



**Unidad Académica de Salud y Bienestar
Carrera de Enfermería
Sede Azogues**

**“Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos del centro de Salud Mariano Estrella.
Periodo septiembre 2019 – febrero 2020.**

Trabajo de titulación previo al título
de Licenciada(o) en Enfermería.

Autora:

Evelyn Cristina Vinces Guevara

CI: 1105324279

Ecvincesg79@est.ucacue.edu.ec

Directora:

Mg. Gloria Alexandra Latacela LLigui

CI:0301837977

Azogues –Ecuador

Febrero 2020.



RESUMEN

La adherencia al tratamiento es la actitud de la persona ante las prescripciones farmacológicas según la indicación médica. **Objetivo:** Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el centro de Salud Mariano Estrella. **Metodología:** Investigación aplicada, descriptiva, de corte trasversal con enfoque cuantitativo. **Muestra:** 151 usuarios que presentaron hipertensión arterial, diabetes mellitus y las dos patologías en conjunto. **Técnica:** Encuesta. **Instrumentos:** Test para medir conocimientos sobre la patología y test de Morisky para medir adherencia al tratamiento. **Resultados:** El 44,1% de los pacientes estudiados estuvieron en edades entre 65 años y más, prevalece el sexo femenino 57,9%, 59,9% de los pacientes son casados, el 16,4% tuvieron instrucción secundaria completa, llama la atención un porcentaje parecido de analfabetismo 15,8%. El 38% de los pacientes padecía hipertensión, 33% diabetes, y el 27% las dos patologías. El 46,1% de los participantes tuvo un nivel de conocimientos calificado como medio sobre la patología; referente a la adherencia al tratamiento el 93,4% no fueron adherentes y apenas el 6,6% es adherente al tratamiento. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes estudiados no fueron adherentes al tratamiento farmacológico, ello significa que donde 9 de cada 10 pacientes no toman la medicación como lo indica el médico, y conocen medianamente la patología que padecen.

Palabras Clave: Adherencia al tratamiento, tratamiento farmacológico, diabetes mellitus, hipertensión arterial.



ABSTRACT

Adherence to treatment is the person's attitude to drug prescriptions according to the medical indication. Objective: To determine adherence to pharmacological treatment in diabetic and hypertensive patients treated at the Mariano Estrella Health Center. Methodology: Applied, descriptive, cross-sectional research with a quantitative approach. Sample: 151 users who presented arterial hypertension, diabetes mellitus and the two pathologies together. Technique: Survey. Instruments: Test to measure knowledge of the pathology and Morisky test to measure adherence to treatment. Results: 44.1% of the patients studied were between the ages of 65 and over, the female sex prevailed 57.9%, 59.9% of the patients were married, 16.4% had complete secondary education, and a similar percentage of illiteracy was noted (15.8%). Thirty-eight per cent of the patients suffered from hypertension, 33 per cent from diabetes, and 27 per cent from both diseases. Forty-six percent of the participants had a qualified level of knowledge about the pathology; with regard to adherence to treatment, 93.4% were not adherent and only 6.6% were adherent to treatment. Conclusion: The majority of the patients studied were not adherent to the pharmacological treatment, which means that where 9 out of 10 patients do not take the medication as indicated by the doctor, and have an average knowledge of the pathology they suffer from.

Keywords: Adherence to treatment, drug treatment, diabetes mellitus, high blood pressure.



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR

Certifico que el presente trabajo denominado: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS ATENDIDOS DEL CENTRO DE SALUD MARIANO ESTRELLA. PERIODO SEPTIEMBRE 2019 – FEBRERO 2020”; realizado por Evelyn Cristina Vínces Guevara con documento de identidad: 1105324279, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica; por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa ante el respectivo tribunal.

Azogues, febrero 2020

Mg. GLORIA ALEXANDRA LATACELA LLIGUI
TUTOR/DIRECTOR



DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Evelyn Cristina Vincés Guevara con documento de identidad: 1105324279, declaro que los conceptos, análisis y conclusiones del trabajo de titulación denominado: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD MARIANO ESTRELLA. PERIODO SEPTIEMBRE 2019 – FEBRERO 2020”, es de mi absoluta responsabilidad y propiedad, que no han sido previamente presentados para ningún grado o calificación profesional, respetándose íntegramente los derechos intelectuales de otras personas mediante el uso de citas.

Se autoriza a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA la publicación parcial o total de este trabajo y su reproducción sin fines de lucro

Azogues, febrero 2020

Evelyn Cristina Vincés Guevara

CI: 1105324279



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, brindándome salud, sabiduría, fortaleza espiritual y permitirme culminar con mis estudios satisfactoriamente.

A mis padres porque ellos fueron mi apoyo emocional, fueron mi guía, a mi madre especialmente que supo sembrar en mi desde muy pequeña la semilla de superación con sus enseñanzas y amor constante en este camino recorrido, a mis hermanos porque ellos han estado ahí brindándome su apoyo constante siempre.

A ti amor que desde el día que te conocí has sido mi compañía en el final de este trayecto, dándome aliento y apoyo incondicional para lograr este objetivo a pesar de las adversidades.



AGRADECIMIENTO

Mis sinceros agradecimientos a todos los docentes que pudieron compartir sus conocimientos con mi persona para poder culminar mi proyecto de tesis especialmente a Lic. Mg. Gloria Alexandra Latacela Lligui por darme la apertura y ser guía en la investigación.

Al Dr. Andrés Ramírez por haberme impartido conocimientos y haberme ayudado para poder terminar mi proyecto de investigación en el área de estadística, a los docentes lectores por poder ayudarme a mejorar el presente trabajo.

Al centro de Salud Mariano Estrella, a su Director por haberme permitido ingresar al centro de salud, a su población por haberme permitido llegar a sus hogares y poderme brindar la información necesaria y sincera para realizar la tesis y obtener un resultado satisfactorio.

Finalmente afirmar mi gratitud a mis padres y hermana/os y esposo por la ayuda, y su paciencia, por ser siempre un estímulo para impulsarme a continuar a pesar de muchos obstáculos y barreras en el trayecto de mi proceso universitario.



ÍNDICE.

RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR.....	IV
DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
LISTA DE TABLAS.....	X
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. 1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2. 1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4. Justificación.....	5
1.5. Delimitación de la Investigación.....	6
1.6. Factibilidad y Viabilidad de la investigación....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.2. Bases teóricas.....	10
2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles.....	10
2.2.2. Diabetes.....	11
2.2.3. Hipertensión.....	17
2.2.4. Adherencia al tratamiento farmacológico.....	24
2.2.5. Acción del médico ante la adherencia.....	27
2.3. Bases legales.....	28
2.4. Definición de términos básicos.....	30
2.5. Marco Teórico Operacional.....	31
2.5.1. Sistema de Variables.....	31
2.5.2. Operacionalización de variables.....	31
CAPÍTULO III.....	33



3. MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Tipo y Diseño de investigación.....	33
3.2. Población y Muestra.....	33
3.2.1. 3.2.1 Universo.....	33
3.2.2. 3.2.2 Muestra.....	33
3.3. Aspectos Éticos de la investigación.....	34
3.3.1. Consentimiento Informado.....	34
3.3.2. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	34
3.3.3. Criterios de Inclusión.....	34
3.3.4. Criterios de Exclusión.....	35
3.4. Método.....	35
3.5. Técnica de la Recolección de datos.....	35
3.6. Técnica de procedimiento y análisis de datos ¡Error! Marcador no definido.	
CAPÍTULO IV.....	37
4. RESULTADOS.....	37
4.1. Análisis e interpretación.....	37
4.2. Discusión.....	41
CAPÍTULO V.....	44
5. Conclusión y Recomendaciones.....	44
5.1. Conclusiones.....	44
5.2. Recomendaciones.....	44
Cronograma de Actividades:.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46



LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Caracterizar los factores sociodemográficos de la población de estudio.....	37
Tabla 2 Identificar el grado de conocimiento de la enfermedad crónica diabetes e hipertensión.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3 Establecer el comportamiento de los usuarios en la toma de medicación.	¡Error! Marcador no definido.



INTRODUCCIÓN

La adherencia sigue siendo en la actualidad un proceso complejo y multidimensional, la importancia para una buena adherencia parte de como el sistema de asistencia de salud logre identificar el conjunto de factores que afectan al paciente, el principal factor es el socioeconómico que desencadena la pobreza, el analfabetismo, poco acceso a la educación, desempleo, condiciones de vida inestables, al no identificar dichos factores estos conllevan a presentar problemas con la enfermedad, el tratamiento, y el paciente ⁽²⁵⁾.

En el Centro de Salud Mariano Estrella diariamente se atienden a pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, además de ofrecer el club de adulto mayor en el que se brinda asesoría en cuanto al autocuidado de las enfermedades crónico degenerativas. Sin embargo, no se cuenta con datos objetivos sobre la eficacia de las actividades de promoción y prevención aplicadas.

La finalidad del estudio es determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el centro de Salud Mariano Estrella.

En el capítulo uno del estudio detalla cómo nació la iniciativa de realizar un trabajo investigativo sobre el tema, los objetivos de la investigación y los diferentes porcentajes que existen a nivel mundial de la adherencia al tratamiento farmacológico.

En el capítulo dos se presenta los antecedentes de la investigación, bases legales que han sido creadas con la finalidad de dar facilidad y fomentar la problemática de las enfermedades crónicas, y los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico.

El capítulo tres describe el tipo de investigación que se realizó; su prevalencia, la población y la muestra de estudio. El tipo de instrumento que se utilizó, técnicas y procedimientos para la recolección y análisis de la información.

El capítulo cuatro muestra los resultados obtenidos en la investigación, el grado de conocimiento que presentan los pacientes, y principalmente el comportamiento que presentan al momento de adherirse al tratamiento farmacológico.



El capítulo cinco detalla las conclusiones a las que la investigación llegó y recomendaciones para disminuir o en lo posible lograr que los pacientes tengan una mejor adherencia al tratamiento farmacológico.



CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la enfermedad crónica, como enfermedad con duración mayor a 6 meses y en general evoluciona lentamente. Se considera enfermedades crónicas no transmisibles a las siguientes patologías: enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, afecciones maternas, perinatales y nutricionales, otras enfermedades no trasmisibles ⁽¹⁾.

Las Enfermedades Crónicas No trasmisibles (ECNT) presentan complicaciones por muchos factores, creyendo que unos de los factores más importantes a tomar en cuenta ha sido el incumplimiento terapéutico, basándose en diferentes estudios realizados por Organización Mundial de la Salud esta entidad considera, este como un problema que debe tomar prioridad dentro del sistema de salud pública por las consecuencias que este puede ocasionar a largo plazo ⁽²⁾.

Carmona, M. y colaboradores ⁽⁴⁾ estudio realizado en la ciudad Pamplona Navarra España sobre Adherencia al tratamiento en el paciente crónico, con una muestra de 46 participantes y como resultados acerca del tratamiento establecido se evidenció que el 15,2% no tiene ningún problema a la hora de seguir el tratamiento, el 64,9% le resulta difícil cumplir el tratamiento, el 71,98% creen que es difícil seguir todas las recomendaciones prescritas, el autor concluye que se requiere investigaciones para mejorar la adherencia, con intervenciones específicas.

En un estudio sobre adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una Unidad de Salud de Paraguay, realizado por Sigüenza en el año 2018, con una muestra de 70 hipertensos y 56 diabéticos, obteniendo resultados de un 59% de hipertensos no se adhieren al tratamiento y un 61% de diabéticos tampoco se adhieren a su tratamiento. El autor concluye que es importante que se aplique diseño de estrategias educativas adaptadas y validadas culturalmente para la promoción de la salud ⁽³⁾.

