con la otra o las otras. Además el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etcétera. Silva, Galeano, Esmeralda, & Correa (2005).

También la adherencia puede ser 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. Ferrer (2005).

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)

2.2.2.1 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 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).

2.2.2.2 Tipos de no adherencia al tratamiento farmacológico

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)

2.2.2.3 *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.

2.2.2.4 *Métodos para medir la adherencia*

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. (Sánchez N., 2006) (Nogues S, Villar G., 2007)

- 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)

2.2.3 Delimitación de factores influyentes en la adherencia al tratamiento

Diversos autores expresan que la adherencia al tratamiento es un proceso modulado por la influencia de factores de diversa naturaleza: sociales, psicológicos, económicos, propios de la enfermedad y del tratamiento y de la organización de los servicios de salud.

La OMS plantea en su informe técnico cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas para adherirse a su tratamiento: los relacionados

con la enfermedad, el tratamiento, el paciente, además los factores sociales, demográficos y económicos y los relacionados con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria.

A partir del modelo de dimensiones de la adherencia de la OMS se elaboró un esquema teórico orientador para el estudio de estos factores, compuesto por cinco grupos: los socioeconómicos y demográficos, los del sistema de salud y el equipo de salud, las características de la enfermedad y el tratamiento, los de la red familiar y social y los del paciente.

Factores socioeconómicos y demográficos: La OMS (2004) señala que las dificultades en la adherencia a los tratamientos de larga duración se presentan tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación, se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica; señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece los costos de la salud pública al menos en el 20 %.

El gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad disponible para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar recursos monetarios.

Sobre los factores sociodemográficos, Ferrer señala que muchos autores muestran su acuerdo en considerar que: el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el estado civil, la etnia y la religión, no han demostrado ser, considerados aisladamente, predictores adecuados de la adherencia o el cumplimiento.

Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria: En cuanto al sistema de asistencia sanitaria, la OMS plantea el efecto sobre la adherencia de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas así como la falta de incentivos para ello.⁴ Dentro de la organización de los

servicios de salud, son elementos a tener en cuenta: las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere y los cambios reiterados del profesional de asistencia.

La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la satisfacción del paciente con el proceso de atención de salud y las características de la comunicación que establecen el paciente y sus familiares con los equipos de salud. Los profesionales con insuficientes capacidades y con actitudes negativas para informar el tratamiento y que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia al mismo.

Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento: Se refiere a las características del régimen terapéutico. La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio en los comportamientos que exige, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o si exige pautas nuevas de comportamiento, también incluye el número, la frecuencia del consumo y la combinación de distintos tipos de fármacos y además, es importante destacar, la presencia de efectos secundarios o indeseables.

Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente. Las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático, son más difíciles de seguir las recomendaciones como modificaciones de estilos de vida y cambios de comportamiento.

Factores relacionados con la red familiar y social: En este grupo se destaca el papel del apoyo social y familiar en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menor apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento.

Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten las indicaciones médicas. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones facultativas.

Factores relacionados con el paciente: Se refiere a aspectos psicológicos moduladores de la adherencia como los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Estos permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales, teniendo en cuenta las principales características para el manejo de la misma.

Se señalan las creencias del paciente relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad, la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria o autoeficacia percibida, la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta o utilidad percibida y la motivación por la salud.

La persona con un proyecto de vida a largo plazo, con metas y propósitos a lograr será más capaz de estructurar su campo de actuación en función de proteger su calidad de vida en la que incluirá la adherencia a un tratamiento que lo garantice.

Es necesario, luego de revisar aspectos teóricos vinculados con el seguimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente, presentar una propuesta que permite enriquecer las acciones encaminadas al logro de la adherencia, vinculadas al sistema de atención integral al enfermo crónico.

Un amplio número de términos ha sido empleado para hacer referencia al mismo fenómeno visto desde ángulos diferentes. Así, adherencia terapéutica, adhesión, continuidad o cumplimiento reflejan el hecho de que los pacientes sigan de forma adecuada el tratamiento prescrito, mientras que abandono, no cumplimiento, terminación prematura o discontinuidad se refieren al hecho de no cumplir con la terapia que el profesional está

proporcionando. El problema del abandono o falta de adherencia al tratamiento ha sido definido de diferentes formas por los distintos autores que han estado inmersos en la investigación de este fenómeno; así la adherencia es definida como el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médico - sanitarias prescritas, mientras que la falta de adherencia se entiende como el no cumplimiento por parte del paciente de los horarios sugeridos por el profesional para el manejo de alguna enfermedad, el no comenzar un programa de tratamiento, la terminación prematura de la terapia o la implementación incompleta de las prescripciones.

2.2.3.1 *Reacciones adversas a medicamentos*

Una reacción adversa a medicamentos (RAM) es cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. (Sanz 1987, p. 169-172). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS.2004) una RAM es “cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.”

Las RAM pueden estar relacionadas directamente con las propiedades del fármaco administrado, las también denominadas reacciones de tipo "A". Un ejemplo es la hipoglucemia inducida por un antidiabético. Las RAM también pueden no estar relacionadas con el efecto farmacológico conocido del fármaco, las reacciones de tipo "B" como los efectos alérgicos, por ejemplo la anafilaxia con las penicilinas.

La talidomida marcó el primer desastre de salud pública reconocido relacionado con la introducción de un nuevo fármaco. Actualmente, se admite que aunque los ensayos clínicos sean meticulosos y bien diseñados, no se puede asegurar que detecten todos los efectos adversos potenciales de un fármaco. Por consiguiente, se anima a los profesionales de salud que registren y notifiquen a su centro nacional de farmacovigilancia cualquier efecto adverso inesperado de cualquier fármaco para conseguir la detección precoz de problemas graves asociados. Por ejemplo, de las notificaciones recibidas en un país, se estableció una relación entre tioacetazona y síndrome de *Stevens-Johnson* cuando el fármaco se administraba en la infección por el VIH, y motivó la retirada del fármaco en ese país.

2.2.3.2 *Principales factores predisponentes a los efectos adversos*

Se sabe que distintos pacientes suelen responder de manera diferente a una determinada pauta de tratamiento. Por ejemplo, en una muestra de 2.422 pacientes que habían tomado combinaciones de fármacos con interacciones conocidas, sólo 7 (0,3%) presentó alguna manifestación clínica de interacción. Por tanto, además de las propiedades farmacéuticas del fármaco, algunas características del paciente predisponen a RAM.

Extremos de edad. Las personas de edad muy avanzada y los muy jóvenes son más susceptibles a las RAM. Los fármacos que con frecuencia causan problemas en las personas de edad avanzada son los hipnóticos, diuréticos, antiinflamatorios no esteroides, antihipertensivos, psicotrópicos y digoxina.

Todos los niños, y sobre todo los neonatos, difieren de los adultos en su respuesta a los fármacos. Algunos fármacos tienen más riesgo de causar problemas en neonatos (por ejemplo, la morfina), pero son generalmente tolerados en niños. Otros fármacos (por ejemplo, el ácido valproico) se asocian a un mayor riesgo de RAM en niños de cualquier edad. Otros fármacos, como cloranfenicol (síndrome gris), antiarrítmicos (empeoramiento de la arritmia), ácido acetilsalicílico (síndrome de Reye), pueden causar problemas en niños.

Enfermedades intercurrentes. Si además de la enfermedad que se está tratando, el paciente sufre otra enfermedad, como una alteración renal, hepática o cardíaca, se pueden requerir precauciones especiales para prevenir las RAM. Es preciso recordar también que, así como los factores anteriores, la estructura genética de cada paciente puede predisponer a las RAM.

Interacciones farmacológicas. Se pueden producir interacciones (véase también el Apéndice 1) entre fármacos que compiten por el mismo receptor o que actúan sobre el mismo sistema fisiológico. También se pueden producir de manera indirecta cuando una

enfermedad de causa farmacológica o un cambio en el equilibrio hidroelectrolítico alteran la respuesta a otro fármaco.

Las interacciones se pueden producir cuando un fármaco altera la absorción, distribución o eliminación de otro fármaco, puesto que aumenta o disminuye la cantidad que llega a la zona de acción.

Las interacciones fármaco-fármaco son algunas de las causas más frecuentes de efectos adversos. Cuando se administran dos fármacos a un paciente, pueden actuar de manera independiente o interactuar entre sí. La interacción puede aumentar o disminuir los efectos de los fármacos implicados y puede causar toxicidad inesperada. A medida que surgen fármacos más nuevos y más potentes, aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas graves.

Es preciso recordar que en las interacciones que modifican los efectos de un fármaco pueden estar implicados fármacos no prescritos, agentes químicos no farmacológicos, y drogas sociales como el alcohol, marihuana, tabaco y remedios tradicionales, así como algunos tipos de alimentos, como por ejemplo el zumo de pomelo. Los cambios fisiológicos en pacientes concretos, causados por estos factores como la edad o el sexo, también influyen en la predisposición a RAM y originan interacciones farmacológicas.

2.2.3.3 *Modelos de abandono terapéutico*

La mayoría de los estudios realizados sobre el abandono terapéutico están guiados por una de las principales teorías del cumplimiento (Leventhal y Cameron, 1987). Estas teorías son las siguientes:

Modelo biomédico

Modelo de la comunicación

Modelo de los sistemas de autorregulación

Teoría de la creencia racional:

Modelo de la creencia de salud.

Cada una de estas orientaciones teóricas considera el problema de la falta de cumplimiento desde una perspectiva diferente y pone más o menos énfasis en procesos tales como el conocimiento de que se padece una enfermedad, la percepción del riesgo, la motivación para cumplir con la terapia, la selección y adquisición de comportamientos de afrontamiento, aspectos relativos al trastorno (severidad de los síntomas, duración...) y las características del régimen de tratamiento (complejidad, duración y efectos secundarios). De entre estas teorías la más empleada, por ser considerada la más acertada en la explicación de este fenómeno, es el Healthbeliefmodel o Modelo de creencia de salud, que se enmarca dentro de la Teoría de la creencia racional.

2.3 Estrategia de intervención educativa

La Organización Mundial de la Salud definió en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” lo que representó un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y las inversiones necesarias para lograrlo. Apremiar la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud. La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio.

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario) se ha destacado la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional. En estas iniciativas se han incluido,

desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población. (García Martínez, 2000)

Por ello la inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, porque:

Permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado; implican un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas que se interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y una metodología para alcanzarlos que propicia la sostenibilidad en el tiempo.

Una estrategia se define generalmente como “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas”. Para ello se requiere tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones que estudia. Se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.

2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.
4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.
5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado. (Valentín, 2014)

Las intervenciones en salud se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar, grupal y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar; además del nivel institucional que asegura la salud pública en sus distintos niveles a nivel de la sociedad. Pero esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan.

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución

de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado.

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Además de ser un instrumento de la promoción de salud es asimismo, una parte del proceso asistencial, presente durante todo el proceso desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, transversalizando la atención integral. (Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo 2003)

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.

La Educación para la Salud requiere para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de la pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por supuesto, de la salud pública. Es evidente que la elaboración de programas educativos y de promoción para la salud, tiene un fuerte

componente pedagógico y comunicativo. De modo que entenderemos como intervención educativa al “conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa”.

Para este trabajo asumiremos el diseño sistematizado por la Jordán Padrón, M en su estudio “Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud. (Domínguez, 2012)

Una educación para la salud, efectiva, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos de forma voluntaria. (Metodología en la educación sanitaria. 2004)

La estrategia tiene como propósito esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde su estado real hasta un estado deseado. La estrategia ha sido concebida como la manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos. (Beltrán, 2007).

El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos. La estrategia permite definir qué hacer para transformar la situación existente e implica un proceso de planificación que culmina en un plan general con misiones organizativas, metas, objetivos básicos a desarrollar en determinados plazos, con recursos mínimos y los métodos que aseguren el cumplimiento de dichas metas. (Planeación Estratégica en las organizaciones. 2004).

De lo anterior se infiere que las estrategias son siempre conscientes, intencionadas y dirigidas a la solución de problemas de la práctica. Diversos autores coinciden al señalar que las estrategias son instrumentos de la actividad cognoscitiva que permite al sujeto

determinada forma de actuar sobre el mundo, de transformar los objetos y situaciones. (Díaz, Martín, 2003).

