



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

**UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**



**ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO EN
PACIENTES INGRESADOS DE LA CLINICA SANTA ANA, CUENCA ABRIL -
SEPTIEMBRE 2015.**

***TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE
MÉDICO.***

AUTORA: LOURDES ADRIANA CALDAS CARRION

DIRECTOR: DR EDUARDO ROSALES.

ASESOR: DR JULIO JARAMILLO OYERVIDE

**CUENCA – ECUADOR
2015**



DEDICATORIA:

Quiero agradecer a Dios, quien me ha guiado por los caminos del bien para que a futuro sea portadora de conocimientos al servicio de nuestra sociedad y nuevas generaciones.

Mi gran gratitud a las nobles personas que conforman la Clínica Santa Ana de la Ciudad de Cuenca que hicieron posible esta investigación.

Mis sinceros agradecimientos al Dr. Eduardo Rosales y Dr. Julio Jaramillo O, quienes con su sacrificada labor y conocimientos me condujeron a la elaboración de este trabajo, al personal docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca por la formación integral brindada.

Autora

Lourdes Caldas Carrión



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios y a mi familia quienes me han acompañado en este camino para culminar mi meta propuesta.

Autora

Lourdes Caldas Carrión



RESPONSABILIDAD

Los criterios vertidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Lourdes Caldas Carrión

CI. 0104720982



INDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9
CAPITULO I	
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
CAPITULO II	
2.FUNDAMENTO TEÓRICO.....	13
2.1.Antecedentes	13
2.2.Bases teorico-cientificas.....	13
2.3.Definicion de la Hipertensión Arterial	13
2.4.Epidemiologia de la Hipertensión Arterial.....	14
2.4.1 Prevalencia de la Hipertensión Arterial en el Mundo	14
2.4.2 Prevalencia de la Hipertensión Arterial en Latinoamérica	14
2.4.3 Prevalencia de la Hipertensión Arterial en el Ecuador.....	15
2.5.Fisiopatologia de la hipertensión arterial.....	16
2.5.1 Aumento de la resistencia periférica.....	16
2.5.2 Defecto renal de la excreción de sodio.....	16
2.5.3 Defecto del transporte de Na a través de las membranas celulares	17
2.6.Patogenia de la cardiopatía hipertensiva	18
2.6.1 Hipertrofia por sobrecarga por presión.....	18
2.6.2 Deterioro de la reserva vasodilatadora coronaria.....	19
2.6.3 Insuficiencia cardiaca.....	19
2.7.Clinica de la hipertensión arterial	19



2.8. Clasificación de la hipertensión arterial	21
2.9. Factores de riesgo cardiovascular	24
2.10. Riesgos que condicionan el pronóstico de los pacientes con HTA	25
2.11. Diagnóstico y Evaluación de la hipertensión arterial	26
2.12 Evaluación inicial del paciente hipertenso	26
2.12.1 Medición de la presión arterial	27
2.12.1.1 Estatificación de la presión arterial.....	27
2.13 Recomendaciones para el manejo de HTA en adultos según la JNC 8	27
2.14. Tratamiento de la hipertensión arterial	30
2.14.1. Grupos farmacológicos antihipertensivos	31
2.15. Manejo integral de la hipertensión arterial	34
2.16. Definición de adherencia terapéutica	34
2.17. Prevalencia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo	35
2.18. Control deficiente de la hipertensión arterial	35
2.19. Factores moduladores de la adherencia al tratamiento anti hipertensión....	37
2.19.1 .Primera dimensión; Factores Socioeconómicos.....	38
2.19.2. Segunda dimensión; Factores relacionados con el sistema y equipo de salud	39
2.19.3 .Tercera dimensión: Factores relacionados con la terapia.....	40
2.19.4 .Cuarta dimensión: Factores relacionados con el paciente.....	40
2.20. Perspectiva psicológica de la conducta de adherencia terapéutica.	41
2.21. Medición de la adherencia terapéutica.....	42
2.21.1 Métodos directos	42
2.21. 2 Métodos indirectos	42