En Sangolqui – Quito, se realizó un estudio en el año 2016, sobre el Nivel de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos portadores de enfermedades



crónicas del club de adulto mayor, con el objetivo de establecer el nivel de adherencia farmacológica y la relación con valores antropométricos y metabólicos, con una muestra total de 83 adultos mayores, dentro del resultado se evidencio un nivel de adherencia de 50,60% , como conclusión se requiere mejorar el manejo empático en los usuarios con polifarmacia para promover la no adherencia al tratamiento⁽⁵⁾.

En estudio realizado por Sigüenza ⁽⁶⁾ en la ciudad de Cuenca, sobre la adherencia terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos, busca determinar la relación de la adherencia terapéutica farmacológica, con la participación de 206 pacientes, como resultado se evidencio que el 65% se adhieren al tratamiento farmacológico, el 80% dio como resultado que las mujeres hacen más adherencia que los hombres.

1.2. Formulación del problema

¿Existe adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el centro de Salud Mariano Estrella.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar los factores sociodemográficos de la población de estudio.
- Identificar el grado de conocimiento de la enfermedad crónica diabetes e hipertensión arterial.
- Establecer la adherencia de los usuarios en la toma de medicación.



1.4. Justificación.

La adherencia terapéutica es un problema a nivel mundial que afecta directamente a la población mayor de 65 años, y las tasas de morbilidad siguen en aumento con el pasar de los años, nuestro país garantiza atención integral de salud para toda la población, despertando así la necesidad de crear estrategias que vayan dirigidas a la educación, prevención, y así con trabajo conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MSP) aplicar proyectos que vayan orientados a la mejora de dicho problema.

El presente estudio tiene como finalidad aportar información acerca de la adherencia y no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en la consulta externa, para que dicha información sirva como un instrumento de apoyo para generar proyectos en cuanto a la educación, promoción de la salud y prevención de que los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mariano Estrella y con ello apuntar a la reducción de morbi-mortalidad por enfermedades crónicas por tratamientos mal empleados.

Como profesionales del área de salud, buscando una mejora de un problema como es la adherencia al tratamiento farmacológico, debemos centrarnos directamente en el paciente, en que factores conlleva a que hagan adherencia al tratamiento prescrito por su médico tratante, identificar si el problema viene vinculado a la atención brindada por el personal de salud o factores externos al centro de salud.

Así como también, explicar el nivel de conocimientos que tengan el grupo de participantes sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, siendo de gran importancia porque nos concederá información valiosa para conocer de cerca la realidad en la que viven estas personas y lograr hacer conciencia de la gravedad que conlleva abandonar los tratamientos para sus enfermedades.

Finalmente debemos aportar que, este será un punto de partida para futuras investigaciones, que puedan llevar a encontrar soluciones al problema planteado, justificándose en esta investigación, considerando además el desarrollo que es parte de un requisito previo de la Universidad Católica de Cuenca para obtener el título de Licenciada en Enfermería, que forma parte en el campo de la salud y contribuye al fortalecimiento de parte de los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias.



1.5. Delimitación de la Investigación

Esta investigación será realizada dentro de un periodo de seis meses siendo entre el mes de septiembre 2019 febrero 2020, describir la adherencia farmacológica en pacientes diabéticos y/o pacientes hipertensos atendidos en el centro de Salud Mariano estrella de la ciudad de Cuenca.



CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Ortiz, D. ⁽⁷⁾ y Colaboradores. En un estudio realizado en el año 2019 en la Habana Cuba sobre la Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial, el principal objetivo de evaluar la adherencia terapéutica y los conocimientos sobre hipertensión arterial en pacientes adultos, efectuando un estudio observacional, con una muestra de 54 pacientes adultos atendidos en la consulta externa, se aplicó el Test de Morisky-Green, método indirecto, Test de Batalla un cuestionario habitual por su sensibilidad, obteniendo un resultado de una adherencia del 48%, y el principal factor para una adherencia es la polifarmacia con un 83.3%, seguido de un 72,2% con la dificultad de la obtención de la medicación, el autor llega a la conclusión que los pacientes con hipertensión arterial es baja.

En una investigación realizada por Hernández, J. ⁽⁸⁾ y colaboradores, sobre la adherencia al tratamiento farmacológico para la diabetes e hipertensión, cuyo fin fue evaluar la tasa de adherencia al tratamiento farmacológico para diabetes e hipertensión en los parámetros antropométricos y cardiometabólicos, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 101 participantes, dando como resultado que el 31,1% de hipertensos estaban controlados y el 59% de diabéticos se adhieren por el sedentarismo. El autor concluye que existe un alto porcentaje de pacientes que padecen diabetes mellitus e hipertensión arterial que aún no ha sido posible controlar la toma de su medicación.

Aranzazu, L. ⁽⁹⁾ y colaboradores, y colaboradores en el años 2019 realizan un estudio de la Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim Castellón, con la finalidad de determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y estilos de vida saludables de los diabéticos tipo 2, se llevó a efecto bajo un estudio descriptivo transversal con una muestra de 401 participantes, se empleó la encuesta de Morisky-Green, se encontraron resultados que el 29,8% se adhieren al tratamiento, llegando a la deducción que sigue existiendo incumplimiento del tratamiento, lo que hace necesario seguir investigando para una mejora en la educación para la salud.



Bello N. ⁽¹¹⁾ recientemente en un estudio sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados, describieron el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y los factores asociados a los adultos mayores con diabetes tipo 2, con la participación de 211 usuarios en un estudio corte transversal, aplicando el test de Morisky Green Levine mediante este se evidenciándose que el 57,72% de los adultos mayores se adhieren al tratamiento farmacológico y el 48,28% no seguían su tratamiento, concluyendo que la adherencia se debe a factores sociodemográficos.

En un estudio que se llevó acabo Herrera, C. En Ibarra – Imbabura en el año 2019, sobre la adherencia a los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico en paciente adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, con el objeto de determinar factores que influyan en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de 65 – 85 años con Diabetes Mellitus tipo 2, mediante un estudio de corte transversal con 101 participantes, aplicando el Test Morisky-Green Levine y Hemoglobina glucosilada para medir la adherencia al tratamiento farmacológico ⁽¹⁰⁾.

Dando como evidencia que el 47% de pacientes son cumplidores y el 53% restante no cumplen con su tratamiento farmacológico, asociando que los factores sociodemográficos y funcionales son significativos con el incumplimiento al tratamiento, el autor deduce que los factores estudiados son de gran asociación con la falta de la adherencia al tratamiento farmacológico en la población adulta mayor diabética ⁽¹⁰⁾.

Sigüenza, N. ⁽⁶⁾ realizaron un estudio referente a la adherencia terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos, buscando determinar la relación de la adherencia terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial, con la falta de conocimiento de la enfermedad y el incumplimiento de la toma de la medicación, con participación 206 pacientes hipertensos, se les aplico el Test de Morisky-Green y Test de Batalla y el conteo de su medicación, resultando una adherencia terapéutica es de un 65%, el autor concluye que la adherencia terapéutica tuvo un alto valor al esperado, superando así las expectativas de un país en desarrollo.



Pesantez, V. ⁽¹²⁾ y colaboradores en el año (2016) en la ciudad de Cuenca realizan un estudio de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, buscando determinar la adherencia terapéutica farmacológica y sus factores asociados, con una muestra de 211 participantes hipertensos, aplicando un test de Morisky Green y batalla, obteniendo el 77,7% de adherencia terapéutica, concluyendo que la prevalencia mayor de la adherencia terapéutica es pacientes hipertensos con baja escolaridad.



2.2. Bases teóricas

Enfermedades crónicas no transmisibles.

Se define a la enfermedad crónica como un proceso patológico con evolución alargada, que no se puede resolver de manera rápida, generando un problema en la sociedad, desde un punto de vista económico, discapacitante y de una perspectiva social, considerada una etiología múltiple, su progresión es poco predecible, se presentan mediante numerosos factores de riesgo para la salud ⁽¹³⁾.

Existen diferentes factores de riesgo que provocan cambios en la salud como, dietas inapropiadas, estilo de vida poco saludable, uso nocivo de alcohol y tabaco, sedentarismo, considerando estos factores que forman parte de un problema a nivel mundial de la salud pública, con gran impacto en los países en desarrollo, este problema podría mejorar si el personal que forma parte del sistema sanitario de salud hiciera énfasis en los estilos de vida que llevan los pacientes, implementando intervenciones del control que vayan encaminados a disminuir problemas a futuros ⁽¹³⁾.

La Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012-2014), destacaron al sobrepeso y la obesidad como la verdadera epidemia que afecta a todos los grupos de edad, ocasionando incremento de las enfermedades no transmisibles en el Ecuador. Las principales enfermedades no transmisibles (ENT) son la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares la causa principal ha sido el aumento de la tasa de mortalidad e incidencia individual y familiar ⁽¹⁴⁾.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador da relevancia a las Enfermedades crónicas no transmisibles, en la Agenda Internacional de Salud por parte del Jefe de Estado ha dado el valor significativo al problema de estas patologías por lo que ahora se brinda una atención mayor al tratamiento que requiere cada patología, dado a que va en crecimiento la incidencia y prevalencia de las mismas, significando un daño social en familias, comunidades y directamente a las poblaciones más pobres y de esta manera causa un daño elevado para el desarrollo humano ⁽¹⁴⁾.



En Ecuador en el año 2011 las enfermedades crónicas no transmisibles, representaron porcentajes elevados de mortalidad con un 47,8% entre personas de los 30 a 69 años de edad, siendo las enfermedades cardiovasculares con un 25% causa principal de decesos de personas mayores de 30 años, en el mismo año la tasa de mortalidad bruta por diabetes mellitus fue de 29,3 % por 100.000 habitantes, y la enfermedad hipertensiva con una tasa de mortalidad del 28,8% por 100,00 habitantes ⁽¹⁵⁾.

Mediante datos de los registros de morbilidad y mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el año 2012 mediante la consulta externa del Ministerio de Salud Pública se evidencian datos importantes sobre la prevalencia de la enfermedad hipertensiva en el Ecuador, la hipertensión medida por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) ha dado un porcentaje en la pre hipertensión arterial del 37,2% de prevalencia el 27,1% en mujeres y 48,0% en hombres, la OPS/OMS considera que la población que padecen esta enfermedad no conocen la importancia el riesgo su enfermedad lo daños significativos que pueden causar en su salud ⁽¹⁵⁾.

La prevalencia en el Ecuador de diabetes mellitus según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2012, detalla que la prevalencia de hiperglucemia no incluye en el antecedente de diabetes, ni de recibir tratamiento; en el estudio realizado en personas con una edad estimada de 10 a 59 años, evidenciando que el 2,7% del área urbana y el 1,6% del área rural presenta prevalencia más alta de glucemia mayor al 126 mg/dl, registrando que no existe antecedentes de diabetes, y que los paciente no reciben ningún tipo de tratamiento con cualquier tipo de sustancia, lo que conlleva a futuras investigaciones para detectar a que se debe este problema ⁽¹⁵⁾.

Diabetes

Definición

La Organización Mundial de la Salud define a la diabetes como una enfermedad crónica degenerativa que afecta al páncreas, lo que hace que este no produzca la suficiente insulina que necesita el organismo, cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la



hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), se clasifica en diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional ⁽¹⁾.