El término intervención se refiere a la puesta en práctica de un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo del saber. En la situación analizada, al proceso de educación para la salud. La intervención considera dos procesos básicos: la intencionalidad, porque se inducen procesos inexistentes e imprescindibles y se potencian otros inoperantes; busca efectos predecibles que aparecen asociados a las particularidades de la estrategia concebida. El otro elemento es la autoridad, asociada al reconocimiento por parte del objeto de la capacidad técnica, profesional, moral que tiene el agente de intervención de implementar la estrategia para incidir en el cambio.

Toda intervención tiene en su base la idea del cambio intencionalmente provocado, pero ello supone: el diagnóstico de los condicionantes de las conductas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el comportamiento. (Ravenet, 2003).

En la elaboración de la estrategia de intervención deben estar presentes los siguientes elementos:

- Existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos en un contexto; diagnóstico de la situación actual, qué es lo que se necesita intervenir.
- Definición de la misión, referida a delimitar, qué se debe hacer.
- Planteamiento de objetivos, cuáles son los propósitos de la intervención.
- Establecimiento de las metas, es importante por cuatro razones: proporcionan un sentido de dirección, y la organización del sistema refuerza su motivación y encuentran una fuente de inspiración para rebasar los inevitables obstáculos que encuentran; permiten enfocar los esfuerzos e integrar las acciones; guían la planificación de las actividades y ayudan a evaluar el progreso.
- Análisis del ambiente, facilita la identificación de cuáles aspectos del ambiente ejercerán influencia para alcanzar los objetivos, así mismo permite descubrir cuáles son las oportunidades disponibles para la organización y las amenazas que enfrentan.

2.4 Marco conceptual

- **Hipertensión arterial** : En el Séptimo Informe del Comité Nacional (2008), esta patología se define como un incremento asociado a una Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor a 120 mm Hg, una Presión Arterial Diastólica (PAD) mayor a 80 mm Hg, o ambas. Se debe tener 20.
- **Adherencia**: En el año 2004 la OMS define la adherencia terapéutica como “Grado en el que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen dietario y ejecutar cambios del modo de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”
- **Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensión arterial**: El tratamiento farmacológico es aquel en el que una persona diagnosticada con HTA recibe un tratamiento, con el objetivo de controlar esta enfermedad y prevenir la afección de órganos blanco.

Según las directrices de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial, existen seis clases principales de medicamentos utilizados en todo el mundo para el control de la HTA: los diuréticos, los bloqueadores beta adrenérgicos, los antagonistas del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de angiotensina II y los bloqueadores alfa adrenérgicos

- **Sincronía**: Proviene de la etimología griega syn, "con, juntamente, a la vez", y de la mitología griega, Chronos o Khronos (en griego Χρόνος), "tiempo". En latín Chronus. Se entiende como un término que se refiere a coincidencia en el tiempo o simultaneidad de hechos o fenómenos.
- **Conocimiento**: Es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. El término **conocimiento** indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación:

Clasificación de la investigación: Según el alcance de los resultados, se realizó una investigación aplicada de corte transversal. (Artiles, 2008).

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de estudio: Correlacional

Localización y temporalización: La investigación se realizó en el barrio La Inmaculada del Cantón Guano, perteneciente al distrito Guano - Penipe, Provincia Chimborazo en el periodo de enero - junio 2016.

3.2 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes hipertensos del Barrio La Inmaculada del Cantón Guano.

Se trabajó con el universo de 40 pacientes.

Criterios de inclusión, de exclusión y de salida.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial de ambos sexos.

Edad: 30 años y más.

Que residan en el Barrio La Inmaculada al momento del estudio.

Dar su consentimiento informado de participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes con discapacidad física y/o intelectual.

Criterios de salida, de abandono o de pérdida:

Hipertensos que se trasladen del área o fallecieran en el período de estudio.

Hipertensos que voluntariamente decidan dejar la intervención.

3.3 Variables de estudio.

- **Variable dependiente**

Conocimiento de adherencia farmacológica.

- **Variable Independiente**

Características demográficas

Características clínicas

Adherencia farmacológica

3.3.1 *Identificación de variables.*

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Nivel de instrucción.
- Patologías asociadas.
- Asistencia a la consulta médica anual.
- Tipo de tratamiento.
- Tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial.
- Adherencia al tratamiento.
- Conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia

Variable de conocimiento.

- Conocimiento sobre concepto de hipertensión arterial.
- Conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento farmacológico.
- Conocimiento sobre los efectos del abandono del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.
- Conocimiento sobre la sincronía en el consumo de fármacos.

3.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Según el sexo biológico de pertenencia	Porcentaje de hipertensos según sexo.
Edad	Cuantitativa continua	30-39 años 40-49 50-59 60 y más	Edad en años cronológicos cumplidos.	Porcentaje por grupos de edad
Ocupación	Cualitativa Nominal	Ama de casa Trabajador Desempleado Jubilado	Ocupación a la que se dedican	Porcentaje por ocupación que realicen

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Nivel de Instrucción	Cualitativa Ordinal	Ninguno Básica sin terminar Básica Bachiller Superior	Ninguno: No sabe ni leer ni escribir. Básica sin terminar: (No culmino el 7° año de educación básica). Básica: (Culmino el 7° año de educación básica). Bachiller: (Culmino el 3° año bachillerato) Superior: (Culmino la carrera universitaria o Técnica)	Porcentaje de hipertensos según nivel de instrucción (Último grado vencido.)
Estado Civil	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado	Según el vínculo con la pareja	Porcentaje de hipertensos según el estado civil.

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Tiempo de Diagnóstico de la hipertensión arterial	Cuantitativa Continua	Menos de 10 años 10 años y más	Según años de diagnosticada la hipertensión arterial.	Porcentaje de pacientes según el tiempo de diagnostico de la HTA.
Patologías asociadas	Cualitativa Nominal	Dislipidemias Diabetes Mellitus 2 Obesidad Cardiopatías Trastornos Tiroideos Nefropatías Gastropatías. Eventos cerebro vasculares Ninguna	Presencia de otras enfermedades asociadas referidas por el paciente.	Porcentaje de hipertensos según la presencia de patologías asociadas.
Asistencia a consulta médica anual	Cualitativa Ordinal	Ninguna 1-2 consultas anuales 3 y más consultas	Según frecuencia de asistencia a consulta: Adecuada: 3 y mas consultas al año. Inadecuada: menos de 3 consultas anuales	Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial según frecuencia de las consultas medicas anuales.

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Tipo de Tratamiento	Cualitativa ordinal	Monoterapia Terapia combinada	Monoterapia: Tratamiento con un solo fármaco Terapia combinada : Tratamiento con dos o más fármacos	Porcentaje de hipertensos según tipo de tratamiento.
Adherencia al Tratamiento	Cualitativa Ordinal	Adherente No adherente	Según Test de Adherencia al tratamiento: Adherente : 10-15 No adherente: -10	Porcentaje de hipertensos según adherencia al tratamiento.

Dimensiones para evaluar la variable de conocimiento

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Conocimiento sobre concepto de la hipertensión arterial	Cualitativa Nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas concepto de la hipertensión arterial. Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Porcentaje de hipertensos según conocimientos del concepto de la Hipertensión Arterial
Conocimiento sobre efectos adversos del tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial.	Cualitativa Nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a los efectos adversos del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Porcentaje de hipertensos según conocimientos de los efectos adversos del tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción operacional	Indicador
Conocimiento sobre los efectos del abandono del tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial	Cualitativa Nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a los efectos del abandono del tratamiento farmacológico de hipertensión arterial. Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.	Porcentaje de hipertensos según conocimientos de los efectos del abandono del tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial
Conocimiento sobre la sincronía en el consumo de fármacos.	Cualitativa Nominal	Satisfactorios No satisfactorios	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas al conocimiento sobre la sincronía en el consumo de fármacos. Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.	Porcentaje de hipertensos según conocimientos de la sincronía en el consumo de fármacos.

3.4 Características del instrumento.

La entrevista, fue elaborada en Word 2010, aplicada con el objetivo de caracterizar a la población en estudio y determinar el conocimiento. El cuestionario fue estructurado en partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables demográfica, que incluyo 5 preguntas, las de investigación clínica- terapéutica que incluyo 4 preguntas y el de conocimiento que incluyó 15 preguntas. Total 24 preguntas

El conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico de hipertensión arterial fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se considero una sola alternativa correcta.

- Conocimiento sobre concepto de hipertensión arterial. 6 preguntas.
- Conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento farmacológico. 2 preguntas
- Conocimiento sobre los efectos del abandono del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. 4 preguntas
- Conocimiento sobre la sincronía en el consumo de fármacos: 3 preguntas.

Además se aplicó el Test de Morisky Green para valorar con 4 preguntas la adherencia terapéutica.

El sistema de puntuación que fue empleado es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

3.4.1 Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaron a expertos en el tema, teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa con conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico de hipertensión arterial. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicito la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de *Moriyama (1968)*, el examen de la estructura básica del instrumento, el

número y alcance de las preguntas; y con la posibilidad de adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: Se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.

Sensible a variaciones: Se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se medirá.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: Se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieran calificación de mucho por menos del 70 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 70 % o más de ellos. El estudio piloto se realizó con 20 pacientes con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación.

3.5 Procedimientos

En una primera etapa, se estableció comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejaron los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables demográficas seleccionadas que dio salida al primer objetivo específico y se determinó el conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico de hipertensión arterial que dio salida al segundo objetivo específico. Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el conocimiento sobre adherencia al

tratamiento farmacológico de hipertensión arterial y las variables demográficas y clínicas seleccionadas que dio salida al tercer objetivo específico.

Para dar salida al cuarto objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico de hipertensión arterial que incluye acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

- La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista por parte del investigador. Como instrumento de recolección de datos se utilizó el cuestionario diseñado por el investigador, y el Test de Morisky Green para medir la adherencia terapéutica.
- El cuestionario fue sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con veinte 20 adultos mayores de 30 años con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación.

3.6 Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron ingresados en una base de datos elaborada en Excel 2010 y analizados con el Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versión 17, se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Fisher para la correlación las variables con un nivel de significancia del 0,05. La descripción de los resultados se hizo utilizando porcentajes.

3.7 Diseño de la estrategia de intervención educativa

El programa educativo se concibe a partir de un modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual acerca de los conocimientos en los sujetos de la investigación para el abordaje del tema Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.
- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.
- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
- Fomentar procesos de comunicación destinada a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los contenidos

La estrategia de intervención educativa está constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, de afrontamiento, incluyendo técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos.

Los temas seleccionados serán agrupados por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo

3.8 Aspectos éticos

Previo a la realización de la intervención, se explico a los participantes los objetivos de la intervención, y se solicitó la autorización a través de un formulario de consentimiento informado. Se aplicó los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y que la información recolectada fue utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la Convención de Helsinki.

El protocolo fue aprobado por el comité de ética de la institución vinculada.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar las características de la población en estudio se observa que el total de la población fue de 40 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, cuyas edades fueron mayores de 48 años hasta una paciente de 92 años, no se observó una diferencia significativa en relación a la edad. Prevalció el sexo femenino 60, 0 %(n=24) con instrucción básica 62, 5% (n=25), predominó el estado civil casado 47,5% (n=19) y un 55,0% (n=22) de amas de casa.

Según datos de Ecuador, la prevalencia de hipertensión arterial medida por la ENSANUT (2012-2013) en la población de 18 a 59 años fue de 9,3%, siendo de 7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres.

En estudios similares como el de Carhuallanqui et al. (2010). “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General en Perú, el mismo encontró resultados similares ya que el 69,9% eran mujeres, el 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% coincidiendo con nuestros resultados.

También Arévalo, López, López, Martínez (2016), en su artículo Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Mes HJCA, El Valle. (Colombia) destaca que 58.9% fueron mujeres, el 49% tuvo una edad menor a 73 años, que el 64.9% tuvo una pareja estable y finalmente que el 84.1% tenían educación primaria o inferior.

En el Ecuador estudios similares como el de López en su trabajo de investigación para obtener el título de especialista en Medicina Familiar presenta: “Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo febrero- abril 2013” refiere que de la muestra de 200 pacientes, el 65% de la población estudiada también fue del sexo femenino, el 78% adultos mayores de 65 años y el 45% habían terminado la primaria completa.