CAPITULO III

3.OBJETIVOS.....	45
3.1.Objetivo general	45
3.2.Objetivos específicos	45

CAPITULO IV

4.DISEÑO METODOLÓGICO.....	46
4.1.Diseño general del estudio	46
4.1.1.Tipo de estudio	46
4.1.2.Area de investigación	46
4.1.3.Definiciones Operacionales.....	46
4.1.4.Universo de estudio.....	47
4.1.5.Selección y tamaño de la muestra	47
4.1.6.Unidad de análisis y observación	47
4.2.Criterios de inclusión y exclusión	47
4.2.1.Criterios de inclusión	47
4.2.2.Criterios de exclusión	47
4.3.Metodos e instrumento para obtener la información	48
4.3.1.Metodos de procesamiento de la información	48
4.3.2.Técnica.....	49
4.3.3.Procedimiento para la recolección de información e instrumentos a utilizar	49
4.4.Procedimientos para garantizar procesos éticos.....	49
4.5.Variables	50
4.5.1.Operacionalización de las variables	50



CAPITULO V

5.RESULTADOS.....	53
5.1.Cumplimiento del estudio.....	53
5.2.Características de la población de estudio.....	53
5.3.Análisis de resultados	53

CAPITULO VI

6.DISCUSIÓN	72
--------------------------	-----------

CAPITULO VII

7.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
7.1.Conclusiones.....	74
7.2.Recomendaciones	75
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	79



TITULO

Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes ingresados de la clínica Santa Ana, Cuenca abril- septiembre 2015.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensiva en pacientes ingresados de la clínica Santa Ana, cuenca abril - septiembre 2015.

Materiales y Métodos: Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, la muestra del mismo fue obtenida de los pacientes hipertensos ingresados en la clínica Santa Ana. Para el cálculo se utilizó 66 pacientes hipertensos hospitalizados como muestra total. El instrumento utilizado fue un formulario previamente validado (Test Morisky Green y el Test de Batalla). Los resultados fueron procesados en el sistema SPSS 15.00

Resultados: En el estudio encontramos que la adherencia terapéutica antihipertensiva en los pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana es de 30,3% mientras que el 69,7% no cumplen la adherencia terapéutica antihipertensiva.

Conclusiones: En los pacientes hipertensos no adherentes, la razón para su incumplimiento fue el olvido de la toma de la medicación antihipertensiva, además la toma de la medicación hipotensa a horas no indicadas a más de una vida sedentaria.

Palabras claves: adhesión terapéutica, hipertensión arterial



Abstract

Adherence to antihypertensive medication in patients admitted to the clinic Santa Ana, Abril- September 2015 Basin.

Objective: To determine adherence to antihypertensive drug treatment in patients admitted to the clinic Santa Ana, Abril- September 2015 Basin.

Methods: A quantitative descriptive study, the sample was obtained in the same hypertensive patients hospitalized at the clinic Santa Ana To calculate 66 hypertensive patients hospitalized total sample was used. The instrument used was a previously validated form (Test Morisky Green and Battle). The results were processed in the SPSS system 15.00

Results: The study found that antihypertensive therapy adherence in patients admitted to the Clinica Santa Ana is 30.3%, while 69.7% do not meet the antihypertensive adherence.

Conclusions: In the nonadherent hypertensive patients, the reason for its failure was forgetting taking antihypertensive medication, besides the taking of the medication hypotensive hours indicated no more than a sedentary life.

Keywords: adherence to therapy, arterial hypertension



CAPITULO I

1.1 Introducción

Las enfermedades no transmisibles son, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la causa principal de mortalidad en todo el mundo. Dentro de este grupo de enfermedades, la hipertensión arterial es una de las patologías de mayor relevancia en atención primaria, puesto que causa alrededor de 7,5 millones de muertes a nivel mundial, siendo uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

Por esta razón, la hipertensión arterial es un tema de complejidad para los profesionales de salud, y además es de gran importancia la búsqueda de métodos que contribuyan al entendimiento de su progreso y los factores que inciden en su desarrollo. Una hipertensión mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente y su familia, por lo que la adherencia al tratamiento anti hipertensivo es uno de los pilares de investigación y acción dentro de la atención primaria.