La OMS clasifica a la diabetes mellitus en, diabetes tipo 1 denominada diabetes no insulino dependiente o juvenil, se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina. Diabetes tipo 2 que es denominada diabetes no insulino dependiente o del adulto, se trata de la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física. La diabetes gestacional que corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo ⁽¹⁾.

Clasificación

Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)

La DM1 daña las células β del páncreas, ocurre una producción baja de insulina e hiperglucemia, esta patología es la más frecuente en los niños y adolescentes, la DM1 se subdivide en dos, diabetes mellitus 1A o inmunitaria y diabetes mellitus 1B o idiopática, la población se ve afectada en un 95% de casos por enfermedad inmunitaria, con un porcentaje mínimo de un 5% de casos por diabetes mellitus idiopática, la mayor parte de los pacientes presenta anticuerpos de los antígenos de células β antes de que sean diagnosticados con la enfermedad y posterior al inicio de la diabetes clínica ⁽²⁵⁾.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Es una patología crónica degenerativa, se caracteriza por el déficit de la función de las células β del páncreas y la resistencia que ejerce el organismo a la insulina. Clínicamente se manifiesta por el deterioro de múltiples parámetros: alteración de la glucosa, prueba de la hemoglobina glicosilada alterada (HbA1c), glucosa alterada en ayunas y la glucemia postprandial con niveles altos. La DM2 al pasar del tiempo aumenta la concentración de glucosa en la sangre, se da al principio con la ingesta de los primeros alimentos y al pasar de los años en estado de ayuno ⁽²³⁾.



Presenta diferentes alteraciones genéticas, la aparición de la enfermedad, edad clínica, la alimentación adecuada es otro factor importante en relación a los factores ambientales (obesidad). El conocimiento de todos estos factores permite el diagnóstico en sujetos con riesgo de padecer daño microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía periférica), y macroangiopático (coronariopatía y vasculopatía periférica) ⁽²³⁾.

Diagnóstico

Para diagnosticar la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se utiliza diferentes tipos de diagnóstico, se debe realizar una hemoglobina glucosilada A1c (HbA1c)* mayor o igual a 6,5 %, realizar una glucemia en ayunas que se debe medir en el plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl y se debe confirmar con una segunda prueba, otro diagnóstico, es la toma de glicemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl después de dos horas de aplicar 75gr de glucosa mediante una prueba, y bajo síntomas clínicos de diabetes más una glucosa causal en plasma venoso que sea igual a 200 mg/dL ⁽²³⁾.

Tratamiento de diabetes

Objetivos del tratamiento

- Evitar que se presenten síntomas en el paciente y que exista hiperglucemia y complicaciones de la enfermedad.
- Que el paciente tenga conocimiento que debe realizar actividad física, cambio en el estilo de vida para mejorar la calidad de vida.
- Aminorar las complicaciones crónicas que se puedan presentar.

Tratamiento preventivo

Está demostrado que pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 o están en riesgo de padecerla o pacientes con antecedentes familiares (obesidad, hipertensión arterial, personas mayores de 45 años de edad, mujeres con hijos macrosómicos, con síndrome de ovario poliquístico, alteración de la glucosa en ayuno, en algunos pacientes se puede lograr retrasar un 58% la aparición sintomatológica de la enfermedad en los primeros 3 años con la administración de



medicamentos como: metformina, acarbosa, repaglinida y rosiglitazona que son de un gran efecto en el tratamiento preventivo ⁽²²⁾.

Tratamiento no farmacológico

Es la manera inicial y de esta forma también se puede evitar problemas metabólicos en personas diabéticas, el tratamiento no farmacológico está compuesto principalmente por los cambios en el estilo de vida, debemos priorizar que no se dé el sobrepeso en los pacientes ya que debido a esto se puede presentar problema en la hiperglucemia, pueden producirse efectos como la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y a la vez desarrollar hipertensión arterial, dentro de esto debemos hacer algunas actividades. ⁽²²⁾.

Educación terapéutica continuada

El personal de salud debe brindar a los pacientes la educación terapéutica adecuada sobre la diabetes, debe ser de manera integral ya que es pilar fundamental para poder sobrellevar la enfermedad, el objetivo debe ser preparar al paciente para que pueda afrontar los cambios en el estilo de vida, obtener habilidades que vayan en beneficio de su enfermedad, debe ir dirigida al bienestar del paciente y la mejora de la salud y de integrar también a los familiares al tratamiento.

Nutrición adecuada

la alimentación debe ser en total beneficio de mantener los niveles de la glucemia normales dentro de las 24 horas, y de igual forma los valores lipídicos, los alimentos que consume el paciente tienen que estar a su gusto para así evitar que afecte en su calidad de vida y que se produzca una hipoglucemia, se debe implementar a este la actividad física que vayan en favorecimiento para obtener un peso adecuado y mejor control glicémico, las dietas que se debe recomendar deben tener alto contenido en fibra e hidratos de carbono, alimentos bajos en grasa ⁽²²⁾.

Actividad Física

La actividad física es la parte fundamental tanto como tratamiento preventivo, como tratamiento para mantener un mejor estilo de vida, ya que en las personas diabéticas al realizar ejercicio ayuda a la mejoría de la acción sistémica de la



insulina de 2 a 72 horas, mejora la presión arterial sistólica, el hígado y los músculos, la captación de glucosa es mejor; si se realiza constantemente mantiene la acción de la insulina, se produce un mejor control de la glucosa, se produce la oxidación de las grasas y disminuye el colesterol en el cuerpo ⁽²²⁾.

Tratamiento farmacológico

Se debe optar por un tratamiento con fármacos siempre y cuando no se haya podido controlar los niveles de glucemia con una dieta saludable y con actividad física, debe considerarse administrar el tratamiento un tiempo prudente de 4 a 12 semanas, después de que el médico haya realizado todos los exámenes complementarios y la revisión necesaria y tenga un diagnóstico claro y considere que el tratamiento farmacológico sea necesario ⁽²²⁾.

La guía Práctica Clínica de la diabetes tipo dos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador evidencia que el tratamiento inicial de la diabetes mellitus es ⁽²³⁾:

- a. Metformina
- b. Glibenclamida
- c. Insulina Basal

Metformina

La acción de este medicamento es el aumentar la glucosa en los músculos, es uno de los fármacos más utilizados en el tratamiento en pacientes con sobrepeso u obesidad, medicamento antidiabético oral en el que se ha demostrado una reducción de las complicaciones macro vasculares a largo plazo, está contraindicado en el embarazo, lactancia, insuficiencia renal, alcoholismo, úlceras gastrointestinal, Insuficiencia cardíaca , presenta efectos secundarios como diarrea, sabor metálico, epigastralgia, náuseas, vómitos y flatulencia ⁽²²⁾.

Se asocia la metformina a los cambios en el estilo de vida, es contraindicada en pacientes que presenten cetosis o bajo peso, y en pacientes con intolerancia gastrointestinal comprobada a la metformina. Se debe empezar con un tratamiento con una dosis baja de (500mg), que vayan en aumento de manera controlada donde lo máximo que se puede administrar serán (2500mg) de metformina



sumándole a esto el control trimestral de la prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) ⁽²³⁾.

No se debe suministrar metformina en pacientes que presenten: hipersensibilidad al medicamento (diarrea, náuseas, vomito, cefalea), en pacientes con cetoacidosis diabética o estado hiperosmolar hipoglucémico, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, deshidratación, enfermedad aguda crónica ⁽²³⁾.

Como segundo antidiabético se debe recomendar medicamentos de la familia de las sulfonilurea de segunda o tercera generación (glicazida o glimepiridia), dentro de estos encontramos la glibenclamida, este medicamento no se debe administrar en pacientes mayores a los 65 años.

Glibenclamida

Son de estimulación de secreción de insulina por las células β del páncreas, ejercen una acción más rápida que las sulfonilureas, utilizados en tratamiento en pacientes diabéticos no obesos, en presencia con los alimentos puede estimular la secreción prandial de insulina, los efectos secundarios que producen estos medicamentos son: cefalea, artralgias, infecciones respiratorias, ganancia de peso está contraindicado en el embarazo, lactancia, alteración renal o falla hepática ⁽²²⁾.

Se recomienda que las dosis máximas de glibenclamida en pacientes que acudan a la consulta y presenten valores de HbA1c < a 8% con morbilidad o > 8% pero menores a 9%, la prescripción de este medicamento va a muy criterio del médico si es necesario administrarlo por las variables que presente durante el tratamiento con el primer medicamento ⁽²³⁾.

Insulina

Las insulinas son medicamentos que funcionan a nivel hepático inhibiendo la glucosa, son de ayuda para que se puedan utilizar glucosa y litogénesis, inhibe la lipólisis y el catabolismo proteico, tiene una mayor captación de la glucosa, sintetiza el glicerol, triglicéridos, ácidos grasos e inhibe la lipólisis, logra que los músculos capturen la glucosa, se da la glucólisis y glucogénesis, así como sintetiza aminoácidos y la síntesis proteica ⁽²²⁾.



Se debe empezar con este tratamiento siempre y cuando con algún otro tratamiento no se haya logrado mantener los niveles glucémicos, además de tener un estilo de vida diferente y uso de hipoglucemiantes orales, se debe recomendar en pacientes insulino dependiente, paciente que los niveles de glicemia igual o mayores de 13,9 mmol/l (250 mg/dl), debe garantizarse en paciente que tengan un nivel económico que le permita acceder a estos medicamentos, no se debe administrar en pacientes que presenten cetoacidosis diabética, estado hiperosmolaridad, infecciones, embarazo, cirugía mayor, acidosis láctica, trauma, infarto agudo de miocardio ⁽²²⁾.

Se debe administrar una dosis por la mañana y una por la noche de insulina NPH o insulina lenta, antes del desayuno administrar dos dosis y antes del almuerzo dos dosis más de insulina NPH o un análogo, cuando se combina esta terapia con otros medicamentos no se puede obtener los resultados planteados desde el inicio como eliminar la hiperglucemia en ayunas ⁽²²⁾.

Existen grupos de fármacos con los que se pueden iniciar el tratamiento, se utiliza la forma de monoterapia, la metformina es el más indicado para el inicio del tratamiento siempre y cuando este no cause efectos adversos en el paciente, después de tres meses se debe alcanzar la meta planteada por el medico el control de la glicemia (HbA1c <7) o caso contrario se debe optar por la combinación de los medicamentos grupo A o la combinación de 3 medicamentos grupo B ⁽²²⁾.

Hipertensión

La Organización Mundial de Salud define a la hipertensión arterial alta o elevada, como el trastorno de los vasos sanguíneos y la persistencia de la tensión alta y que puede causar un daño, la tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias al ser bombeada por el corazón, mientras más alta es la tensión, el corazón tiene que realizar más esfuerzo para poder bombear más sangre, si no se lleva un control adecuado de la hipertensión arterial, puede provocar problemas como un infarto al miocardio, ensañamiento al corazón, insuficiencia cardiaca y hemorragias nasales ⁽¹⁾.



Etiología y Clasificación

La hipertensión guarda una relación amplia y continua de forma independiente con otros factores de riesgo que causan complicaciones cardiovasculares, renales y la elevación de la presión arterial que afecta a la población de todas las edades y a todos los grupos étnicos, existe el riesgo que las personas de 40 a 70 años que tengan un aumento en la PAS de 20 mmHg y 10 mmHg PAD pueden llegar a padecer un evento cerebro vascular (ECV) en todo el rango desde 115/75 hasta 185/115 mmHg ⁽²⁰⁾.