Efrain Iglacio Saltos (2015), en su tesis para obtener el título de Médico General, “Factores causales en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital General Hosnag, comprobó que la hipertensión arterial prevalece en el género masculino con el 55,17% posiblemente por ser un hospital naval en el que su fuerza mayormente son hombres, sin embargo el género femenino representa el 44,83% de los encuestados, ahí el nivel educativo secundario representa el mayor porcentaje siendo el 57,33. resultados que difieren de los resultados de este estudio.

Loachamin y Lata (2014), en su tesis de especialistas en medicina interna “Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial y sus determinantes en pacientes hipertensos ambulatorios atendidos en el servicio de Cardiología del Hospital Eugenio Espejo, durante el segundo semestre del año 2014, refieren que de un total de 369 pacientes, la edad media de la población es de 64 años, 65% son mujeres (n=240), la escolaridad es primaria en el 41% (n=153), la ocupación fue de quehaceres domésticos en el 57% (n=211) entre otras.

Es importante destacar que en los últimos años han surgido nuevas tendencias de investigaciones enfocadas al estudio del aumento de la prevalencia de la hipertensión en el sexo femenino, ya que tradicionalmente se consideraba como una enfermedad masculina, estos reportan evidencias de las diferencias de los factores de riesgo y el perfil clínico que marcan esta diferencia. Profundizar en el estudio de los factores psico- sociales asociados a la HTA desde un enfoque de género colaborará a continuar aportando elementos que evidencien, como sostiene Castañeda (2007), que el proceso salud-enfermedad no puede ser considerado de la misma manera en varones y mujeres, ya que ambos desempeñan distintos roles, se les han asignado diferentes espacios para llevarlos a cabo, tienen distintas condiciones de vida y responsabilidades, y las circunstancias que moldean su existencia social son diferentes.

Tabla 1: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según variables demográficas, La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Características demográficas	N=40	
	N°	%
Grupos de edades		
48 – 64	15	37,5
65 – 74	10	25,0
75 y más	15	37,5
Sexo		
Femenino	24	60,0
Masculino	16	40,0
Ocupación		
Ama de casa	22	55,0
Trabajador	10	25,0
Desempleado	7	17,5
Jubilado	1	2,5
Nivel de Instrucción		
Básica sin terminar	9	22,5
Básica	25	62,5
Bachiller	6	15,0
Estado Civil		
Casado	19	47,5
Viudo	10	25,0
Soltero	9	22,5
Divorciado	2	5,0

En lo referente a la presencia de patologías asociadas, se observó un predominio de la dislipidemia en un 42,5 % (n=17) de los pacientes con hipertensión arterial, lo cual teóricamente constituye un factor de riesgo cardiovascular para esta población en estudio. Además se identificó que el 32,5 % (n=13) no presenta ninguna otra patología asociada a la hipertensión arterial, lo cual constituye una ventaja para mejorar la adherencia terapéutica ya que la hipertensión arterial sería la única patología que requiere tratamiento farmacológico por el momento.

Loachamin, Lata (2014), en su tesis, refieren que entre las comorbilidades, la obesidad está presente en el 82% de pacientes (n=303), diabetes en el 24% (n=91), dislipidemia en el 45%(n=167), resultados semejantes al presente estudio.

De modo similar en Medellín, se estudiaron los factores de riesgo cardiovascular. El grupo bajo estudio tenía un 86% de pacientes hipertensos, muchos de los cuales presentaban comorbilidades como dislipidemia y obesidad.

Varios autores opinan que existe una estrecha relación terapéutica entre la hipertensión y las dislipidemias, y del beneficio que aportan sobre el perfil lipídico, ciertos fármacos como los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), alfa bloqueantes, ARAII y calcio antagonistas, En cambio los diurético en dosis altas, ciertos betabloqueantes no cardioselectivos y sin actividad simpaticomimética intrínseca son poco o nada beneficiosos en el metabolismo de los lípidos, por lo que se debería individualizar la terapia antihipertensiva en pacientes con dislipidemias asociadas.

Tabla 2: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según variable clínica, La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Patologías asociadas	N=40	
	N°	%
Dislipidemia	17	42,5
Gastropatías	6	15,0
Diabetes Mellitus	4	10,0
Obesidad	3	7,5
Enfermedades del Corazón	3	7,5
Enfermedades del riñón	2	5,0
Trastornos de la Tiroides	1	2,5
Evento Cerebro Vascular	1	2,5
Ninguna	13	32,5

Según el esquema terapéutico que están actualmente recibiendo el 90 % (n=36) de los pacientes hipertensos recibe monoterapia (1 solo medicamento).

Coque (2011), en su tesis menciona que el 63,3% tenían monoterapia y el 36,7% un tratamiento combinado, resultados que no coinciden en nuestra población estudiada.

Existen otros estudios que se fundamentan en el reporte de las Guías Europeas de manejo de Hipertensión Arterial (2007), en donde sugieren el manejo terapéutico con un solo medicamento, o el combinado a dosis bajas según respuesta del paciente, consiguiendo mejor adherencia, menos efectos colaterales y por lo tanto una mejor eficacia del mismo.

María José Velasco, Joseph Mc Dermott (2007), en un estudio realizado en el Hospital Luis Vernasa de Guayaquil, trabajaron con 491 pacientes hipertensos a quienes d dieron monoterapia o terapia combinada dependiendo de la severidad de la hipertensión, al final del estudio se obtuvo en general una reducción de 37mmHg para la PS y de 18mmHg para la PD. 75% de los pacientes llegaron a obtener cifras de PA \leq 140/90mmHg, de los cuales el 6% se controló con monoterapia y el 68% con una asociación farmacológica. Al comparar la monoterapia vs la terapia combinada hubo una disminución estadísticamente significativa de la presión arterial en el grupo de la terapia triple comparada con la monoterapia $P < 0,001$ y la biterapia $P < 0,01$.

Para alcanzar más rápidamente el ideal de presión arterial, es importante titular al paciente con la dosis correcta de medicamento, esto en la mayoría de los casos se realiza lentamente, pero de una forma continua hasta llevar al paciente a la presión ideal. De esta manera se reduce la posibilidad de un evento cardiovascular lo más pronto posible. Sin embargo, existen situaciones especiales como los pacientes ancianos octogenarios en quienes no debemos olvidar tomar la presión arterial en bipedestación y sedestación para valorar si existen alteraciones del control de los baro receptores, y así calcular las dosis de los tratamientos antihipertensivo.

Por lo tanto, se debe hacer énfasis en este grupo de pacientes; la reducción de la presión arterial se debe realizarla en forma gradual y preferiblemente con un solo fármaco para valorar la tolerancia del paciente y evitar una hipotensión ortostática; los pacientes ancianos

muchas veces metabolizan los medicamentos más lentamente debido al deterioro de sus órganos por la edad y muchas veces la mala alimentación hace que tengan concentraciones bajas de proteínas o tomen poca cantidad de agua, lo que los hace fácil presa de deshidratación. Chaves (2013).

Los beneficios de la terapia combinada son muy claros y se utilizan dos o más medicamentos antihipertensivo cuyo mecanismo de acción sea complementario. Las dosis son menores que las utilizadas cuando se usan como monoterapia (reduciendo la posibilidad de efectos secundarios). Se menciona que la eficacia antihipertensiva es mucho mayor, esta permite aumentar la eficacia antihipertensiva, puesto que reduce los efectos secundarios.

Actualmente, las guías de manejo de la hipertensión, sugieren la terapia combinada que se compone de un inhibidor del sistema renina angiotensina + un diurético o un calcio antagonista, un ARAII + diurético o un calcio antagonista, un beta bloqueador con diurético o la terapia triple que asocia a los ARA II + el calcio antagonista, + el diurético, o el calcio antagonista + la estatina.

La combinación siempre mejora la adherencia al tratamiento y se puede cubrir mejor los factores de riesgo que tiene el paciente. El cumplimiento terapéutico es mayor frente a las dosis libres, pues los pacientes muchas veces no toman el diurético o tienen olvidos en las tomas de todos los medicamentos.

Las las guías de manejo de la HTA mantienen la recomendación de individualizar el tratamiento, esta mejora el control de la presión arterial durante las 24 horas, se logra una reducción de morbimortalidad cardiovascular al facilitarse la sencillez del tratamiento que permite un mayor cumplimiento del paciente y la mayor adherencia al tratamiento.

Tabla 3: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según esquema terapéutico. La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Esquema terapéutico	N°	%
Mono terapia	36	90,000
Terapia combinada	4	10,000
Total	40	100,000

Según la asistencia a la consulta médica anual, el 50% (n=20) de los hipertensos acude entre 1 y 2 consultas de control de sus patología al año, lo cual está por debajo de lo esperado según el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador, que establece como frecuencia mínima de evaluación 4 consultas anuales, sin embargo existe un 12,5% (n=5) de los pacientes que no acuden a consultas medicas en la unidad asistencial, los mismos son visitados en sus domicilios y se ha comprobado que son pacientes con atención en un segundo nivel, en consultorios privados o compran la medicación en farmacias.

Martin (2004) en un estudio realizado sobre Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas, menciona que la "asistencia a las consultas programadas" presentaron valores intermedios, quiere decir que son indicaciones con ciertas dificultades para su seguimiento. Esto coincide con un estudio sobre factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas en un grupo de hipertensos donde se registra que el 51,6 % falta a consulta programada.

En diversas investigaciones que se han revisado respecto a este tema se observó que la asistencia a la consulta médica es un factor importante para lograr la adherencia a la terapéutica antihipertensiva desde el punto de vista subjetivo en la relación medico paciente y en el proceso de información y comunicación, pero no se ha estudiado el comportamiento de la asistencia a la consultas.

Tabla 4: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según asistencia a consulta médica, La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Asistencia a la consulta médica anual	N°	%
Ninguna	5	12,5
1 a 2 consultas	20	50,0
3 y más consultas	15	37,5
Total	40	100

En lo referente a la distribución de pacientes según la adherencia al tratamiento farmacológico el 82,5 % (n=33) de los hipertensos no son adherentes al tratamiento, encontrándose en el grupo de estudio solo un 17,5% (n=7) de pacientes adherentes y cumplidores de las indicaciones medicas.

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, Correa, et al. (2009) en su estudio encontró 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, los resultados coinciden con los obtenidos en la presente investigación, el nivel bajo de adherencia al tratamiento, es una de las causas más importantes del pobre control de la presión arterial en el mundo.

También Carhuallanqui, Diestra-Cabrera¹, Tang-Herrera, Málaga (2010) en su investigación “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General de Perú, refieren que la adherencia al tratamiento farmacológico fue del 37,9%.

Piñaloza (2014), en su 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 en Ecuador”, en un estudio de 50 pacientes, reportan 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, que se corresponden con los datos obtenidos en este estudio.

Fray Martínez Reyes, en el artículo “Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos del Hospital “José Carrasco Arteaga” del IESS de Cuenca en el 2007, hace referencia a que la prevalencia de no adherencia fue del 79,57%, resultado que se ajusta a nuestro estudio.

Posligua, Cuello (2009). En su estudio encontraron que el 44,9% de los pacientes hipertensos tienen mala adherencia al tratamiento, el 27,6% tenían un buen nivel de adherencia. Salazar Juan., (2011), en su estudio realizado en la ciudad de Cuenca observó que el 56% de la población en estudio fue adherente al tratamiento farmacológico, a través del Test de Morisky Green, mientras que un 44% se consideró no adherente.

Nuestros resultados no coinciden con los mencionados, pero si 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.