Considerando a la adherencia terapéutica como un proceso complejo donde el paciente, de manera activa y voluntaria, junto con el equipo de salud, se comprometen en lograr producir el resultado terapéutico deseado, es necesario que el paciente reciba la información suficiente para modificar las creencias de la enfermedad, y fomentar una relación médico paciente de calidad basada en la confianza. El manejo integral de la hipertensión arterial tiene como punto clave establecer metas en el tratamiento no farmacológico como en el farmacológico, por ello es esencial analizar los factores relacionados con la falta de adherencia, para lograr encaminar a un correcto esquema terapéutico integral y garantizar así su cumplimiento

1.2 Planteamiento del problema.

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular y un problema de salud pública que genera altos costos financieros y sociales por su alta prevalencia, su larga duración, su gran dependencia de la farmacoterapia múltiple.



Con el fin de identificar e implementar una mejor alternativa para el manejo de la hipertensión nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Es posible establecer la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en los pacientes ingresados a la Clínica Santa Ana de la Ciudad de Cuenca?

1.3. Justificación.

La hipertensión como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. La conducta de adherencia a un tratamiento debe ser considerada como un repertorio complejo que se establece en función de múltiples variables sujetas a la necesidad de la comprensión y el control de los diferentes comportamientos que la definen, unido a la motivación por llevarlos a cabo.

La falta de adherencia terapéutica llevará no solo al aumento de las complicaciones y de la mortalidad, sino también, al incremento de los costes tanto para los servicios como para los usuarios por la necesidad de contar con mejores terapias. Los planteamientos de la OMS con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. El término de adherencia al tratamiento, es considerado como la clave del éxito en los programas de salud, ayudando así a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas. Los tratamientos farmacológicos han demostrado su eficacia, se ha reportado una baja adherencia farmacológica antihipertensiva, lo que impide que tengan el efecto esperado. Para el control de la HTA es necesario, además, que los pacientes se adhieran a las recomendaciones sobre su cambio de estilo de vida, lo cual resulta aún más problemático dada la dificultad inherente a los cambios de comportamiento

El impacto científico y para los profesionales es principalmente resaltar la importancia del problema de la deficiente adherencia a los tratamientos



farmacológicos de larga duración y como esto se convierte en asunto difícil para la salud pública contemporánea. Se debe entonces realizar un análisis de sus repercusiones en cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, el uso racional de los recursos y servicios sanitarios, el cuadro de salud de la población, la calidad y estilos de vida del paciente. El impacto social está dirigido a afianzar conocimientos en la población acerca de la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico (largo plazo), involucrando componentes de naturaleza psicosocial, médica (características de la enfermedad y el tratamiento propiamente dicho) y de la relación médico paciente. De esta forma se da una explicación concreta, a las interrogantes planteadas por la población, que en general elaboran sus propias respuestas.

El objetivo de la adherencia no es solo controlar las cifras de tensión arterial, sino también brindar años con buena calidad de vida y evitar las posibles complicaciones de esta patología. El éxito del tratamiento no solo implica la toma del medicamento sino un compromiso eficaz ante sus beneficios.

Uno de los determinantes más importantes en un buen control de la hipertensión arterial, es la correcta adherencia a la terapia farmacológica. Esta variable no ha sido previamente estudiada en esta zona, por lo tanto es necesario objetivarla para que así puedan surgir nuevas estrategias de intervención en salud, en los pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana.

De esta manera, esta investigación contribuye a actualizar y enaltecer nuestros conocimientos y reafirma los pilares que fundamentan nuestra práctica, mediante la valoración, análisis y discusión de este tema, se demuestra el desarrollo de nuestro rol en la investigación e incentiva el trabajo interdisciplinario resaltando nuestra colaboración en temas de relevancia sanitaria con una participación activa y eficaz.



CAPITULO II

2. Fundamento teórico

2.1. Antecedentes.

La hipertensión arterial es una patología de gran incidencia en la población general, especialmente se encuentra afectando a los adultos mayores, causando miles de muertes cada año y disminuye los años saludables en un porcentaje no despreciable, el estudio de adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en la población mayor es imprescindible y necesario.

2.2. Bases teórico-científicas.

Como queda establecido, la hipertensión arterial es un problema común en la adultez, ya que hasta un 35% de los adultos tiene el antecedente de al menos una alza en su presión arterial.

2.3 Definición de hipertensión arterial

La hipertensión arterial se define como una presión arterial habitual de 140/90 mm Hg o mayor.