La presión arterial (PA) durante la sístole es denominada PA sistólica (PAS) esta es el débito cardiaco y la distensibilidad de la aorta y otras arterias de gran tamaño, y la presión arterial mediante la diástole es denominada diastólica (PAD), esta se puede sentir mediante la onda del pulso retrograda, es de verdadera importancia de la resistencia periférica, la presión es de variable biológica y de forma continua, no existe un punto para definir el umbral bajo para determinar los valores normales de la PA ⁽¹⁶⁾.

Según Ramos, M. ⁽¹⁷⁾ basado en estudios epidemiológicos señala que existen eventos de valores de (PAS) >115 mmHg, y la hipertensión arterial se puede considerar cuando el beneficiario de un tratamiento supera el riesgo de este, la guía europea considera aspectos que mantienen la corte de la presión arterial (PA) >140/90 mmHg, la hipertensión se clasifica en tres niveles, grado 1, grado 2, y grado 3.

La Guía de Hipertensión Arterial (HTA) 2018, Sociedad Europea de Cardiología clasifica la presión arterial (PA) de la siguiente manera: PA optima < 120/80 mm Hg, PA normal < 120-129 o 80-84 mmHg, PA normal alta 130-139 o 85-89 mmHg, HTA grado 1: 140-159 o 90-99 mmHg, HTA grado 2: 160-179 o 100-109 mmHg, HTA grado 3: ≥ 180 o 110 mmHg, HTA sistólica aislada ≥ 140 y 90 mmHg, la presión arterial debe ser tomada y registrada tanto en el consultorio como de forma ambulatoria, de forma continua para evitar eventos cardiovasculares ⁽¹⁷⁾.

Diagnóstico de la Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial se diagnostica en base de la medición de la PA mediante la consulta médica, luego de medir la presión arterial (PA) en la consulta médica,



se puede considerar una persona hipertensa cuando el valor PA repetitivamente indica cifras con valores mayor o igual a $\geq 140/90$ mmHg, los informes Norteamericano indican que el diagnóstico de la HTA se debe fundamentar en el promedio de 2 o más visitas después de la primera lectura de la PA y posterior se debe tomar en cuenta las lecturas adicionales si las dos primeras remiten ≥ 5 mmHg ⁽¹⁶⁾.

Se considera hipertenso a la persona que en la primera cita médica presenta una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 180 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 110 mmHg o alguna evidencia de daño en algún órgano blancos o una emergencia hipertensiva, los valores considerados en la HTA en la consulta médica y de manera ambulatoria son los siguientes: en consulta la PAS ≥ 140 mmHg y una PAD ≥ 90 mmHg, en diurna la PAS ≥ 135 mmHg y una PAD ≥ 85 mmHg, la toma de la presión nocturna tiene que estar dentro de los valores PAS ≥ 120 mmHg y la PAD ≥ 70 mmHg ⁽¹⁶⁾.

Tratamiento de la Hipertensión

Existen 2 formas ampliamente fundamentadas para prevenir valores bajos de la presión arterial PA: que van dirigidas al estilo de vida y al tratamiento farmacológico, las intervenciones en los estilos de vida de los pacientes son parte fundamental para la prevención de la PA elevada y en algunos casos el riesgo de enfermedad cardiovascular (CV), en la mayor parte de los pacientes es necesario utilizar un tratamiento farmacológico, este tratamiento es basado en evidencias, que son avalados por el resultados de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) de la medicina clínica ⁽¹⁸⁾.

Tratamiento no Farmacológico

Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas (ITNF) en la hipertensión arterial (HTA) ha sido de difícil aceptación, está basado en el cambio de los hábitos y de la conducta de los pacientes, generalmente los pacientes no logran aceptar que se realicen cambios en su estilo de vida, en sus hábitos y su conducta lo que da como efecto el fracaso de este tratamiento, las ITNF se basan en un dieta libre del consumo de sodio, a esto le adicionan el rol que tienen o pueden tener las dietas DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), a este se le debe



adicionar el cuidado del peso corporal, realizar ejercicio físico, evitar el tabaquismo, el alcohol y bebidas que contengan cafeína ⁽¹⁹⁾.

Reducción de la ingesta de sodio

La reducción de la ingesta de sodio se fundamentó en uno de los primeros tratamientos relativamente efectivos para la HTA, denominándose la dieta del arroz, concebida y promovida por el médico judío – alemán Walter Kemper, esta dieta se caracteriza de un contenido de sodio que debe ser totalmente bajo: 230 mg/día (0.5g de sal/día) se compone esencialmente de arroz y fruta, su principal composición son los hidratos de carbono complejos, solo un 5% de proteínas y un 3% de grasa ⁽¹⁹⁾.

Los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial (HTA) no logran adaptarse a una alimentación así, lo recomendable es una dieta moderada en la ingesta de sodio, esto significa ingerir al día alrededor de 2.4g de sodio, lo que equivale a unos 6g de sal aproximadamente, lograr que los pacientes se adapten y logren mantenerlo a lo largo del tiempo es de forma complicada pero no imposible, basado en esto se puede decir que se observa que una excreción urinaria de sodio baja (>3g/día equivalente a >7g de sal) se asoció a una menor mortalidad y a menos eventos cardiovasculares, tanto en pacientes con HTA como en aquellos con esta condición clínica ⁽¹⁹⁾.

Realizar ejercicios físicos regularmente

La Guía cubana de diagnóstico bajo evidencias se puede confirmar que no realizar ejercicio físico, ser una persona sedentaria es una de las causas principales de la obesidad y de tener un riesgo cardiovascular (RCV), parte de una rutina de ejercicio aeróbicas puede ser un inicio para prevenir las HTA y como para evitar complicaciones como el RCV y ser parte del tratamiento de la HTA, debe recomendarse realizar ejercicio en un lapso de tiempo de 45 a 60 min, se puede realizar trotes, natación, montar bicicleta o correr, en niños y adolescente se puede realizar una rutina de 40 min de cualquier actividad física aeróbica ⁽²⁰⁾.



Dejar de fumar

El tabaquismo sigue siendo el mayor riesgo de mortalidad cardiovascular, si se lograra eliminar sería un logro importante porque se podría reducir la mortalidad por enfermedad cardiovascular (ECV) aterosclerótica en cualquier edad, los efectos nocivos que presenta el tabaquismo no solamente se limitan a la persona que fuma, afectan también al fumador pasivo (persona que no fuma), absorbe los residuos de la toxicidad del tabaco, su efecto dañino afecta al sistema nervioso simpático a nivel central y en las terminaciones nerviosas, por esta razón es que se debe recomendar dejar de fumar definitivamente ⁽²⁰⁾.

Bebidas alcohólicas

Las bebidas alcohólicas aportan energía vacía al organismo, la energía vacía hace referencia a la energía desprovista de otros nutrientes, es por esto que se puede decir que el alcohol no produce ningún aporte al cuerpo, el alcohol produce que los niveles de colesterol bueno (cHDL) sean bajos y de efecto negativo, afecta a la HTA incrementado la probabilidad de tener una enfermedad vascular encefálica y una resistencia en la terapia de la hipertensión, se debe recomendar eliminar totalmente el consumo de bebidas alcohólicas ⁽²⁰⁾.

Otras sugerencias en la dieta

Caballero, MD. Y colaboradores ⁽²⁰⁾ bajo revisión bibliográfica pueden recomendar que el consumo alto de potasio ayuda favorablemente a evitar HTA y en quien ya padece HTA permite un mejor control de la misma, se recomienda en una persona adulta sana con un consumo de 2000 mg – 2g / día, el consumo debe ser superior a los requerimientos mínimos, a parte del potasio también se recomienda el consumo de calcio en la dieta, ya que el consumo bajo de calcio se asocia al incremento de la HTA por lo tanto se aconseja consumir 800 mg/día por persona adulta y en el caso de embarazo y/o lactancia se aconseja 400 mg/día.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico será indicado de acuerdo a la edad del paciente, necesidades individuales y dosis y de acuerdo a las cifras de la presión arterial (PA) y el riesgo cardiovascular (RCV) inicial en cada paciente, el grado de



respuesta que tengan al tratamiento y las enfermedades o factores co-mórbidos que puedan influir en la respuesta de los pacientes al tratamiento, el tratamiento adecuado es aquel que logre reducir las cifras de la PA durante las 24 horas, el principal objetivo del tratamiento es mantener un PA adecuada ⁽²⁰⁾.

Para el tratamiento farmacológico de la hipertensión se utilizan drogas de primera línea como diuréticos tiazídicos, bloqueadores de los canales de calcio (AC), inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) y los BB, son los medicamentos más adecuados y están recomendados para restaurar y mantener el tratamiento de la hipertensión, pueden ser utilizados en monoterapia o de manera combinada ⁽²⁰⁾.

Otros medicamentos que se pueden utilizar para el tratamiento del HTA son: los alfa bloqueadores, los simpaticolíticos centrales, los antagonistas adrenérgicos periféricos y los vasodilatadores directos, estos medicamentos forman parte de la segunda y tercera línea del tratamiento de la HTA, algunos de ellos pueden utilizarse para situaciones muy específicas, en caso de que exista alguna emergencia ⁽²⁰⁾.

En los pacientes que padezcan hipertensión arterial grado 1 o 2, denominados pacientes con hipertensión arterial de riesgo moderado es necesario empezar un tratamiento farmacológico siempre y cuando después de varios controles en la consulta externa más la implementación en los cambios de estilos de vida, estos cambios de estilos de vida pueden llevar un tiempo extendido de 3 meses para obtener resultados, es entonces que después de este proceso si no se ha logrado un control de la PA que se debe instaurar el tratamiento farmacológico antihipertensivo inmediatamente ⁽²⁰⁾.

Monoterapia y tratamiento combinado

Mediante diferentes estudios se puede afirmar que solo un pequeño grupo de pacientes con HTA logran controlar los valores de la PA con un solo medicamento antihipertensivo, por otra parte, esta otro grupo de pacientes con riesgo mayor de RCV y niveles altos de la PA que necesitan habitualmente un tratamiento farmacológico combinado de 2 o más fármacos, significando que la mayoría de los



usuarios con un tratamiento de monoterapia se le ofrece la ventaja a una mejor adherencia y menos costos y menos efectos adversos ⁽²⁰⁾.

Grupo de Medicamentos

Diuréticos

Son de acción hipotensora, bloquean la reacción tubular de sodio y disminuyen el volumen plasmático, son llamados diuréticos tiazídicos, forman parte del grupo más usado en el tratamiento de la HTA, se utilizan principalmente la clortalidona e hidroclorotiazida, son medicamentos para el inicio del tratamiento la HTA, tienen buena eficacia y son de un valor monetario accesible, están indicados en el tratamiento de monoterapia o asociados a otros hipotensores de la primera línea, son utilizados en la HTA sistólica aislada por su eficacia, en pacientes ancianos, pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad renal crónica (ERC) ⁽²⁰⁾.

Otros diuréticos utilizados en el tratamiento de la HTA son conocidos como diuréticos ahorradores de potasio, los más utilizados son espironolactona, triantirene y amiloride, se los puede combinar con los diuréticos tiazídicos con la finalidad de evitar pérdida de potasio, llamados diuréticos de ASA, se deben indicar como tratamiento hipotensor en aquellos pacientes con insuficiencia renal (IR) o insuficiencia cardíaca (IC) y la hipertensión resistente, los más usados son la furosemida y torasemida ⁽²⁰⁾.

Inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina (IECA)

La acción de estos fármacos es la inhibición de la transformación de la enzima angiotensina I y II, son de efecto vasoconstrictor a nivel periférico, los IECA son fármacos de excelencia en el tratamiento monodosis o combinados con diuréticos tiazídicos, diferentes estudios muestran evidencias de su efecto en la relación morbi-mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos, tiene un efecto nefroprotector por disminución de la proteinuria, la ventajas de estos medicamentos que son de perfil neutro sobre los lípidos ⁽²⁰⁾.

Los IECA más utilizados en el tratamiento de la HTA son: captopril, enalapril, lisinopril, ramipril, perindopril, fosinopril entre otros, se los puede tomar en una o dos dosis al día, han sido probados con acciones hipotensoras, son de efectos de



hipotensión marcada en la primera dosis, el efecto secundario más importante es la tos seca y pertinaz, se le atribuye a la potenciación de la bradiquinina, están contraindicados en pacientes en estado de embarazo ⁽²⁰⁾.

Antagonista de los receptores de la angiotensina II

Ejercen acción vasodilatadora, bloquean la enzima angiotensina II a nivel de los receptores AT1, tienen efectos antihipertensivos, se debe indicar la administración de estos medicamentos cuando exista intolerancia a los medicamentos IECA, tienen especial indicación en la LOD, antecedentes de IMA, IC, proteinuria, disfunción ventricular izquierda y de condiciones clínicas asociadas con el síndrome metabólico (SM), los medicamentos que se encuentran dentro de este grupo son: valsartán, losartán, irbesartán, condesartán y telmisartán, antihipertensivos de larga duración y se puede dar una sola dosis al día ⁽²⁰⁾.

Bloqueadores de los canales del calcio

Son conocidos como anticalcicos o antagonistas de los canales de calcio, son de acción vasodilatadora de los AC, ejercen al interferir la entrada de iones de calcio a las células, principalmente a las células musculares lisas de los vasos sanguíneos, los que tienen mayor acción antihipertensiva son los AC dihidropiridínicos: nifedipino no se los puede utilizar en dosis altas ni de forma de acción corta ya que puede provocar rápidos descensos de la PA y los efectos adversos serán taquicardia y dolor anginoso ⁽²⁰⁾.

También están otro tipo de dihidropiridínicos con acción más lenta como: nefidipino retard, amlodipino, felodipina, nicardipina, entre otros, son de probada eficacia en el control de la hipertensión, los principales efectos secundarios de los AC dihidropiridínicos son la aparición de edemas maleolares debido a la dilatación arteriolar, también suelen producir hipertrofia de las encías ⁽²⁰⁾.

Adherencia al tratamiento farmacológico

La adherencia farmacológica es considerada como compleja y con factores influyentes, lo que implica dar importancia a los factores higiénico dietéticos que van en relación con el comportamiento del paciente en la toma de la medicación, también se debe influir que el paciente adopte medidas como la aceptación



convenida del tratamiento, cumplir con el tratamiento prescrito, participación activa en el cumplimiento de la toma de la medicación y tener un carácter voluntario de las acciones en el cumplimiento del tratamiento ⁽²⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud define a la adherencia terapéutica como el grado del comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y modificar los estilos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, este concepto requiere explícitamente la colaboración con el sistema de la salud incorporando creencia y aptitudes de la persona ⁽¹⁾.

Magnitud del problema de la adherencia

Sanahuja MA. y colaboradores atribuyen que la adherencia terapéutica se produce a los 6 meses posteriores de haber empezado el tratamiento farmacológico, generalmente en pacientes con enfermedades crónicas la adherencia es de un 30 y 80% esto se produce por varios factores que pueden ir sujetos directamente al tratamiento prescrito, se crea una particularidad al momento de cumplir el tratamiento prescrito por el médico y a la vez la complejidad entre una buena adherencia al tratamiento farmacológico y la evolución de la salud, se puede afirmar que una buena adherencia al tratamiento es el principio fundamental para mantener una buena salud ⁽²¹⁾.

Elementos que definen un tratamiento

Medicamento

Honorato Pérez J. ⁽²²⁾ afianza que una de las causa de la adherencia farmacológica se da por el error de adquirir medicamentos con un nombre diferente al prescrito por el medico parte desde ahí una falta de adherencia a las indicaciones prescritas, se puede decir que muchos de los pacientes aun en las enfermedades con pronóstico moderado desde una leve gripe o resfriado que son de corta duración, suelen faltar a lo que sería responsabilidad de su enfermedad, acuden a la consulta con el objetivo del que el médico tratante afiance que el tratamiento que se han auto prescrito es el correcto, es entonces donde la falta de adherencia comienza.

Dosis



Se llega al punto más importante a la falta de adherencia pudiendo afirmar que la dosis es la causa principal, muchos de los pacientes se adaptan sin ningún problema al tratamiento obteniendo resultados favorables que los hace llegar a pensar que si la dosis aumenta un poco más tendrán un resultado mucho mejor que al inicio. En otros casos los pacientes sufren efectos adversos por la medicación como vértigo, cefalea, náuseas, mareos entre otros, estos efectos conllevan a que los pacientes cometan el error de creer que si disminuyen la cantidad en la dosis de la medicación los efectos irán a menos, llegando a la conclusión que de las dos forma se crea la falta de adherencia al tratamiento ⁽²¹⁾.

Formulación y/o Presentación y del medicamento

La presentación del medicamento es en parte una ayuda para una buena adherencia, se debe a que en algunos casos los pacientes se adaptan mejor al tratamiento por la comodidad del fármaco, los medicamentos se los puede encontrar en diferentes presentaciones comprimidos, jarabes, suspensiones o soluciones, en el caso de los adultos se pueden adaptar a los comprimidos, otros, como los adultos mayores se adaptan mejor a los jarabes o soluciones, casi ninguno se puede adaptar a las inyecciones, se debe recomendar medicamentos que sean de fácil adaptación, que faciliten al paciente la adherencia al tratamiento ⁽²¹⁾.

Intervalo de administración

La cantidad de medicamentos que se prescribe tomar al paciente influye en la buena adherencia al tratamiento, existen dos maneras de tratamiento, medicación monodosis y medicación combinada, siendo la medicación monodosis el más empleado por dar lugar a una mejor adherencia que los tratamientos de manera combinada, por ejemplo, en pacientes que tomen una pastilla al día es menos frecuente que se le olvide el tomar la medicación, a un paciente que debe tomar dos o más al día que con más seguridad olvidara tomar toda su medicación ⁽²¹⁾.

Duración del tratamiento



Diversos estudios llegan a la conclusión que la duración de los tratamientos son el desgaste constante de la adhesión a lo largo del tiempo, los tratamientos en patologías crónicas implican diversos cambios como el estilo de vida, alimentación y hacer habitual la toma de medicamento para mantener su salud estable el resto la vida, esto se convierte en automático y forma habitual ⁽²¹⁾.

Acción del médico ante la adherencia

El medico juega el papel principal durante la consulta con el paciente, las indicaciones que se indiquen son lo más importante partiendo desde momento a fomentar una mejor adherencia al tratamiento del paciente ⁽²¹⁾.

Indicaciones que pueden citarse

Se le debe brindar al paciente la confianza necesaria para que pueda preguntar cualquier duda que tenga sobre las indicaciones prescritas ⁽²¹⁾.

Se debe dar indicaciones claras sobre cómo llevar el tratamiento.

Se debe tomar en cuenta que en caso de pacientes adultos mayores las indicaciones no suelen quedar claras por lo tanto se debe pedir que otra persona pueda tener conocimiento de las indicaciones con el objetivo de brindar la ayuda necesaria al paciente y llevar un exhaustivo control del tratamiento, lo ideal sería brindar estas indicaciones a una persona que viva con el paciente.

Se debe prescribir medicamentos que faciliten la toma de los mismos, que sean cómodos para el paciente, como se citó anteriormente hay una variada presentación de medicamentos y de acuerdo a estos se debe escoger el más apropiado.

Y asistir periódicamente a los controles con el médico, de esta manera se lleva un control de los medicamentos y evitar que los pacientes se adhieran al tratamiento.



2.3. Bases legales

La constitución de la republica dispone:

En el Marco Legal Constitucional y leyes conexas de la salud del Ecuador esta testado de derechos que son beneficio de la población, buscando llegar a tener un alcance superior para el Buen Vivir, siendo sus artículos ampliamente explícitos, se citan a continuación.

Constitución del Ecuador

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

La prestación de los servicios de la salud, se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque generacional

Art. 46.- El estado adoptara, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes.

... **9.** Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

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

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

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política



QUE; el tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), requiere mayor atención debido a que el aumento de la incidencia y prevalencia de las mismas significa no solamente daño social a las personas, sino además constituye un obstáculo para el desarrollo humano;

QUE; estas líneas de acción están en concordancia con las políticas del Gobierno de la Constitución y otras Leyes de la República, el plan nacional del Buen Vivir, el Plan Estratégico Institucional, la Estrategia Regional; Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario Intercultural con enfoque de Género y Generacional (MAIS-FC) y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en las Américas;

QUE; con memorando SDG-0419-2011 de 24 de junio del 2011, el Director General de Salud remite el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT, el cual ha sido consensuado con los responsables técnicos correspondientes;

Ley Orgánica de Salud.

Art 3.- Señala que la salud es el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vidas saludables.



2.4. Definición de términos básicos

Adherencia farmacológica: cumplimiento del mismo, es decir toma de la medicación con la dosificación y el programa prescrito.

Tratamiento Farmacológico: Cualquier sustancia, diferente a los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.

Diabetes Mellitus: Enfermedad metabólica producida por una secreción deficiente de insulina, lo que produce un exceso de glucosa en la sangre.

Hipertensión Arterial: Tensión alta o elevada, trastorno venoso en el que los vasos sanguíneos tiene una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos.



2.5. Marco Teórico Operacional

Sistema de Variables

Variables

Variable dependiente

- Adherencia al tratamiento Farmacológico

Variables Independientes

- Sociodemográficas
- Grado de conocimientos
- Comportamiento en la toma de medicación

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Adherencia al tratamiento Farmacológico	Comportamiento	encuesta	No
Sociodemográfico	Edad	Años Cumplidos	Ordinal
	Estado Civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre	Nominal
	Genero	Femenino Masculino	Nominal
	Religión	Católico Cristiano Evangélico Ninguno Otros	Nominal



	Nivel de Instrucción	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Tercer nivel	Ordinal
	Persona con quien vive	Conyugue Familiares Amigos Compañeros de trabajo Solo	Nominal
	Ocupación	Empleado publico Empleado privado Desempleado Otro	Nominal
	Patología	Diabetes Hipertensión Arterial	Nominal
	Años que la padece	1. a 6 años 7 a 10 años 10 o mas	Ordinal
Conocimiento	Grado de conocimiento	Muy bueno Bueno Regular Malo	Nominal
Cumplimiento en el tratamiento	Cumplimiento	SI / NO	Nominal



CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Tipo y Diseño de investigación.

La investigación tiene un diseño no experimental, de tipo descriptivo con corte transversal con un enfoque cuantitativo. Es un estudio no experimental ya que no hubo manipulación de variables, por las técnicas e instrumentos utilizados.

3.2. Población y Muestra

Universo

De acuerdo a los datos estadísticos que reportan el personal del Centro de Salud Mariano Estrella, existen un total de 350 usuarios que presentan hipertensión arterial, diabetes mellitus y las dos patologías en conjunto.

Muestra

Para estimar la muestra necesaria para este estudio se aplicó la fórmula para población finita. Dando como resultado 151 usuarios que presentan hipertensión arterial, diabetes mellitus y las dos patologías en conjunto que acuden al centro de salud Mariano Estrella.