Tabla 5: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según adherencia al tratamiento farmacológico, La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Adherencia al tratamiento farmacológico	N°	%
No	33	82,5
Sí	7	17,5
Total	40	100,0

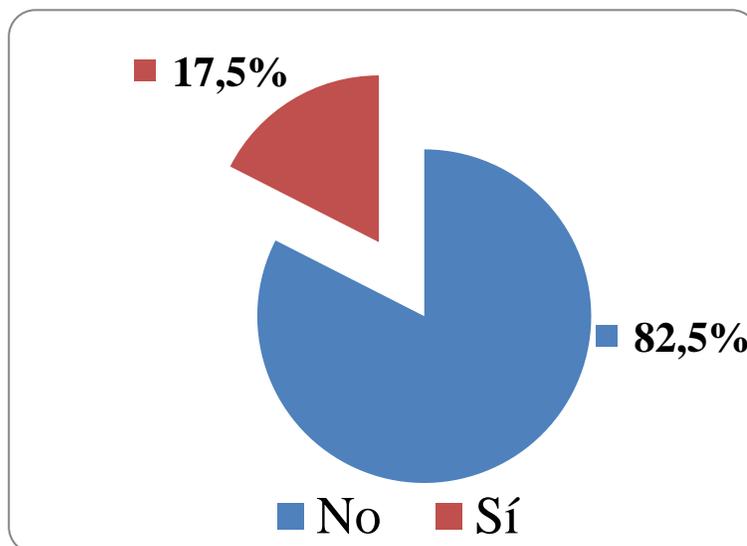


Figura 1: Distribución de pacientes con hipertensión arterial según adherencia al tratamiento farmacológico, La Inmaculada, enero a junio del 2016

En lo referente a conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial es importante destacar que el 65,0 % (n=26) posee conocimiento no satisfactorio sobre el mismo, lo cual podría asociarse con la baja adherencia al tratamiento farmacológico que fue del 82,5%.

Rosa María Gallardo, en el 2011, en un estudio realizado en Madrid, sobre adherencia farmacoterapéutica y conocimiento en pacientes con tratamiento antihipertensivo, en un 87,4% el conocimiento global reportado por los pacientes fue insuficiente, mostrando cierta semejanza con nuestros resultados.

En la ENSANUT, (2012-2013), el análisis conjunto de la hipertensión arterial, refleja el poco conocimiento que tienen los pacientes ya que no conocían su condición de riesgo de hipertensión, ni su condición de hipertensos, hallazgo de gran importancia para la formulación de políticas que favorezcan el acceso y la demanda de atención en salud. Declaran ser hipertensos y que al momento de la encuesta fueron hipertensos, no tomaron tratamiento en las últimas dos semanas, situación que reflejó el no acceso a medicamentos

antihipertensivos o problemas de adherencia a las medidas terapéuticas, datos que pueden relacionarse con el conocimiento no satisfactorio que en general posees sobre este tema.

Tabla 6: Pacientes con hipertensión arterial según conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Conocimiento	N°	%
No satisfactorio	26	65,0
Satisfactorio	14	35,0
Total	40	100,0

En las dimensiones del conocimiento de la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial en general los conocimientos no son satisfactorios, destacando que el 82,5% (n=33) tuvo conocimientos no satisfactorios en la dimensión de los efectos del abandono del tratamiento farmacológico, y solo en los efectos adversos del abandono del tratamiento farmacológico el conocimiento resulto satisfactorio en un 40% (n=16).

Uno de los trabajos relacionados con el tema que se aborda en esta investigación fue el que se realizó en la ciudad de Ambato – Ecuador por Piñaloza (2014), donde refieren que 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%), una 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%) tuvieron un bajo nivel de creencias incorrectas. Por lo que concluye en su estudio que uno de los factores que influye directamente en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos son los factores como el conocimiento acerca de la enfermedad y con respecto al tratamiento farmacológico de la misma.

Coque, (2011) en su estudio, de factores que influyen en la adherencia farmacológica, refiere que la falta de conocimiento que tienen los hipertensos sobre su enfermedad generó mala adherencia (72%) y que el paciente conozca sobre su enfermedad generó una buena adhesión al tratamiento (67,5%).

Tabla 7: Pacientes con hipertensión arterial según dimensiones del conocimiento de la adherencia terapéutica, La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Dimensiones de la adherencia terapéutica	Conocimiento			
	N=40			
	No Satisfactorio		Satisfactorio	
	Nº	%	Nº	%
Concepto de hipertensión arterial	27	67,5	13	32,5
Efectos adversos del tratamiento farmacológico	24	60	16	40,0
Efectos del abandono del tratamiento farmacológico	33	82,5	7	17,5
Sincronía en el consumo de fármacos	27	67,5	13	32,5

El conocimiento no satisfactorio puede ser un factor no favorable para la adherencia terapéutica que lleva al mal control de la hipertensión arterial, así los profesionales médicos especialmente los de atención primaria y en especial el médico de familia debe poner énfasis en las orientaciones dadas en la consulta de control y seguimiento de estos pacientes y así mismo comprobar que se están cumpliendo las mismas.

Sobre las dimensiones del conocimiento de adherencia no existen estudios similares, en algunos se hace énfasis en que los efectos secundarios de los fármacos desestimulan al paciente a continuar tomando la medicación y en tales circunstancias el médico deberá plantear de antemano la probabilidad de efectos indeseables lo que contribuye a aumentar la confianza del paciente en su médico.

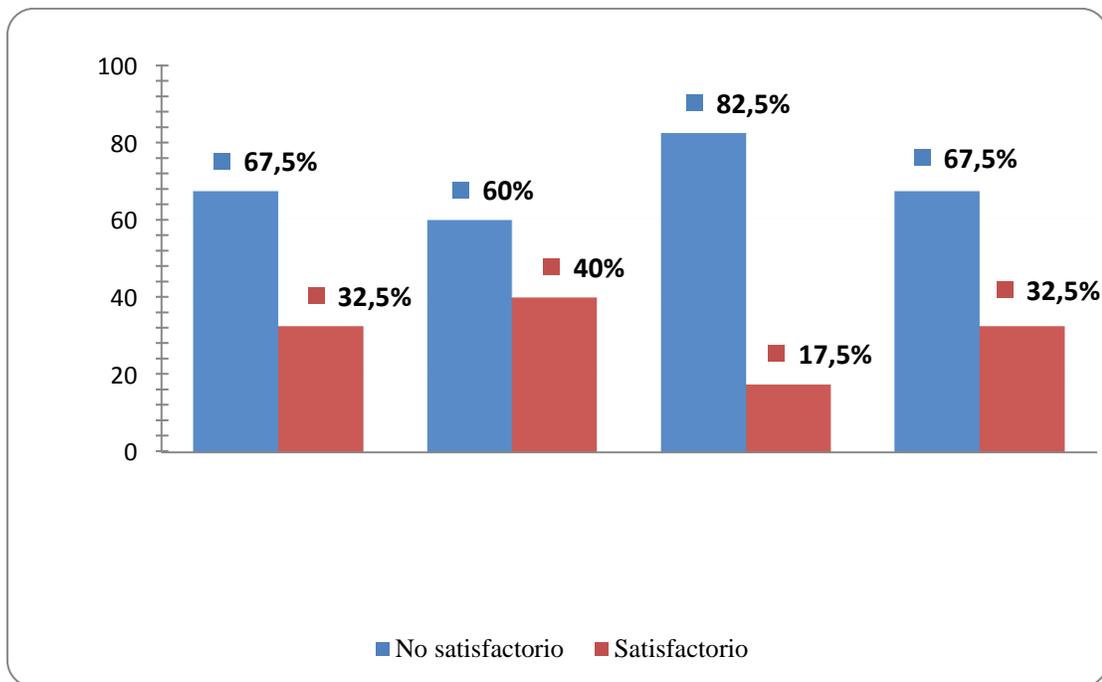


Figura 2: Pacientes con hipertensión arterial según dimensiones del conocimiento de la adherencia terapéutica, La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Sobre los conocimientos de la adherencia se encontró que el 65,00% (n=26) de los pacientes tienen conocimiento no satisfactorio sobre la misma. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la adherencia al tratamiento farmacológico ($p=0,039$).

Existen otros estudios con resultados similares a este estudio como el de Coque (2011), menciona que la población en estudio muestra claramente que la falta de conocimiento que tienen sobre su enfermedad genera mala adherencia (72%) y que el paciente conozca sobre su enfermedad va a permitir una buena adhesión al tratamiento (37,5%) como se evidencia en esta investigación.

En el estudio realizado en España (Almería, 2007) sobre creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Hipertensión, se encontró que al

mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad se consigue mejorar la adherencia en un 43% a 50%.

Pará (2010), en un estudio realizado en Brasil, sobre el perfil de adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos en 100 pacientes estudiados, observó que un 88% no conocía la enfermedad y un 81% demostró no conocer la meta terapéutica (valores de presión arterial adecuados a su condición), similar al citado en el trabajo de Meiners et al, que llegó a un total de 70,4%.

El conocimiento acerca de la enfermedad y la importancia de seguir el tratamiento para mejorar la salud son factores influyentes en las conductas positivas de los pacientes. López (2013) encontró que existió asociación estadística entre el conocimiento y la adherencia al tratamiento, así los pacientes con un nivel alto de conocimiento de la enfermedad tenían niveles altos de adherencia (42.8%) y aquellos con conocimientos bajos poseían niveles bajos de adherencia (62.5%).

Tabla 8: Pacientes según conocimiento y adherencia terapéutica de hipertensión arterial. La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Conocimiento de adherencia	Adherencia Terapéutica						p
	No Adherente		Adherente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
No satisfactorio	24	72,7	2	28,6	26	65,0	0,039
Satisfactorio	9	27,3	5	71,4	14	35,0	
Total	33	100	7	100	40	100,0	

Según variables demográficas y adherencia al tratamiento farmacológico, no se encontró relación estadísticamente significativa, sin embargo se observa que los pacientes de 75 años y más son más adherentes al tratamiento 57,1% (n=4)

En lo referente a la variable sexo y adherencia, el sexo femenino con 57,1% (n=4) son adherentes en comparación con el otro sexo, esto quizás se deba a que las mujeres son las que más auto cuidado tienen sobre su salud y más apoyo del entorno tienen. Dato que concuerda con que son las amas de casa las más adherentes al tratamiento farmacológico. Se destaca que los pacientes menos adherentes son los pacientes divorciados con el 6,0% (n=2) quizás por la pobre red de apoyo social en el que se hallan.

En lo que respecta a la edad y niveles de adherencia al tratamiento, es importante anotar que los referentes teóricos reportan que la edad es un factor poco consistente como predictor de la adherencia porque depende de otros factores como: régimen terapéutico y entorno del paciente. En la literatura se informa que las características personales como la edad y el género, no parecen ser decisivos para la adherencia al tratamiento.

A nivel de la región en estudios similares se encuentran datos importantes como en el de Carhuallanqui, Diestra-Cabrera, Tang-Herrera y Málaga (2010) en su investigación “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General. Perú, hallaron asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). Con una adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%.

Estos datos concuerdan con los resultados expuestos en estudios realizados en Brasil (2010), México y Cuba (2009) sobre factores relacionados con la adherencia al tratamiento, en donde los pacientes jubilados mostraron mejor nivel de adherencia en relación a los trabajadores.

Se puede considerar que las personas jubiladas 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 si puede ser un factor que afecta de manera importante a las personas trabajadoras ya que las condiciones cotidianas de trabajo influyen de manera desfavorable en diversos aspectos del tratamiento, ya sea por los horarios y el tipo de ocupación que

desempeña el paciente. Las responsabilidades y obligaciones laborales, provocan en los pacientes preocupaciones de otra índole y disminuyen así la atención al cuidado de su salud.

Tabla 9: Pacientes con hipertensión arterial según variables demográficas y adherencia al tratamiento farmacológico, La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Variables demográficas	Adherencia terapéutica				Total		p
	No Adherente		Adherente		N= 40		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupos de edades							
48 - 64	13	39,4	2	28,6	15	37,5	0,658
65 - 74	9	27,3	1	14,3	10	25,0	
75 y más	11	33,3	4	57,1	15	37,5	
Sexo				0,0			
Femenino	20	60,6	4	57,1	24	60,0	0,592
Masculino	13	39,4	3	42,9	16	40,0	
Ocupación							
Ama de casa	18	54,5	4	57,1	22	55,0	0,188
Trabajador	8	24,2	2	28,6	10	25,0	
Desempleado	7	21,2	0	0,0	7	17,5	
Jubilado	0	0,0	1	14,3	1	2,5	
Nivel de Instrucción							
Básica sin terminar	8	24,2	1	14,3	9	22,5	0,597
Básica	21	63,6	4	57,1	25	62,5	
Bachiller	4	12,1	2	28,6	6	15,0	
Estado Civil							
Casado	15	45,5	4	57,1	19	47,5	1,000
Viudo	8	24,2	2	28,6	10	25,0	
Soltero	8	24,2	1	14,3	9	22,5	
Divorciado	2	6,1	0	0,0	2	5,0	

No se evidenció una relación significativa entre el esquema terapéutico que actualmente reciben los pacientes objeto de estudio y la adherencia terapéutica, sin embargo los pacientes mas adherentes son los que reciben un solo fármaco antihipertensivo 85,7%

(n=6), entre los pacientes no adherentes solo el 9,1% (n=3) reciben un tratamiento combinado.

Coque. T, Lucy. (2011), en su informe de “Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, 2011 refiere que los esquemas terapéuticos mostraron tener una relación inversa entre el número de fármacos y el grado de adherencia, obteniéndose que un 62% de la población con mala adherencia se encontraba bajo un régimen de monoterapia, los resultados de esta investigación no concuerdan con lo expuesto en el estudio realizado en Chile (2006) sobre adhesión al tratamiento farmacológico, que evidencio que la población no adherente tenía un esquema de politerapia y la población adherente en el 64,5% tiene un esquema terapéutico de monoterapia, en la investigación realizada en Cuba (La Habana 2009), sobre adherencia al tratamiento en Hipertensos, en la cual se observó que el 41% de pacientes que utilizaban solamente un medicamento antihipertensivo el 65,9% fue considerado como de menor adherencia y algunas otras evidencias sugieren que los individuos que toman más medicamentos de forma continua están más propensos a tomar medidas necesarias para mantener o corregir su salud, estando más atentos a sus tratamientos con medicamentos.

Tabla 10: Pacientes con hipertensión arterial según esquema terapéutico y adherencia al tratamiento farmacológico. La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Esquema terapéutico	Adherencia Terapéutica						p
	No Adherente		Adherente		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Mono terapia	30	90,9	6	85,7	36	90	0,552
Terapia Combinada	3	9,1	1	14,3	4	10	
Total	33	100	7	100	40	100,0	

Se evidencio una relación estadísticamente significativa entre la asistencia a consulta médica anual y la adherencia al tratamiento farmacológico (p=0,023).

En la población adherente al tratamiento farmacológico se destacó que el 85,7% (n=6) son pacientes que acuden a 3 y más consultas anuales, por lo general son pacientes que acuden 1 vez al mes para recibir orientaciones individuales y los medicamentos correspondientes

para su hipertensión arterial. Entre los pacientes no adherentes el 57,6% (n=19) de los hipertensos acuden 1 o 2 veces a consultas anuales, ya que son pacientes que se controlan con médicos privados, en un servicio de medicina interna o cardiología, o simplemente al no acudir al dispensario médico compran su tratamiento farmacológico.

Coque. T, Lucy. (2011), refiere que la importancia de la asistencia a los controles médicos y la adherencia al tratamiento se ve reflejada en los pacientes que estudió, al observar que en su estudio de los 60 pacientes que acuden a los controles el 45% tiene buena adherencia, de los 38 pacientes que no asisten a las citas médicas el 68% tienen mala adherencia al tratamiento, esto demuestra la importancia de asistir a controles periódicos en donde interactúa el paciente con el profesional médico, recibe instrucciones sobre el tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida.

En otras investigaciones como la realizada en Cuba (Habana 2005), sobre conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con adherencia terapéutica, se indica que la mitad de pacientes hipertensos (52,6%) plantearon que siempre asistían a control médico, el asistir o no a los controles médicos muestra la predisposición de los pacientes a formar parte de su tratamiento y tomar medidas conjuntas con su profesional sanitario. A nivel local, no existen estudios que valoren esta variable y su influencia en la adherencia al tratamiento, sin embargo los resultados de nuestra investigación exponen la relevancia que tiene el acudir a los controles médicos y su relación con un buen nivel de adherencia al tratamiento.

Tabla 11: Pacientes con hipertensión arterial según asistencia a consulta médica anual y adherencia al tratamiento farmacológico. La Inmaculada, enero a junio del 2016.

Asistencia a la consulta médica anual	Adherencia Terapéutica				Total		p
	No Adherente		Adherente		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Ninguna	5	15,2	0	0,0	5	12,5	0,023
1-2consultas	19	57,6	1	14,3	20	50,0	
3 y más consultas	9	27,3	6	85,7	15	35,0	
Total	33	100,0	7	100,0	40	100,0	

Según tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico se destaca el hecho de que los pacientes no adherentes 82,5% (n= 33), en un 85,714% (n=30) son hipertensos de menos de 10 años de diagnóstico, lo cual nos llama la atención ya que se supone que si son pacientes en debut y con una atención más personalizada deberían ser más adherentes a su tratamiento. La explicación a este fenómeno podría ser que como refiere la literatura existen otros factores individuales y del entorno que determinan la adherencia como el nivel de instrucción, la edad del paciente, el sexo y la situación socioeconómica.

Rolando Carhuallanqui (2010), en Perú, encontró que el 77% de sus pacientes estudiados tenían un diagnóstico de más de 3 años de hipertensión arterial sin embargo no reporto relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento, su tasa de adherencia al tratamiento farmacológico encontrada fue similar a otros estudios realizados en Latinoamérica, que muestran que la adherencia en hipertensión arterial oscila entre 37 y 52%.

Tabla 12: Pacientes hipertensos según tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico.

Adherencia	Tiempo de Diagnóstico de HTA						p
	menos de 10 años		más de 10 años		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
No Adherente	30	85,71	3	60,0	33	82,5	0,165
Adherente	5	14,3	2	40,0	7	17,5	
Total	35	100,0	5	100,0	40	100,0	

CAPITULO V

5. PROPUESTA

ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA

Fundamentos

La estrategia de intervención educativa se fundamentara desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad.

Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma socio crítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la auto reflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades

activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autor reflexión y de toma de decisiones consensuadas.

En la actualidad la adherencia al tratamiento tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas, pues el incumplimiento no es grave sólo porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, produciendo un aumento de la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria a nivel mundial, por lo tanto la baja adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos del Barrio la Inmaculada del Cantón Guano, es un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta todo el mundo, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y de nuestro país en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática.

Así los programas de incremento de conocimientos para mejorar la adherencia terapéutica están fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas, que incluyen tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria previene la hipertensión con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad. La prevención secundaria incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentando la posibilidad de cura, mejorando la calidad de vida y la sobrevida y disminuyendo la mortalidad por complicaciones de una mala terapéutica y la prevención terciaria engloba las actividades para la rehabilitación e prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad.

La Hipertensión Arterial (HTA), como problema de salud está distribuida en todas las regiones del mundo. La prevalencia ha estado en aumento, asociada a patrones alimentarios

inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos.

La OMS (2004) reporta la problemática de la baja adherencia terapéutica de los pacientes al tratamiento, además varios autores en los últimos años han emprendido también acciones prioritarias para reducir el número de pacientes que tienen un pobre control farmacológico y con ello las complicaciones que se producen por la hipertensión arterial no controlada.

Se estima que un 40 % de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20 %, mientras que en las enfermedades crónicas llega a ser del 45 %; cuando el régimen terapéutico consiste en cambios de hábitos o estilos de vida la tasa de cumplimiento es incluso más alta (Rodríguez Marín, 1995). Se ha considerado que estos porcentajes subestiman el incumplimiento, pues los estudios se suelen hacer con los reportes de los pacientes cuyo cumplimiento puede ser parcial y que se no perciben a sí mismos como incumplidores.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia, es un comportamiento humano (o más bien un repertorio comportamental), modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

La conducta de cumplimiento del tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, de su motivación por la recuperación de la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, por sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. El padecimiento de una enfermedad ya implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de éstas. Se describen conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento: dificultades para su inicio, suspensión prematura,

cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo.

En el barrio de la Inmaculada del cantón Guano, la población es urbana, en donde residen 1327 habitantes en donde se identificaron como universo de hipertensos a (40) pacientes de cuyas edades fueron mayores de 48 años hasta una paciente de 92 años, El 37,5% correspondió a las edades de 48 a 64 años y de 75 años y más, 60% del sexo femenino, 55 % amas de casa, 62,5% instrucción básica, 47,5% casados, 42,5% con dislipidemia. El 90% con monoterapia y el 50% asistió a 1 0 2 consultas de control anual. El 82,5% no se adherían a la fármaco terapia y el 65% poseían conocimiento no satisfactorio sobre la adherencia terapéutica. Existió una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la adherencia terapéutica ($p=0,039$) asistencia a consulta médica anual y adherencia terapéutica ($p=0,023$).

Diagnóstico educativo: Baja adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y el conocimiento no satisfactorio en los pacientes hipertensos del barrio la Inmaculada.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Reforzar la información sobre la adherencia terapéutica farmacológica en los pacientes hipertensos mayores de 30 años de edad del Barrio la Inmaculada, Cantón Guano.

Objetivos específicos

1. Fortalecer el conocimiento de los aspectos generales de la hipertensión arterial.
2. Mejorar el conocimiento de la adherencia terapéutica en el tratamiento farmacológico en relación a los efectos adversos.
3. Identificar los efectos del abandono del tratamiento farmacológico.
4. Informar la importancia de la sincronía en el consumo de fármacos.
5. Evaluar el proceso de las acciones educativas realizadas en la estrategia educativa

METODOLOGÍA

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para reforzar el conocimiento y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje del tema adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, logrando modificaciones en sus actitudes y las prácticas de autocuidado asumidas.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se establecerá a partir de tres momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se establecerá el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.
- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.
- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.

- Fomentar procesos de comunicación destinada a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los procesos y actividades de evaluación de los resultados

Localización y duración: Se realizará en la Provincia de Chimborazo, cantón Guano, parroquia La Matriz en el Barrio la Inmaculada. Tendrá una duración de 6 semanas, incluyendo las actividades de evaluación.

Población objeto de estudio: Estará formada por los pacientes del barrio la Inmaculada del Cantón Guano, parroquia La Matriz, con la participación de 40 pacientes que cumplan con los requisitos de estudio. Es decir mayores de 30 años, hipertensos y residentes en el barrio.

Método: Activo participativo.

Límites: La estrategia se aplicara durante 6 semanas, el grupo de investigación será dividido en 2 grupos de 20 personas cada uno cada modulo de capacitación se impartirá de forma semanal con 2 encuentros del mismo.

El auditorio del Centro de Salud de Guano cumple con las condiciones ideales para la realización de estas

Estrategia: El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS. Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el período de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

Técnicas Educativas: Charla Educativa, taller, demostración, video debate, se utilizaran técnicas que permitan actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

Recursos:

- Logísticos: Permisos para el uso del auditorio del Centro de Salud.
- Humanos: Medico capacitador, pacientes hipertensos en un total de 40.
- Materiales e insumos.

El material didáctico a emplear serán diapositivas, rota folios, láminas, carteles, trípticos, papelografos (20), computadora (1), proyector (1), marcadores tinta liquida (5), hojas de papel boon (500), pizarrón (1), esferográficos (40), impresora.(1)

- Otros: refrigerios para los participantes.(250)

Actividades: Se seleccionaran y organizaran, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea:

1. Charlas educativas con el material audiovisual.
2. Talleres en dependencia del tema
3. Video debate
4. Entrega de material educativo

Sistema de evaluación:

1. Evaluación de resultados: Se realizara tipo test –post test, utilizando el mismo instrumento con el cual se realizó el diagnóstico inicial. Se aplicara 15 días luego de la última capacitación.
2. Evaluación de actividades: Se realizara al final de cada sección mediante la técnica PNI (lo positivo, lo negativo y lo interesante) de Edward de Bono, lo que nos ayudara analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de los temas.
3. Evaluación de proceso: Se realizara en el último encuentro del curso taller, se aplicara una encuesta que incluirá los aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación

(cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuado uso de los recursos y técnicas empleadas.