FÓRMULA

$$n = \frac{N * Z^2 a * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 a * p * q}$$

n = tamaño de la muestra

Za² = 1.96² (nivel de confianza 95%)

p = proporción esperada (en este caso 83.6% = 0.836)

q = 1 – p (en este caso 1 – 0.836 = 0.164)

d = precisión (en este caso deseamos un 5% = 0.05)



DESARROLA LA FORMULA

$$n = \frac{350 (1,96)^2 * 0,78 (0,22)}{(0,05)^2 * (350 - 1) + (1,96)^2 * 0,22}$$

$$n = \frac{350 * 3,84 * 0,78 * 0,22}{0,0025 * 349 + 3,84 * 0,78 * 0,22}$$

$$n = \frac{230,6304}{0,8725 + 0,658944}$$

$$n = \frac{230,6304}{1,531444} = 152$$

La prevalencia se obtuvo de un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el año (2016) por Pesantez, V. y colaboradores sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, aplicando un test de Morisky Green y batalla, obteniendo el 77,7% de adherencia terapéutica.

3.3. Aspectos Éticos de la investigación

3.3.1. Consentimiento Informado

A cada participante se le entregó y firmó el consentimiento informado, que es un procedimiento formal, una exigencia ética, y un derecho mediante el cual se respeta el principio de autonomía del participante en este estudio; por lo tanto, las personas pueden aceptar o rechazar su participación.

3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.4.1.1. Criterios de Inclusión

- Usuarios que asistan al Centro de Salud Mariano Estrella que son diagnosticados de hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o las dos patologías en conjunto.
- Usuarios que presenten interés en participar del estudio y por tanto firmen el consentimiento informado.



3.3.2.2. Criterios de Exclusión

- Personas con menos de 2 años de tratamiento
- Personas con tratamientos psiquiátricos

3.5. Método

La investigación inicia con la aprobación del tema por parte del consejo directivo y el comité de bioética de la carrera de enfermería.

Posteriormente, se realizó el esquema del consentimiento informado y la encuesta, la cual fue sometida a validación y aprobación por profesionales quienes cuentan con la experiencia en el tema a investigar.

3.6. Técnica de la Recolección de datos

Las recolecciones de datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta y fueron tabulados mediante programas estadísticos SPSS Versión 25 y Microsoft Excel 2010, los mismos que permitirán crear tablas y gráficos estadísticos.

Para las 4 preguntas de conocimiento se utilizaron, la escala de Likert donde se valorará el grado de conocimiento, las preguntas fueron con alternativas de varias respuestas, midieron el conocimiento que los usuarios tiene sobre su enfermedad, valorando de la siguiente manera: las respuestas tendrán valor de 1 punto, categorizadas por bajo, medio, donde bajo es de 0 a 1, medio 2 a 3 y alto es 4. La validación del instrumento se realizó mediante un pilotaje en la comunidad de Baños – Cuenca, que reúne características similares a las de la población del Centro de Salud Mariano Estrella, luego de la tabulación de datos se calculó el alfa de Cronbach de 0.74.

En tanto que para establecer el comportamiento referente a la toma de medicación se aplicó el test de Morisky – Green que consta de 8 ítems que miden la adherencia específica asociados a la ingesta de medicamentos, con siete preguntas cuyas alternativas de respuesta dicotómicas SI/NO, y una pregunta en escala Likert. La adherencia se determina de acuerdo a la puntuación, clasificando como adherentes con puntajes de 8 y no adherentes con puntajes menores a 8 ⁽²⁸⁾.



INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO

Variable	Pregunta	Interpretación de la respuesta
Factor sociodemográfico	Edad Estado civil Sexo Religión Nivel de instrucción Persona con quien vive Ocupación Patología Años que la padece	Preguntas abiertas Preguntas de opción múltiple
Grado de conocimiento	Preguntas 5	Regular: una o 2 opciones con una puntuación de 1 punto. Bueno: de 3 a 4 opciones con una puntuación de 1 punto. Muy bueno: con 5 opciones con una puntuación de 1 punto.
Cumplimiento en el tratamiento	Preguntas 8	La adherencia se mide de acuerdo a la puntuación, clasificando como adherentes con puntajes menores de 8 opciones.

Elaborado: Evelyn Cristina Vínces Guevara.



CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación

Luego de la aplicación del instrumento a los usuarios que tienen patologías como diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en el centro de Salud Mariano Estrella, se presentan los resultados obtenidos en tablas de distribución con frecuencia y porcentajes, con el respectivo análisis que demuestran los hallazgos de la investigación.

Tabla 1: Datos Sociodemográficos

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo etario (OMS)	15-19	1	0,7
	20-39	20	13,2
	40-64	64	42,1
	65 y mas	67	44,1
Genero	Femenino	88	57,9
	Masculino	64	42,1
Estado Civil	Soltero (a)	16	10,5
	Casado (a)	91	59,9
	Viudo (a)	18	11,8
	Unión Libre	12	7,9
	Divorciado (a)	15	9,9
Religión	Católico	123	80,9
	Cristiano	20	13,2
	Evangélico	4	2,6
	Ninguno	3	2
	Otro	2	1,3
Nivel de instrucción	Analfabeta	24	15,8
	Primaria completa	38	25
	Primaria incompleta	38	25
	Secundaria completa	25	16,4
	Secundaria incompleta	11	7,2
	Tercer nivel	16	10,5
Con quién vive actualmente	Conyugue	93	61,2
	Familiares	42	27,6
	Compañero de trabajo	4	2,6
	Solo	13	8,6



Situación laboral actual	Empleado publico	20	13,2
	Empleado privado	16	10,5
	Desempleado	64	42,1
	Jubilado	15	9,9
	Otros	37	24,3
Otras situaciones laborables	Ama de casa	25	16,4
	Negocio propio	9	5,9
	Estudiante	2	1,3
Qué patología tiene	Diabetes	51	33,6
	Hipertensión arterial	59	38,8
	Ambos	42	27,6
Cuantos años padece esta enfermedad	De 2 a 6 años	68	44,7
	De 7 a 10 años	31	20,4
	10 años o mas	53	34,9
	Total	152	100

Autor: Evelyn Cristina Vincés Guevara

Fuente: Instrumento de recolección de datos procesado en SPSS 25

Análisis

De la población estudiada, en cuanto a la edad existe un porcentaje del 44,1% que pertenece a personas de 65 años y más, seguido de un 42.1% entre las edades de 40-64 años. Según el sexo, la población femenina es la más prevalente con 57,9% y a su vez la masculina con 42,1%; En cuanto al estado civil predominan los casados con un 59,9% y solteros con un 10,5%. La religión católica tiene el más alto porcentaje con un 80,9%; La instrucción académica de estos pacientes es secundaria completa representado con un con 16,4%, seguido de analfabetismo con un 15,8%.

En cuanto a la patología que más prevalece es la hipertensión arterial con un 38,8%, y la diabetes con un 33,6% y personas que porta ambas patologías un 27,6%. En cuanto a los años que padecen esta patología se encuentra en más de 2 a 6 años con un 44,7%.

**Tabla 2: Grado de Conocimiento**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	38	25,0
Medio	70	46,1
Alto	44	28,9
Total	152	100,0

Autor: Evelyn Cristina Vences Guevara

Fuente: Instrumento de recolección de datos procesado en SPSS 25

Análisis

Los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mariano Estrella que forman parte de este estudio, demuestran tener un grado de conocimiento medio sobre la enfermedad representado con un 46,1%, conocimiento alto con un 28,9% y conocimiento bajo con un 25,0%.

**Tabla 3: Comportamiento en la toma de la medicación**

		Frecuencia	Porcentaje
Comportamiento en la toma de medicación	Adherente	10	6,6
	No adherente	142	93,4
Total		152	100

Autor: Evelyn Cristina Vinces Guevara

Fuente: Instrumento de recolección de datos procesado en SPSS 25

Análisis

En cuanto a la toma de la medicación, existe un comportamiento no adherente con un total de 93,4% y apenas el 6,6% es adherente al tratamiento.



4.2. Discusión

La adherencia sigue siendo en la actualidad un proceso complejo y multidimensional, la importancia para una buena adherencia parte de como el sistema de asistencia de salud logre identificar el conjunto de factores que afectan al paciente, el principal factor es el socioeconómico que desencadena la pobreza, el analfabetismo, poco acceso a la educación, desempleo, condiciones de vida inestables, al no identificar dichos factores estos conllevan a presentar problemas con la enfermedad, el tratamiento, y el paciente ⁽²⁵⁾.

El estudio se aplicó en una población diagnosticada de hipertensión arterial y diabetes mellitus atendidos en el Centro de Salud Mariano Estrella con el objetivo de determinar la prevalencia de la adherencia al tratamiento farmacológico, dentro de los resultados referente a lo sociodemográfico tenemos que la edad con mayor prevalencia en este estudio es de 65 años en adelante, con un porcentaje de 44,1%. El sexo que más prevalece es el femenino con un 57,9%, la mayoría de estos pacientes se encuentran en un estado civil casados con un 59,9%, el nivel de instrucción es primaria completa y primaria incompleta con un 25% respectivamente. A diferencia de un estudio realizado por Terechenko y colaboradores ⁽²⁴⁾, en el año 2015, sobre adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, con una muestra total de 100 pacientes, se encuentran en un rango etario de 40 a 60 años representado con un 43%, igualmente en este estudio el sexo femenino es el que más prevalece con un 61%, la mayoría de ellos son de estado civil casado con el 22%, en cuanto a la parte laboral se encuentran en estado de dependencia con el 37%.

El grado de conocimiento es un factor importante en el cumplimiento del tratamiento tanto farmacológico, nutricional y de un estilo de vida adecuado, ayuda a que los pacientes logren una autonomía individual y estimular la toma de decisiones que vayan en beneficio de salud, mejorando el grado conocimiento en donde el paciente puedan tomar las indicaciones del facultativo desde un punto profesional y así lograr una continuidad mucho más segura con el tratamiento prescrito, los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mariano Estrella que fueron parte de este estudio, presentaron un 46,1% que corresponde a un grado de conocimiento medio, un 28,9%, de conocimiento alto, y conocimiento bajo con un 25,0%. Por otro lado en el año 2016 se realizó un estudio de la adherencia al



tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, realizado en la ciudad de Tabasco por Pascacio Vera, y colaboradores, con la participación de 80 usuarios en los cuales se midió el grado de conocimiento sobre su enfermedad y la adherencia farmacológica de la misma, el tiempo exacto que padecen la DM tipo 2 fue de 7,1 años, mediante el tiempo que padecen la enfermedad se logró medir el grado de conocimiento dando como resultado un conocimiento favorable del 70% y los pacientes que tienen un conocimiento nulo da un resultado del 30% ⁽²⁶⁾.

La adherencia farmacológica es considerada como compleja y con factores influyentes, lo que implica dar importancia a los factores higiénico dietéticos que van en relación con el comportamiento del paciente en la toma de la medicación, también se debe influir que el paciente adopte medidas como la aceptación convenida del tratamiento, cumplir con el tratamiento prescrito, participación activa en el cumplimiento de la toma de la medicación y tener un carácter voluntario de las acciones en el cumplimiento del tratamiento ⁽²⁵⁾.

En cuanto al comportamiento en la toma de medicación el 93,4% no es adherente al tratamiento y apenas el 6,6% es adherente al tratamiento. Esto contrasta con un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en el año 2016, donde el autor realiza un estudio sobre la adherencia al tratamiento farmacológico hipertensivo en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 del Hospital José Carrasco Arteaga, demostrando que mediante un análisis estadístico el nivel de no adherencia al tratamiento farmacológico según el test de Morisky – Green fue de un 50,7%, observándose que el mayor incumplimiento se da en los pacientes adultos mayores, presentando porcentajes de una buena adherencia del 49,60%.