4. Control de seguimiento. (Control de asistencia).

Temas a tratar:

1. Hipertensión arterial, generalidades, factores de riesgo, signos, síntomas
2. Complicaciones de la hipertensión arterial
3. Hipertensión arterial, tratamiento farmacológico, importancia y tipos.
4. Adherencia terapéutica, ventajas y desventajas.
5. Dimensiones de la adherencia farmacológica
6. Guía de control de adherencia farmacológica individual

Cronograma de actividades

Se establecerá en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

Temas		Semanas					
		1	2	3	4	5	6
1	Hipertensión arterial, generalidades, factores de riesgo, signos, síntomas	C					
2	Complicaciones de la hipertensión arterial		T				
3	Hipertensión arterial, tratamiento farmacológico, importancia y tipos.			T			
4	Adherencia terapéutica, ventajas y desventajas.				C		
5	Dimensiones de la adherencia farmacológica					T	
6	Guía de control de adherencia farmacológica individual						T

Presentación del programa:

Se planifica la realización de 6 sesiones de capacitación con una duración de 60 a 90 minutos cada uno con un máximo de 120 min en dependencia de cada tema y de la complejidad de cada modulo y de los objetivos a lograr.

Se utilizarán métodos activos que propicien el protagonismo, la toma de decisiones y el compromiso con la tarea, por lo que deben emplear situaciones problemáticas y asignarse roles y tareas individuales y grupales, propiciando la aceptación de la diversidad y del criterio ajeno (alteridad) en un ambiente de fraternidad, se estimula la actividad creadora y la independencia, que promuevan a los participantes a presentar sus ejercicios con iniciativas, sugiriéndose aplicar técnicas de animación y audiovisuales para restablecer la capacidad de trabajo y la atención.

Requisitos de capacitación: Se deberá garantizar la presencia de más del 50 % de los participantes en cada capacitación.

El lugar debe tener las características necesarias de higiene, inmobiliario, y recursos didácticos.

Se dispondrá de la ubicación en círculo para facilitar la interacción entre todos los participantes especialmente al poner en práctica las dinámicas grupales.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA.

Título: “Adherencia terapéutica del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial”

Objetivo general: Reforzar la información sobre la adherencia terapéutica farmacológica en los pacientes hipertensos mayores de 30 años de edad del Barrio la Inmaculada, Cantón Guano.

Dirigido a: Hipertensos hombres y mujeres mayores de 30 años de edad del Barrio la Inmaculada, Cantón Guano.

Horas totales: 30 horas

Responsables: Dra. Carmen Isabel Zuñiga Vaca.

Centro de Salud: Guano.

Forma organizativa docente: Conferencias, video debate y talleres.

Métodos: Métodos activos de enseñanza. (Charla educativa, demostración, video debate)

ACTIVIDADES DIDACTICAS

	TEMA	OBJETIVO	RESPONSABLE
1	Hipertensión arterial, generalidades, factores de riesgo, signos, síntomas	Fortalecer el conocimiento de los aspectos generales de la hipertensión arterial.	Médico familiar.
2	Complicaciones de la hipertensión arterial	Reconocer las principales complicaciones de la hipertensión arterial	Médico familiar.
3	Hipertensión arterial, tratamiento farmacológico, importancia y tipos.	Identificar la importancia, tipos y características del tratamiento farmacológico.	Médico familiar.
4	Adherencia terapéutica, ventajas y desventajas.	Mejorar el conocimiento de la adherencia terapéutica en el tratamiento farmacológico.	Médico familiar.
5	Dimensiones de la adherencia farmacológica	Identificar los efectos del abandono del tratamiento farmacológico y de la importancia de la sincronía en el consumo de fármacos	Médico familiar.
6	Guía de control de adherencia farmacológica individual	Mejorar la adherencia terapéutica	Médico familiar.

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

ANEXO:

MODULOS EDUCATIVOS

Guía educativa N°: 1

Fecha: (Semana1)

Población Beneficiaria: Pacientes con hipertensión arterial

Duración: 120 min

Tema: Hipertensión arterial, generalidades, factores de riesgo, signos y síntomas.

OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	DURACION	RECURSOS	RESPONSABLE
Fortalecer el conocimiento de los aspectos generales de la hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión arterial definición ▪ Generalidades ▪ Factores de riesgo ▪ Signos y síntomas de la hipertensión arterial ▪ Evaluación de proceso 	Presentación Dinámica rompe hielo: (presentación en parejas). Lluvia de ideas Charla educativa. Preguntas y respuestas. .	10 min 20 min 20 min 60 min 20 min	computadora, infocus, pizarra, marcadores, pre test	Médico familiar

DINAMICA 1

PRESENTACION POR PAREJA

Objetivo: Presentación, animación

Desarrollo: Los coordinadores dan la indicación de que nos vamos a presentar por parejas y que éstas deben intercambiar determinado tipo de información que es de interés para todos, por ejemplo: el nombre, el interés por el curso, sus expectativas, información sobre su trabajo, su procedencia y algún dato personal.

La duración de esta dinámica va a depender del número de participantes, por lo general se da máximo de tres minutos por pareja para la presentación en plenario.

Recomendaciones:

- Siendo una técnica de presentación y animación, debe intercambiar aspectos personales como por ejemplo: algo que al compañero le gusta, si tiene hijos, etc.
- La información que se recoge de cada compañero, se expresará en plenario de forma general, sencilla y breve.
- El coordinador debe estar atento para animar y agilizar la presentación.

Su utilización es específica para el inicio de un taller o jornada educativa.

Momento central o de desarrollo

En este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, los temas, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de los talleres, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias. Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular.

Momento final o de cierre

Se realiza una reflexión grupal y mediante una lluvia de ideas se va reflejando en la pizarra las opiniones de los participantes acerca de las fortalezas, debilidades y amenazas que tienen para ellos esta estrategia de intervención.

MODULOS EDUCATIVOS

Guía educativa N°: 2

Fecha: (Semana2)

Población Beneficiaria: Pacientes con hipertensión arterial

Duración: 90 min

Tema: Hipertensión arterial, tratamiento farmacológico, importancia, tipos y características.

OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	DURACION	RECURSOS	RESPONSABLE
Identificar la importancia, tipos y características del tratamiento farmacológico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ▪ Importancia del tratamiento farmacológico ▪ Monoterapia: Indicaciones, medicamentos características. ▪ Terapia combinada: Indicaciones, medicamentos características. ▪ Evaluación de proceso 	<p>Dinámica rompe hielo: (la canasta revuelta).</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Charla educativa.</p> <p>Preguntas y respuestas.</p>	<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>60 min</p> <p>10 min</p>	<p>computadora, infocus, pizarra, marcadores, Tríptico</p>	<p>Médico familiar</p>

DINAMICA 2

CANASTA REVUELTA

Objetivo: Todos los participantes se forman en círculos con sus respectivas sillas. El coordinador queda al centro, de pie.

Desarrollo: En el momento que el coordinador señale a cualquiera diciéndole ¡Piña!, éste debe responder el nombre del compañero que esté a su derecha. Si le dice: ¡Naranja!, debe decir el nombre del que tiene a su izquierda. Si se equivoca o tarda más de 3 segundos en responder, pasa al centro y el coordinador ocupa su puesto.

En el momento que se diga ¡Canasta revuelta!, todos cambiarán de asiento. (El que está al centro, deberá aprovechar esto para ocupar uno y dejar a otro compañero al centro).

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con la presentación del sumario que se abordará en el transcurso de la clase.

Posteriormente el coordinador presentará una situación problémica relacionada con el tratamiento de la hipertensión y conocer si el auditorio sabe identificarlo.

Momento central o de desarrollo

Se procederá a la construcción grupal del concepto de tratamiento. Posteriormente cada uno espontáneamente aportará sus ideas relacionadas con el tema, para posteriormente en plenaria y utilizando la técnica de la lluvia de ideas expongan sus conocimientos acerca de los tratamientos. El coordinador irá reflejando las mismas y en el caso de que algunas sean parecidas lo señala. En otro momento el expositor dará su charla través de una presentación en power point expondrá los tratamientos, principales medicamentos, características y particularidades.

Momento final o de cierre

Una vez concluida la actividad el coordinador indagará en el grupo acerca de sus expectativas sobre el tema si fueron o no cumplimentadas y que en caso de no haber sido satisfechas que lo expresen.

MODULOS EDUCATIVOS

Guía educativa N°: 3

Fecha: (Semana3)

Población Beneficiaria: Pacientes con hipertensión arterial

Duración: 120 min

Tema: Hipertensión arterial, complicaciones.

OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	DURACION	RECURSOS	RESPONSABLE
Reconocer las principales complicaciones de la hipertensión arterial	Complicaciones: Definición. ▪ Complicaciones neurológicas ▪ Complicaciones cardiovasculares ▪ Complicaciones oftalmológicas ▪ Complicaciones renales. Evaluación de proceso	Dinámica rompe hielo: (el peregrino).	15 min	computadora, infocus, pizarra, marcadores, papelografos cinta adhesiva esferográficos hojas de papel boon Tríptico	Médico familiar
		Lluvia de ideas	10 min		
		Taller grupal.	60 min		
		Se dividirá el grupo en 4 y cada grupo expondrá un órgano diana afectado.	25min		
		Charla educativa	10 min		
		Preguntas y respuestas.			

DINAMICA 3

El peregrino

Objetivo general: Mejorar la agilidad de los participantes.

Objetivo específico: A través de estas tareas se busca desarrollar los diferentes componentes desplazamiento para mejorar su calidad de vida.

Desarrollo: el instructor no dispone de silla, tiene el batón (la vara del peregrino) y explica mientras camina por dentro del círculo que él es un peregrino y va a reclutar a otros peregrinos. Tocaré a su paso, en las rodillas o pies a los elegidos, quienes le siguen en fila india. sin previo aviso exclamará "estoy ya cansado" y se sentará en una silla libre, el resto de los participantes buscarán un sitio igual. Normas: quien quede sin lugar se convierte en peregrino.

Momento inicial o de introducción: Se da inicio al taller utilizando la técnica de completamiento de frases para comprobar la asimilación de los contenidos abordados en la actividad anterior.

Momento central o de desarrollo: Se utilizará la técnica del método de caso la que consiste en la presentación al grupo de un determinado problema o caso que parte de una situación lo más cercana a la realidad. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Se dividirá el grupo en cuatro subgrupos de cinco participantes cada uno.

La exposición del caso la lleva a cabo la coordinadora y puede hacerse mediante fotocopias o bien exponerse de forma oral. Si se reparte material escrito, tener en cuenta que puede haber integrantes del grupo que tengan dificultad para leer.

Para el desarrollo de la técnica utilizaremos la siguiente estrategia: Las participantes, después de haber leído o escuchado el caso, dan su opinión inmediata; esta fase servirá para que el grupo se dé cuenta de que existen diferentes opiniones o formas de enfocar un mismo problema.

Finalmente se realizara la charla educativa a manera de resumen de las complicaciones de la hipertensión arterial.

Momento final o de cierre: Una vez concluido el momento anterior la coordinadora utilizará como técnica de evaluación y cierre: "Reflexiones del día". Con el objetivo de llegar a fomentar la experiencia vivencial de lo que significó el día para los participantes.

MODULOS EDUCATIVOS

Guía educativa N°: 4

Fecha: (Semana 4)

Población Beneficiaria: Pacientes con hipertensión arterial

Duración: 90 min

Tema: Adherencia terapéutica del tratamiento farmacológico de hipertensión arterial, ventajas y desventajas.

OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	DURACION	RECURSOS	RESPONSABLE
Mejorar el conocimiento de la adherencia terapéutica en el tratamiento farmacológico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adherencia terapéutica: Definición ▪ Factores que influyen en la adherencia. ▪ Ventajas de la adherencia ▪ Desventajas de la no adherencia ▪ Evaluación de proceso 	Dinámica rompe hielo: (cola de vaca).	10 min	computadora, infocus, pizarra, marcadores, diapositivas. Video.	Médico familiar
		Lluvia de ideas	10 min		
		Charla educativa	40 min		
		Presentación de un video (adherencia terapéutica)	20 min		
		Preguntas y respuestas.	10 min		

DINAMICA 4

COLA DE VACA

Objetivo: Animación

Desarrollo: Sentados en círculo, el coordinador se queda en el centro y empieza haciendo una pregunta a cualquiera de los participantes. La respuesta debe ser siempre "la cola de vaca". Todo el grupo puede reírse, menos el que está respondiendo. Si se ríe, pasa al centro y da una prenda. Si el compañero que está al centro se tarda mucho en preguntar da una prenda.

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy.

Momento central o de desarrollo

Se iniciara con una chara educativa sobre la adherencia, factores que influyen.

La actividad central del taller estará encaminada a realizar una discusión sobre los En un segundo tiempo se proyecta el vídeo y se pregunta los criterios acerca del mismo

.

Momento final o de cierre

Se realizará preguntas y respuestas sobre el tema.

MODULOS EDUCATIVOS

Guía educativa N°: 5

Fecha: (Semana 5)

Población Beneficiaria: Pacientes con hipertensión arterial

Duración: 90 min

Tema: Dimensiones de la adhesión terapéutica

OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	DURACION	RECURSOS	RESPONSABLE
Identificar los efectos del abandono del tratamiento farmacológico y de la importancia de la sincronía en el consumo de fármacos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de tratamiento ▪ Efectos secundarios de los fármacos ▪ Abandono del tratamiento ▪ Sincronía ▪ Consejos prácticos ▪ Evaluación de proceso 	Dinámica rompe hielo: (El Bum). Lluvia de ideas Charla educativa. Preguntas y respuestas.	10 min 10 min 60 min 10 min	computadora, infocus, pizarra, marcadores, Tríptico	Médico familiar

DINAMICA 5

EL BUM

Se sientan en círculo, se dice que vamos a enumerarse en voz alta y que todos a los que les toque un múltiplo de...

Objetivo: Animación, Concentración.

Desarrollo: Todos los participantes se enumeran de tres (3- 6- 9- 12, etc.) o un número que termina en tres (13- 23- 33, etc.) debe decir ¡BUM! en lugar del número el que sigue debe continuar la numeración. Ejemplo: se empieza, UNO, el siguiente DOS, al que le corresponde decir TRES dice BUM, el siguiente dice CUATRO, etc. Pierde el que no dice BUM o el que se equivoca con el número siguiente. Los que pierden van saliendo del juego y se vuelve a iniciar la numeración por el número UNO.

La numeración debe irse diciendo rápidamente si un compañero se tarda mucho también queda descalificado. (5 segundos máximos). Los dos últimos jugadores son los que ganan. El juego puede hacerse más complejo utilizando múltiplos de números mayores, o combinando múltiplos de tres con múltiplos de cinco por ejemplo.

Momento central o de desarrollo

Se desarrollara una lluvia de ideas del tema anterior para lograr una conexión con el tema a tratarse.

Posteriormente se dará la charla educativa sobre las dimensiones de la adherencia terapéutica del tratamiento farmacológico.

Momento final o de cierre

Se harán las conclusiones del tema y se evaluara mediante preguntas y respuestas simples. Finalmente se solicitara que para el próximo encuentro traigan los medicamentos que actualmente están recibiendo para su enfermedad.

MODULOS EDUCATIVOS

Guía educativa N°: 6

Fecha: (Semana 6)

Población Beneficiaria: Pacientes con hipertensión arterial

Duración: 120 min

Tema: Guía de control de adherencia farmacológica individual.

OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	DURACION	RECURSOS	RESPONSABLE
Mejorar la adherencia terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de una guía personalizada de administración de fármacos. ▪ Evaluación final. 	Dinámica rompe hielo: (esto me recuerda a...) Lluvia de ideas Charla educativa Taller. Preguntas y respuestas.	10 min 10 min 60 min 20 min 20 min	computadora, diapositivas infocus, pizarra, marcadores, Tríptico esferográficos, hojas de papel boon test, trípticos	Médico familiar

DINAMICA 6

ESTO ME RECUERDA

Objetivo: Animación, Concentración.

Desarrollo: Esta dinámica consiste en que un participante recuerda alguna cosa en voz alta. El resto de los participantes manifiesta lo que a cada uno de ellos, eso les hace recordar espontáneamente. Ejemplo: "pensé en una gallina", otro "eso me recuerda...huevos" etc. Debe hacerse con rapidez. Si se tarda más de 4 segundos, da una prenda o sale del juego.

Momento inicial o de introducción

Se informara a los participantes que se trata de la última sesión educativa y que de esta dependerá mucho los objetivos finales de la intervención

Se inicia con una charla de una guía que ayude a mejorar la adherencia, y posteriormente se solicitara que individualmente cada paciente elabore sus estrategias individuales para mejorar la adherencia terapéutica.

Para terminar se realizaran al azar preguntas como:

- ¿Me gusto?
- ¿No me Gusto?
- ¿Qué Aprendí?
- ¿Qué otras cosas me gustaría aprender?
- ¿Cómo la pasé?
- ¿Cómo me sentí?

Para la evaluación final se aplicara un post test y se entregara un certificado de asistencia a cada uno de los participantes.

CONCLUSIONES

- En el estudio prevalece el sexo femenino, las amas de casa, con instrucción básica, casados, como patología asociada más frecuente se encuentra la dislipidemia, el esquema terapéutico más utilizado por los pacientes es la mono terapia y en su mayoría asisten a consulta médica 1 a 2 veces en el año.
- Los pacientes hipertensos no son adherentes al tratamiento farmacológico y existe un conocimiento no satisfactorio sobre la adherencia.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre adherencia y la adherencia terapéutica y entre la adherencia y la asistencia a consulta médica anual.
- El bajo conocimiento sobre la adherencia terapéutica de la hipertensión arterial, influye en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, por lo que tiene un impacto favorable el diseño de una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre la misma.

RECOMENDACIONES

- Evaluar de una forma regular el grado de adherencia que tienen los pacientes que acuden a la consulta médica.
- Involucrar la participación activa de distintos profesionales del ámbito sanitario para la prevención, detección y abordaje de la baja adherencia al tratamiento.
- Socializar a los equipos básicos de salud del Centro de Salud de Guano con los resultados obtenidos en el estudio y lograr que se ejecute la propuesta de intervención educativa.
- Se debería aplicar la intervención educativa propuesta en poblaciones similares a fin de que al mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico sea una estrategia de control y prevención de complicaciones de la hipertensión arterial y mejorar la calidad de vida de los hipertensos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguiar J, Álamo M, Móntes E, Moreno G, Luján G, Rodríguez A, Plasencia M** (2012). *Adherencia terapéutica*. Infarma; 4(3). Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3db8f905-1dd8-11e2-afb1-b9b-294c3b92c/infarma_vol_4_3_Adherencia_Terapeutica.pdf
- Arévalo M, López M, López D, Martínez, F** (2016). *Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial*. RevMed HJCA; 8(1): 8-13. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.01>
- Arias, Albuja Grace; Pérez, R. Fanny, V** (2014). *Valoración de la adherencia a la terapéutica prescrita y sus factores condicionantes en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial sistémica esencial tratados en el Hospital Delfina Torres viuda de Concha*. (Tesis-Pregrado) Pontificia Universidad Católica del Ecuador; p.80-120.[online] [citado 2016 Oct.]. Disponible en URL: <http://repositoriuce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7280/11.27.001020.pdf?sequence=4pdf>.
- Arnold-Domínguez, Y** (2012). *Elaboración de programas de promoción y educación en enfermedades crónicas no transmisibles. Aspectos básicos*. Revista Finlay ISSN 2221-2434 [revista en Internet]. [citado 2016 Oct 5]; 2(2). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/62>
- Ávila Sansores, G. M., Gómez-Aguilar, P., Yam-Sosa, A. V., Vega-Argote, G., Franco-Corona, B. E** (2013). *Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México*. Aquichan. Vol. 13, No. 3, 373-386.
- Barranco, M. A., & Vargas, F. D** (2010). *Tutorial de enfermería*. Test Vol. III. Madrid, ES: Editorial CEP, S. L. Retrieved from <http://www.ebrary.com>. Consultado: 26/09/2016. Disponible

<http://site.ebrary.com/lib/epoch/reader.action?ppg=573&docID=10664761&tm=1474921501540>.

Bergstrom J et al. (2005). *Progression of renal failure in manisretardedwith more frequentclinicalfollow-ups and betterblood-pressurecontrol*. *ClinicalNephrology*, 25:1-6.

Carhuallanqui. Rolando, Gabriela Diestra-Cabrera, Jessica Tang-Herrera, Germán Málaga (2010). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general*. *Hered*; 21:197-201).

Caro JJ, Payne K (2000). *Real-worldeffectiveness of antihypertensivedrugs*. *Canadian Medical AssociationJournal*, 162:190-191.

Coque. T, Lucy (2011). *Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo marzo del 2011*. (Seminario de Graduación) Universidad Técnica de Ambato, p.78-106. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3154/1/TESIS%20GRADUACION.pdf>.

Chaves Brenes, Liliana. (2013). *Evidencia que soporta el uso de la terapia combinada en el tratamiento de la hipertensión arterial*. *Revista Costarricense de Cardiología*, 15(1), 03-04. RetrievedNovember 07, 2016, from. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422013000100001&lng=en&tlng=es.

Flores, Yessenia (2014). *Estudio comparativo de la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al servicio de medicina interna en consulta externa del hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS vs Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja*. (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Loja. Ecuador. P.12-14.

- Freire W. B et al.** (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013*. Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. [Online] Resumen ejecutivo (1): [5-114]. Disponible en: <http://issuu.com/saludecuador/docs/ensanut>
- Forette F et al** (2002). *Systolic Hypertension in Europe Investigators. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study*. *Archives of Internal Medicine*, 162:2046-2052.
- García Tejera, M** (2012). *Relación Médico -Paciente: Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas*.
Disponible en:
http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm (Revisado, agosto 2012)
- García Martínez, A, et al.**(2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Aran Ediciones SA, España,. Disponible en:
https://books.google.com.ec/books?id=RR6m7eU_Vb8C&pg=PA37&lpg=PA37&dq=estrategias+educativas+en+salud+definicion&source=bl&ots=L_cvKwljnO&sig=Kp8--Ft4x34FoZ7D-N4LuECTnOE&hl=es-
- Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J.** (2009). *Eds. Harrison Principios de Medicina Interna 17a Ed. México: McGraw-Hill Education; p 241: 1557 – 1558.*
- Fauci, Anthony S. et al.** (2010). *Eds. Harrison "Principios de Medicina Interna", 18ª Edición. Vol. 2, Capítulo 247. Enfermedad vascular hipertensiva, p 2042-2059.*
- Focesí MC, et al.** (2000). *Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: especificidades, interfaces, intersecciones*. *Promotion&Education: International Journal of Health Promotion and Education* [revista en Internet]. 2000 [citado 26 May 2009]; 7(4): [aprox. 12p]. Disponible en:
<http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/xviconf.htm>

Goodman & Gilman (2012). *Las bases farmacológicas de la Terapéutica*, 12ª edición, a Graw Hill Interamericana, México, Vol. I. p. 881

Grever María, Vila-Sansores (2013). *Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México/A qualitative approach to barrier to adherence to therapy among the chronically ill in guanajuato, Mexico/Um enfoque qualitativo nas barreiras de adesão à terapêutica em doentes crônicos de guanajuato, México*. *Aquichan*, 13(3), 373-386. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1511499182?accountid=36724>

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. T (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.

JAMA (2003). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure – JNC 7 Report.*: p 89: 2560-2572

James PA, Oparil S, Carter BL, et al (2014). *Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*. *JAMA* 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427.

Jordán Padrón M, et al. (2011). *Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa*. *Rev Méd Electrón [Internet]*. Jun-Jul [citado: fecha de acceso];33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>

Instituto Nacional de Estadística y Censos; Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan estratégico nacional para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, proceso de normatización y de control y mejoramiento de la salud pública*. Quito: INEC; MSP.