La población con mayor adherencia al tratamiento farmacológico fueron mujeres lo que se cree que se inicia partiendo de los factores actuales del paciente; como el factor principal está el nivel de instrucción que en la mayoría tienen un nivel medio, el estado civil que a la mayor edad por general suelen vivir solos (a), pocos viven en una familia numerosa, a esto también se asocia que la adherencia se puede dar por razones como el olvido en la toma de la medicación. La población de estudio del centro de Salud Mariano Estrella con un 65,1% olvida tomar su medicación por diferentes razones, porque les resulta tedioso el tratamiento, sus efectos adversos



son molestos, y con un 26,3% no adherentes por abandonar el tratamiento cuando sientes que sus síntomas mejoran.



CAPÍTULO V

5. Conclusión y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones

Tanto diabetes como hipertensión están presentes de manera individual en porcentajes similares dentro de la población en estudio, sin embargo, llama la atención que en 3 de cada 10 participantes se presenta las 2 patologías de manera simultánea.

La edad de mayor prevalencia para las patologías de estudio fue de 40 años en adelante, siendo la población femenina quienes presentan mayores índices de hipertensión y/o diabetes.

Se encontró que una cuarta parte de la población estudiada tiene un nivel de conocimiento bajo sobre su enfermedad, hecho que puede asociarse a la no adherencia terapéutica.

La prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico fue alta en los usuarios atendidos en el centro de salud Mariano Estrella, donde 9 de cada 10 pacientes no se adhieren al tratamiento.

5.2. Recomendaciones

Tomando en cuenta las limitaciones de nuestro estudio se recomienda que en próximas investigaciones en cuanto adherencia al tratamiento farmacológico, se distinga en pacientes solo con hipertensión, solo con diabetes o con ambas.

En búsqueda de una (s) explicación de la baja adherencia al tratamiento farmacológico, en próximas investigaciones se podrían realizar asociar de variables, ya que los factores socioculturales y económicas son determinantes intervinientes del apego terapéutico.

Los datos del presente estudio pueden servir de base para generar nuevos estudios o proyectos en aras de la mejora a la adherencia al tratamiento farmacológico.



Cronograma de Actividades:

Actividades	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	febrero
Presentación de tema de investigación						
Elaboración del protocolo de investigación						
Presentación y aprobación del protocolo de investigación						
Recolección de datos						
Análisis e interpretación de los datos						
Elaboración del borrador del informe de investigación						
Revisión por parte del Tutor del trabajo						
Certificado de similitud						
Entrega del informe final y defensa del trabajo de titulación						



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la Salud (OMS). Informe sobre enfermedades crónicas, 2008.
2. Ramos Morales LE. La adherencia en el tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul.* 2015;16(2):15
3. Vela-Valdés J. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de la unidad de salud familiar de Paraguay. *Rev Cubana Salud Publica.* 2018; 44(3): e1281.
4. Ventura Carmona MJ, Ruiz-Muelle A, López-Rodríguez MM. Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: hipertensión y diabetes mellitus. *Therapeia.* 2019;17(43):36.
5. Quinga Socasi DR, Espinoza-Herrera FV. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos portadores de enfermedades crónicas del club adulto mayor de Sangolqui. *Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencia Medicas.* 2017:1-64.
6. Sigüenza Zeas N, Soria Vásquez J. Adherencia terapéutica Farmacológica en pacientes hipertensos en la parroquia Baños, el Valle y Turi. *Universidad del Azuay facultad de Medicina.* 2016:1-30.
7. Ortiz Vásquez D, Bandera Ramírez M, Gonzales Gómez S, Figueroa Sarmiento L, Veloz V. Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos. *Medisan.* 2019; 23(4):632.
8. Hernández J, Montes A, Gomes, Zambrano M, Roa C. Adherencia al tratamiento farmacológico para la diabetes e hipertensión en sujetos de dos comunidades del Municipio Sucre. Estado Miranda Venezuela. *Academia Biomedica Digital.* 2018; 74:1-12.
9. Aránzazu Meneses LM, Anarte-Ruiz C, Masoliver Forés A, Barreda Forés E. Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo II de Benicasim (Castellón). *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA).* 2019; 7 (2): 27-38.



10. Herrera Andino C, Armijos Acuario L. Relacion entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del centro de salud N° 1 Ibarra, Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina. 2019:1-81.
11. Bello Escamilla N, Montoya Cáceres P. adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Gerokomos. 2017; 28 (2): 1134-928.
12. Pineda Pesantez V, Mora M. Adherencia terapéutica farmacológica en pacientes hipertensos en las parroquias de Monay, Yanuncay y Huayna Cápac. Universidad del Azuay Facultad de Medicina. 2016: 1-31.
13. Instituto Nacional de Salud. Las enfermedades crónicas. Biomédica. 2018;38 (1).
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Estratégico Nacional Para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles – ECNT. 2011.
15. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Ecuador. Cominigraf S.A. 2014; 32.
16. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. REV MED CLIN CONDES. 2018; 629 (1): 12-20.
17. Ramos M. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Revista Uruguaya de Cardiología. 2019; 34: 53-60.
18. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosie E, Azizi M, Burnier M, L. Clement D, Coca A, Simone G, Doiniczak A, Kahan, Mahfoud F, Rendon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, E. Kjeldsen S, Kreutz R, Laurent S, Lip G, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, E. Schmieder Roland, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I. Guia ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Esp Cardio. 2019;72 (2): 78-168.



19. Ramón Soto J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Revista Medicina Clínica Condes*. 2018; 29 (1):61-68.
20. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Navarro Despoigne DA, Novel García R, Pozo Jerez HA, Pérez Moreno RR, Llapur Milan JR, Gonzales Sánchez R, Betancourt Torres I, Valdez Gonzales Y, Armas Rojas NB, Zayas Somoza EM, Pintos Valluerca J, Revueltas Agüero M, Rivas Estany E, Deschapelles Himely E, Landrove Rodríguez O, Gómez Bernar AL, Cuesta Mejías LA, Gonzales Rodríguez EF, Morales Salinas A. Guía Cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina*. 2017; 56 (4): 242-321.
21. Sanahuja M.A, Villagrasa V, Martínez Romero F. Adherencia terapéutica. *Pharm Care Esp*. 2012; 14(4): 162-167.
22. Reyes Sáname FA, Pérez Álvarez ML, Figueredo EA, Estupiñan MR, Rizo YJ. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico de Holguín CCM*. 2016; 20(1): 98 -116.
23. Herrera Ricaurte M, Mora E, Solís Sánchez C, Iglesias JJ, Acosta W, Oleas M, Naranjo G, Báez P, Villacis S, Benitez A, Bosquez R, Sacoto G, Gonzales R, Pazmiño C, Dulcey B, Dueñas K, Quilca G, Guaman C, Quispillo F, Zavala N, Pareja C. Guía práctica clínica (GPC) de Diabetes mellitus tipo 2. Primera edición Quito. Dirección Nacional de Normatización. 2017.
24. Terechenko Luhers NS. Bauter Geymonal AE. Zamonsky Acuña JN. Adherencia al tratamiento en paciente con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Biomedicina*. 2015; 10(1): 20-33.
25. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul*. 2015; 16(2):175-189.
26. Pascacio Vera GD, Ascencio Zarazua GE, Cruz León A, Guzman Priego CG. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*. 2016; 22(1-2):23-31.
27. Brito Tola MA, Carpio Durán AL, adherencia al tratamiento farmacológico hipertensivo en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 del



Hospital José Carrasco Arteaga, Universidad del Azuay Facultad de Ciencias Médicas. 2016.8.3.ao.42

28. Valencia Monsalve F, Mendoza Parra Z, Luengo Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru med exp salud pública. 2017; 34(2): 245-249.



ANEXOS

Anexo 1. Autorización para recolección de datos



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio Nro. UCACUE-UASB-E-017- 2020-OF
 Azogues, 10 de enero de 2020

Asunto: Autorización.

Doctor
 Julio César Molina Vázquez.
DIRECTOR DISTRITAL DE SALUD 01D01
 Su despacho.



De mis consideraciones:

Reciba un cordial y atento saludo, a la vez deseándole éxito en las funciones diarias, la presente tiene la finalidad de solicitar por su digno intermedio el permiso respectivo para que la alumna de la Carrera de Enfermería de la Sede Azogues; **EVELYN CRISTINA VINCES GUEVARA**, con C.I 1105324279, pueda realizar el trabajo de Titulación cuyo objetivo es determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e Hipertensos atendidos en el Centro de Salud Mariano Estrella, Azuay 2019, se realizará un estudio descriptivo de corte transversal no experimental, con una muestra aproximada de 151 usuarios, para ello se aplicará un test de conocimiento y un test de comportamiento (Test de Morisky Green), considerando que dicha investigación es solo con fines educativos.

Una vez que se ha cumplido todos los requisitos legales de la aprobación del tema por el Consejo Directivo de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.

Por la favorable acogida que preste a la misma, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

“AÑO JUBILAR, QUICUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”

Lcda. María Estrella González Mgs

DIRECTORA DE CARRERA DE ENFERMERÍA

Elaborado por	Abg. Valeria Vázquez Villavicencio	
Revisado por	Lic. María Estrella González Mgs	

www.ucacue.edu.ec



Anexo 2. Consentimiento Informado



COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERISDAD CATÓLICA DE CUENCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos.
Institución a la que pertenece el Investigador:	Universidad Católica de Cuenca – Sede Azogues
Nombre del Investigador principal	Evelyn Cristina Vincas Guevara
Datos del Investigador principal:	Cris-106@hotmail.com Telef: 0985295725

Descripción del proyecto de Investigación
<p>El presente estudio tiene como finalidad aportar al interés social, sirviendo como un instrumento de apoyo para generar proyectos en cuanto a la educación, promoción de la salud y prevención de que los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mariano Estrella no hagan adherencia a los tratamientos farmacológicos, lo que conlleva a la y la reducción morbi-mortalidad por enfermedades crónicas con tratamientos mal empleados.</p>
<p>En este documento está una breve descripción del motivo de la investigación. USTED tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación.</p> <p>Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre Adherencia al tratamiento farmacológico en paciente diabéticos e hipertensos, con la finalidad de: Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el centro de Salud Mariano estrella.</p>
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<p>Criterios de Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none">• Las personas que hacen parten de la investigación cumple con los siguientes criterios:• Usuarios que asistan al Centro de Salud Mariano Estrella que sean diagnosticados de hipertensión arterial, diabetes mellitus y las dos patologías en conjunto.• Usuarios que presenten interés en participar del estudio y por tanto firmen el consentimiento informado. <p>Criterios de Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none">• Usuarios que no sean atendidos en el Centro de Salud Mariano Estrella.• Personas que señalen no estar de acuerdo en proporcionar información.



- Personas que no sean diagnosticadas de hipertensión arterial, diabetes mellitus y las dos patologías en conjunto.

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos atendidos en el centro de Salud Mariano Estrella, periodo septiembre 2019 febrero 2020.

Objetivos Específicos

- Caracterizar los factores sociodemográficos de la población de estudio.
- Identificar el grado de conocimiento de la enfermedad crónica diabetes e hipertensión arterial.
- Establecer el comportamiento de los usuarios en la toma de medicación.

DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS

La investigación inicia con la aprobación del tema por parte del consejo directivo y el comité de bioética de la carrera de enfermería. Posteriormente, se realizó el esquema del consentimiento informado y la encuesta, la cual fue sometida a validación y aprobación por profesionales quienes cuentan con la experiencia en el tema a investigar.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Instrucciones: Explicar en detalle cada uno de los riesgos, aunque sean menos que el mínimo o mínimos, pudiendo ser, físicos, psicológicos, temporales o permanentes, y aclarando que mecanismos utilizará el investigador para disminuir esos riesgos. Debe constar los beneficios a los participantes del estudio y la sociedad, específicamente en cómo y cuándo recibirán estos beneficios si los hubiere.

CONFIDENCIALIDAD

- ES PRIORIDAD PARA TODO EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MANTENER SU CONFIDENCIALIDAD
- LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SE IDENTIFICARÁ CON UN CÓDIGO QUE REEMPLAZARÁ SU NOMBRE Y SE GUARDARÁ EN UN LUGAR SEGURO DONDE SOLO EL INVESTIGADOR TENDRÁN ACCESO.
- SI SE TOMAN MUESTRAS DE SU PERSONA ESTAS MUESTRAS SERÁN UTILIZADAS SOLO PARA ESTA INVESTIGACIÓN Y DESTRUIDAS TAN PRONTO TERMINE EL ESTUDIO
- SU NOMBRE NO SERÁ MENCIONADO EN LOS REPORTES O PUBLICACIONES

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante:

Fecha:



Firma del Testigo:	Fecha:
Firma del Investigador:	Fecha:



Anexo 3. Cuestionario

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA SEDE AZOGUES

CARRERA DE ENFERMERIA



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD MARIANO ESTRELLA, PERIODO SEPTIEMBRE 2019 FEBRERO 2020”.

Mediante este Test se requiere identificar los factores sociodemográficos, conocimiento sobre la enfermedad y el comportamiento en el tratamiento farmacológico de los pacientes diabéticos e hipertensos del Centro de Salud Mariano Estrella, Cuenca, periodo septiembre 2019 febrero 2020.

Este Test requiere de absoluta veracidad en sus respuestas.

Señale cada una de las preguntas, marcando con una “X” la respuesta que usted considere adecuada.

CUESTIONARIO

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

<p>¿Cuál es su edad? (años cumplidos)</p> <p>_____</p>	<p>Actualmente, su Estado Civil es</p> <p>Soltero (a) <input type="checkbox"/></p> <p>Casado (a) <input type="checkbox"/></p> <p>Viudo (a) <input type="checkbox"/></p> <p>Unión Libre <input type="checkbox"/></p> <p>Divorciado (a) <input type="checkbox"/></p>
--	---



Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	¿Religión a la que pertenece? Católico <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Cuál es su nivel de instrucción? Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Tercer nivel <input type="checkbox"/>	¿Con quién vive actualmente? Conyugue <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Compañeros de trabajo <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su situación laboral actual? Empleado publico <input type="checkbox"/> Empleado privado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Qué patología tiene? Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>
Hace cuantos años padece esta enfermedad De 2 a 6 años <input type="checkbox"/> De 7 a 10 años <input type="checkbox"/> 10 años o mas <input type="checkbox"/>	

2. CONOCIMIENTO

1. ¿Qué tiempo dura su enfermedad? a) 10 años <input type="checkbox"/> b) 5 años <input type="checkbox"/> c) Toda la vida <input type="checkbox"/> d) Si se cuida desaparece con el tiempo <input type="checkbox"/>
2. ¿Conoce que órganos se pueden dañar debido a su enfermedad?



<hr/>	
3. ¿Su enfermedad se puede controlar con?	
a) Solo medicación	<input type="checkbox"/>
b) Solo con dieta saludable	<input type="checkbox"/>
c) Con dieta saludable y medicación	<input type="checkbox"/>
d) Con dieta saludable, medicación, ejercicio y control médico permanente	<input type="checkbox"/>
4. ¿Conoce cuanto es lo mínimo de ejercicio físico que se debe realizar al día para evitar complicaciones en su enfermedad?	
a) 30 minutos todos los días	<input type="checkbox"/>
b) De 3 a 4 veces por día	<input type="checkbox"/>
c) 1 a dos veces por semana	<input type="checkbox"/>
d) No hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>

Elaborado por: Cristina Vines
Validado por:
Dr. Andrés Oñate Médico Familiar.
Dr. Víctor Idrovo Médico. Internista

3. COMPORTAMIENTO

Test de Morisky - Green

1. Olvida tomar su medicación algunas veces	Si	No
2. Algunas veces las personas no se toman sus medicinas por razones diferentes al olvido. Píense en las dos semanas pasadas. ¿Dejo de tomar su medicina algún día?	Si	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía fatal cuando las tomaba?	Si	No



4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Si	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Si	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Si	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Si	No
8. ¿Con que frecuencia le es difícil recordar que debe tomar sus medicinas? Nunca/Raramente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Normalmente <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>		

Elaborado por: Morisky Green y Levine.
Validado por: Val Jiménez y colaboradores.



Anexo 4. Certificado de socialización de resultados

MINISTERIO DE SALUD

Cuenca, 27, Febrero 02, 2020

Por medio de la presente,

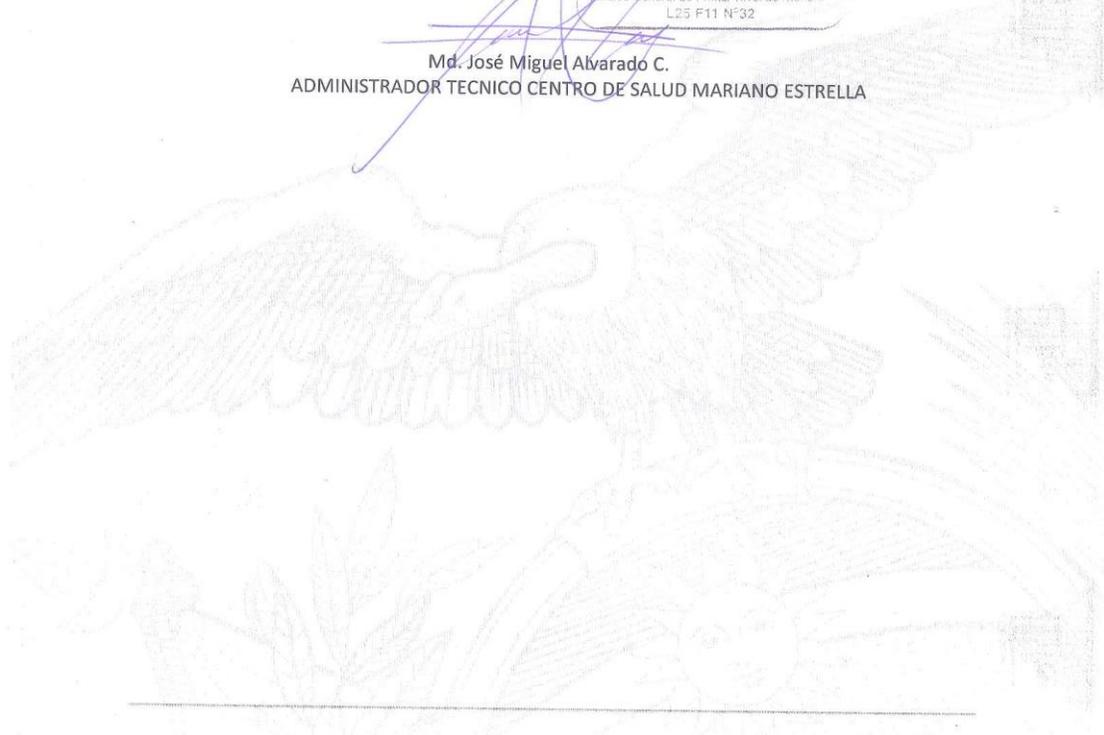
CERTIFICO

Que la Srta. Evelyn Cristina Vinces Guevara, con CI: 1105324279, Estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, realiza la entrega del Informe escrito y Socialización de los resultados del estudio de tesis de pregrado *"Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos del centro de salud Mariano Estrella. Período septiembre 2019 – febrero 2020"*, sin ninguna observación al respecto y cumpliendo con todos los requerimientos establecidos por la Universidad; particular que certifico para fines pertinentes.

Atentamente:




Md. José Miguel Alvarado C.
ADMINISTRADOR TECNICO CENTRO DE SALUD MARIANO ESTRELLA



Anexo 5. Certificado Anti plagio

Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos en el centro de salud Mariano Estrella, Cuenca.
Periodo Septiembre 2019 – Febrero 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Juan Ramón Soto. "TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL", Revista Médica Clínica Las Condes, 2018 Publicación	1%
2	repositorio.usfq.edu.ec Fuente de Internet	1%
3	repo.uta.edu.ec Fuente de Internet	1%
4	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	dspace.uazuay.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	scielo.isciii.es Fuente de Internet	1%



8	M.S. Matoses-Jaén, N. García-Claudio, J. Álvarez-Escudero, P. Argente-Navarro. "Hipertensión arterial en el paciente quirúrgico. Adecuación de la medicación y criterios de suspensión", Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2020 Publicación	1%
9	cimogsys.esPOCH.edu.ec Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	"Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007", Revista Española de Cardiología, 2007 Publicación	<1%
12	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1%
13	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 30 words
Excluir bibliografía Activo

Anexo 6. Fotografías



Descripción: Recolección de datos intramural



Descripción: Recolección de datos extramural



Descripción: Centro de Salud Mariano Estrella (Tipo C).



Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos en el centro de salud Mariano Estrella, Cuenca.
Periodo Septiembre 2019 – Febrero 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Juan Ramón Soto. "TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL", Revista Médica Clínica Las Condes, 2018 Publicación	1%
2	repositorio.usfq.edu.ec Fuente de Internet	1%
3	repo.uta.edu.ec Fuente de Internet	1%
4	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	dspace.uazuay.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	scielo.isciii.es Fuente de Internet	1%



8	M.S. Matoses-Jaén, N. García-Claudio, J. Álvarez-Escudero, P. Argente-Navarro. "Hipertensión arterial en el paciente quirúrgico. Adecuación de la medicación y criterios de suspensión", Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2020 Publicación	1%
9	cimogsys.esPOCH.edu.ec Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	"Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007", Revista Española de Cardiología, 2007 Publicación	<1%
12	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1%
13	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 30 words
Excluir bibliografía Activo



PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Evelyn Cristina Vinces Guevara portador de la cedula de ciudadanía Nro. 1105324279 en calidad de autor y titular de los derechos patrimonial del Trabajo de Titulación: **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD MARIANO ESTRELLA. SEPTIEMBRE 2019 – FEBRERO 2020”** de conformidad con lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 27 de febrero del 2020

Evelyn Cristina Vinces Guevara

C.I: 1105324279

ESTUDIANTE UCACUE



El Bibliotecario de la Sede Azogues

CERTIFICA:

Que: **VINCES GUEVARA EVELYN CRISTINA**, con cédula de ciudadanía Nro. **1105324279**, de la Carrera de **ENFERMERIA**

No adeuda libros, a esta fecha: **20 de febrero del 2020**.

Byron Alonso Torres Romo
Bibliotecario

Biblioteca Universitaria
MONS. "FROILAN POZO QUEVEDO"

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. ☎ Telf: 2830751, 2824365, 2826563 **Azogues:** Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
☎ Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 **Cañar:** Calle Antonio Avila Clavijo. ☎ Telf: 072235268, 072235670 **San Pablo de la Troncal:** Cdda. Universitaria
km.72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Telf: 2424110 **Macas:** Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Telf: 2700393, 2700392