- Kronish, I. M., & Ye, S** (2013). Adherenceto Cardiovascular Medications: LessonsLearned and FutureDirections. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6), 590–600. <http://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.02.001>
- Loachamin, H. Rafael; Lata, C. Fabricio, X** (2014). *Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial y sus determinantes en pacientes hipertensos ambulatorios atendidos en el servicio de Cardiología del Hospital Eugenio Espejo, durante el segundo semestre del año 2014.* (Tesis-Medicina Interna).Universidad Central del Ecuador.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4633/1/T-UCE-0006-116.pdf>
- Martín Alfonso L** (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006 [citado 7 Ene 2014]; 32(3).
- Martín, Grau, Espinosa** (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 222-238. RetrievedOctober 21, 2016, fromhttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=en&tlng=es.
- Martínez Fray** (2007). *Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos del Hospital “José Carrasco Arteaga” del IESS. Cuenca 2007.* Revista de la facultad de Ciencias Medicas. Pg.8.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MSP** (2011). *Normatización del Sistema Nacional de Salud. Programa del adulto-enfermedades crónicas no transmisibles; Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no trasmisibles (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial)* Ecuador; p50-68.
- Morisky DE, Green LW, Levine D M** (1986). *Concurrent and predictive validity of self-reportedmeasure of medicationcompliance.* *MedCare*, 24, p. 67-74.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Información general sobre la Hipertensión en el mundo*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Organización Panamericana de la Salud (2001). *Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud de los adolescentes* [Internet]. Washington, DC: OPS; [citado 28 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. JNC VII. Año 2003.15/03/2013*. Documento en línea: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado el 18 octubre, 2016, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/ncadherencia.htm>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la acción*. ISBN 92 75 325499. Artículo en línea. Disponible en: <http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

Piñaloza, Shosenka, G (2014). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al sub centro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato*.(Tesis de Pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.

Revicki DL, Frank L (1999). *Pharmacoeconomic evaluations in the real world. Effectiveness versus efficacy studies*. *Pharmacoeconomics*, 15:123-134.

Rodríguez et al. (2001). *Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular*. *Aten Prim.* 43(5): 245-253.

Romero, Tomás (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despegamos, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial? *Revista chilena de cardiología*, 33(3), 210-214. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602014000300007>

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>

Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, et al. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol.* Pg, 29:117-144. Citado 2014 Oct 02. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>

Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C., Prados Peña, D., García Caro, MP., Muñoz Vinuesa, A., & Pappous, A. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. *Index de Enfermería*, 15(54), 25-29. Recuperado en 19 de noviembre de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006002200005&lng=es&tlng=es.

Sanabria, Ramos G (2007). *Diseño del programa Educativo*. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana: ENSAP; Disponible en: <http://200.11.218.113/normativa/documentos/1-Dise%C3%B1o/7-PLANIFICACI%C3%93N%20DOCENTE%20DEL%20CURSO%202013/6-SEXTO%20A%C3%91O/Servicio%20Comunitario%20Estudiantil/BIBLIOGRAF%C3%8DA/Dise%C3%B1o%20programa%20intervGiselda.pdf>

Valentín González, F (2014). *Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal* (tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas) Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cárdenas, Disponible en:

<http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>

Varela Arévalo, María, T (2010) *El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial*. Pensamiento Psicológico, vol. 7, núm. 14, pp. 127-139. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

Varela, M., Salazar, I. , Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J. A. y Salazar, A (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA: validación de un cuestionario. *Revista Colombia Médica*, 40(4), 386-397.

Vargas, Villegas, Sánchez y Holthuis (2003). *Promoción, Prevención y Educación para la Salud*. Universidad de Costa Rica Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf>

Zambrano R, Duitama J, Posada JI, Flórez JF (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): p.163-174. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>

ANEXOS

ANEXO A. Porcentaje de preguntas evaluadas desfavorablemente por expertos en dos rondas según criterios de Moriyama

Dimensión	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	1a %	2a %	1a %	2a %	1a %	2a %	1a %	2a %
Dimensión I	16.7	0	22.3	5.7	16.7	0	16.7	0
Dimensión II	42	0	33.5	8.5	25	0	33.5	8.5
Dimensión III	22.2	0	25	2.8	16.5	2.8	16.5	2.8
Dimensión IV	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20.2	0	20.2	4.2	14.5	0.7	16.7	2.8

ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, la Doctora. Carmen Isabel Zuñiga Vaca, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema de enero a junio de 2016”, como requisito para obtener el título de especialista.

El objetivo del estudio es diseñar una estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del barrio la Inmaculada en el período de enero a junio de 2016.

Se entrevistara a los y las pacientes con hipertensión arterial mayores de 30 años, sobre cuáles son los conocimientos sobre este tema al inicio y al mes de finalizada la intervención educativa. El propósito del estudio consiste en lograr una buena adherencia al tratamiento farmacológico.

Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informado(a) sobre la importancia de este trabajo para incorporar conocimientos sobre hipertensión arterial.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

ANEXO C. CUESTIONARIO # 1

Estimado/a Sr/Sra. soy la Dra. Carmen Zúñiga Vaca posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Guano. Estoy trabajando en un proyecto relacionado con la adherencia del tratamiento farmacológico entre los pacientes con hipertensión arterial y los conocimientos que tienen sobre esta enfermedad, el proyecto va iniciando y estoy encuestando a algunos participantes para conocer más acerca de sus conocimientos por tal motivo se le solicita responder este cuestionario que es de carácter anónimo y será empleado únicamente con fines de investigación.

La entrevista tomará aproximadamente 15 minutos. No está obligado a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar nuestra conversación en el momento que usted desee.

Fecha:

Código_____

Test de Morisky-Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

SI__.

NO__.

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI__.

NO__.

3. ¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

SI__.

NO__.

4. ¿Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?.

SI__.

NO__.

ANEXO D. CUESTIONARIO # 2

Estimado/a Sr/Sra. soy la Dra. Carmen Zúñiga Vaca posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Guano. Estoy trabajando en un proyecto relacionado con la adherencia del tratamiento farmacológico entre los pacientes con hipertensión arterial y los conocimientos que tienen sobre esta enfermedad, el proyecto va iniciando y estoy encuestando a algunos participantes para conocer más acerca de sus conocimientos por tal motivo se le solicita responder este cuestionario que es de carácter anónimo y será empleado únicamente con fines de investigación.

La entrevista tomará aproximadamente 15 minutos. No está obligado a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar nuestra conversación en el momento que usted desee.

Fecha:

Código_____

DATOS INFORMATIVOS

Cuestionario

1. ¿Cuál es su edad actual?

30-36 años.....

37-43 años.....

44-50 años.....

51 -57años.....

58-64.....

65 y más.....

2. Sexo:

(0) Masculino..... **(1)**Femenino:.....

3. ¿Cuál fue su último año de educación cursado?

(1)Ninguno

(2)Básica sin terminar

(3)Básica

(4)Bachiller

(5)Superior

4. ¿Cuál es su estado conyugal actual?

- (1)Soltero/a..... (2)Casado/a-..... (3)Unión libre.....
(4)Viudo/a..... (5) Divorciado/a/..... (6)Separado/a.....

5. ¿Cuál es su actual ocupación?

- (1)Amas de casa.....
(2)Trabajador/a.....
(3)Desempleado/a.....
(4)Pensionado/a....
(5)Jubilado/a.....

6. ¿Desde hace que tiempo le diagnosticaron la presión arterial elevada:

- (0)Menos de 10 años..... (1) 10 años y más.

7. ¿De las siguientes enfermedades cuales le han diagnosticado a usted?

- (1)Colesterol y triglicéridos Altos.....
(2)Enfermedades del Corazón.....
(3)Enfermedades del riñón.....
(4)Diabetes Mellitus.....
(5)Trastornos de la Tiroides.....
(6)Gastropatías.....
(7) Obesidad.....
(8)ACV.....
(9)Ninguna.....

8. ¿En el último año cuantas veces ha asistido a una consulta médica de control de la presión arterial?

- (1)Ninguna:
(2)1 a 2 consultas al año.....
(3)3 y más consultas anuales.....

9. ¿Cuántos medicamentos recibe como tratamiento para la hipertensión actualmente?

- (0)Un medicamento (1).....
(1)(2 y más).....

10. Para Ud. ¿la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida?

- (1)Sí.... (2)No.... (3)No se.....

11.. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

(1) Sí.... (2) No.... (3) No se.....

12. ¿El cerebro, el corazón y los riñones son órganos que se pueden afectar con la presión alta?

(1) Sí.... (2) No.... (3) No se.....

13. ¿Conoce usted los valores normales de la presión arterial?

(1) 120/80 mm Hg.... (2) > 140/90 mm Hg.... (3) < 130/90 mm Hg....

(4) No se.....

14. ¿Conoce usted si la medicación para la hipertensión arterial se debe tomar durante toda la vida?

(1) Sí.... (2) No.... (3) No se.....

15. ¿Conoce el nombre del medicamento que está tomando para su tratamiento de la hipertensión arterial?

(1) Sí.... (2) No.... (3) No se.....

16. ¿Considera Ud. que los medicamentos para la hipertensión arterial pueden producir efectos adversos?

(1) Sí.... (2) No.... (3) No se.....

17. ¿Cuáles podrían ser los efectos secundarios de los medicamentos para la hipertensión arterial?

1) Tos.....

2) Hinchazón de las piernas....

3) Dolor de cabeza.....

4) Estreñimiento.....

5) Caída del cabello....

6) Alteraciones de la glucosa.....

7) Diarrea.....

8) Acidez estomacal.....

9) Ansiedad.....

10) Reacciones en la piel.....

11) Trastornos del sueño....

12) Calambres.....

13) Ninguna.....

18. ¿Considera que el abandono del tratamiento para la hipertensión arterial produce algún efecto para el paciente?

(1) Sí.... (2) No.... (3) No se.....

19. Las razones para que un paciente hipertenso abandone el tratamiento farmacológico son:

- 1) Desconocimiento de la gravedad de la enfermedad....
- 2) Ausencia de síntomas al momento....
- 3) Costo del tratamiento....
- 4) Descontento con la atención médica recibida....
- 5) No tiene tiempo para tomar la medicación.....
- 6) Falta de apoyo familiar....
- 7) No acude a consulta médica....
- 8) Las molestias del tratamiento.....
- 9) No sabe....

20. ¿Cuáles son las consecuencias del abandono del tratamiento de HTA?

- 1) Elevación de las cifras de la presión arterial.....
- 2) Ataque cardíaco.....
- 3) Trastornos del sueño.....
- 4) Mantiene valores normales de la tensión arterial.....
- 5) Enfermedad cerebrovascular.....
- 6) Ansiedad y depresión.....
- 7) Insuficiencia renal.....
- 8) Aumento de peso.....
- 9) Trastornos visuales.....
- 10) No sabe.....

21. El abandono del tratamiento farmacológico para la Hipertensión arterial depende de:

- 1) Del centro de salud....
- 2) Del médico tratante....
- 3) Del paciente....
- 4) De la familia del paciente....
- 5) Del personal de salud, del paciente y su familia....
- 6) No sabe....

22. ¿Es importante respetar los horarios indicados por el médico para el tratamiento de la hipertensión arterial?

(1) Sí.... (2) No.... (3) No se.....

23. ¿Si alguna vez olvida tomar la medicación en el horario señalado sería útil tomarlo más tarde?

(1) Sí.... (2) No.... (3) No se.....

24. El horario adecuado para un paciente con hipertensión arterial tomar los medicamentos es:

- 1) A la misma hora todos los días....
- 2) En horas diferentes del día.....
- 3) No se....

Gracias por su colaboración

Dra. Carmen Zúñiga Vaca
Medico Posgradista de Salud Familiar

ANEXO F. RECURSOS/PRESUPUESTO:

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Salario

Recurso humano	Salario devengado	% Seguridad Social	Salario Total	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico posgradista	1.200	70.40	1.129,60	10%	112,96

Total de gastos por concepto de salario: \$ 112,96

2. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	200	0,02	4,0
Tóner impresora láser	Unidad	2	10,0	20,0
Perforadora	Unidad	1	10,0	10,0
Calculadora	Unidad	1	10,0	10,0
Total				44,0

Total de gastos por material de oficina: \$ 44,0

3. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	1	400,0
Impresora Láser	Unidad	1	1	200,0
Total				600,0

Total de gastos por equipos: \$ 600,0

4. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	150	0,05	7,50
Anillado	Hoja	4	2,00	8,0
Fotocopias	Hoja	600	0,02	12
Total				27,50

Total de gastos por servicios: \$ 21,50

5. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Viajes (gastos en combustible)	litro	100	2,0	200
Alimentación	unidad	25	2,50	62,50
Total				262,50

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Personal	677,76
Material de oficina	44,00
Equipos	600,0
Servicios	27,50
Otros gastos	262,50
Total	1611,76

Imprevistos 10 % del Total: 161,176

Total de gastos directos: \$ 1772,94