La hipertensión arterial es una enfermedad y factor de riesgo cardiovascular, que afecta a la población, tiene características particulares según la condición de cada individuo, por lo que el plan terapéutico consiste en seleccionar el o los medicamentos precisos, indicarlos en las dosis diarias, tratando de imponer también medidas de régimen no farmacológico; es decir, la educación al paciente en su autocuidado para que, por decisión propia y junto con el equipo de salud, se obtenga estilos de vida más saludables.



2.4 Epidemiología de la hipertensión arterial

2.4.1 Prevalencia de la Hipertensión Arterial en el Mundo

La hipertensión arterial se ha transformado en los últimos años en un verdadero problema de salud pública.

Se estima que a nivel mundial hay cerca de 1,000 millones de personas afectadas por Hipertensión Arterial y que la enfermedad afecta a 1 de cada 4 adultos mayores de 18 años en la población estadounidense.

En un reporte reciente de Kearney y colaboradores para el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de los Institutos Nacionales de Salud (NHLBINIH) después de revisar y agrupar por regiones los reportes de diferentes países se estima que en el año 2000 un 26.4 % de la población mundial tenía HTA, afectando a ambos géneros en forma muy similar, y se espera que para el año 2025 el 29.2 % de la población mundial tendrá HTA lo que significará un incremento del 60.0 % de personas con HTA. En series epidemiológicas se determina que la prevalencia de la enfermedad es mayor entre las personas de la raza negra y los individuos mayores, especialmente entre las mujeres, aproximadamente 35 millones de mujeres y 30 millones de hombres tienen HTA en los Estados Unidos.

2.4.2 En Latinoamérica

Latinoamérica vive una transición epidemiológica, con coexistencia de enfermedades infecciosas agudas y enfermedades cardiovasculares crónicas. La mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por todas las causas, pero podría experimentar un aumento epidémico debido a la creciente prevalencia de los factores de riesgo.

Factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y sociales, como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de



hipertensión arterial. Alrededor de la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados están controlados.

PAIS	PREVALENCIA	CONOCIDOS	TRATADOS	CONTROLADOS
	%	%	%	%
ARGENTINA	28,1	54	42	14,3
BRASIL	26,8	50	30	10
CHILE	22,8	43	26,1	8,2
ECUADOR	28,7	41	23	6,7
MEXICO	26,5	28	38	22
PARAGUAY	30,5	33,5	18,3	7,8
PERU	22	40	20	10
URUGUAY	33	68	42	11
VENEZUELA	32,4	47	37	8,5

FUENTE: Guías Latinoamericanas De Hipertensión Arterial. 2011

2.4.3 En El Ecuador

En el Ecuador, según el Consenso Latinoamericano sobre HTA, en un estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas; el 41% saben que son hipertensos, reciben tratamiento un 23% y tienen un control adecuado apenas el 6,7%.



2.5 Fisiopatología de la hipertensión arterial

En su etiología intervienen factores diversos que en conjunto producen la enfermedad. La hipertensión está constituida por tres fenómenos:

1. Aumento de la resistencia periférica.
2. Defecto renal de la excreción de sodio.
3. Defecto del transporte de sodio a través de las membranas celulares.

2.5.1 Aumento de la resistencia periférica.

Debido a alteraciones estructurales y funcionales en las arterias de pequeño calibre, la resistencia vascular periférica está característicamente elevada en la hipertensión arterial, Ésta se incrementa a nivel precapilar, incluyendo las arteriolas (arterias conteniendo solo una capa de células musculares lisas) y la pequeñas arterias (aquellas con un diámetro inferior a 300 μm). La arterioesclerosis produce las modificaciones estructurales características, provocando calcificación, depósitos de colágeno, hipertrofia de las células musculares lisas, al igual que la fragmentación de las fibras elásticas de la capa media; en tanto, que las alteraciones funcionales son debidas a la disminución en la síntesis de óxido nítrico (ON) por menor actividad de la sintetasa del ON, producto de la disfunción endotelial existente. ¹

2.5.2 Defecto Renal de la excreción de Sodio

El defecto renal de la excreción de sodio con retención de este ion puede degenerar en hipertensión arterial por 2 mecanismos, tanto por un incremento de volumen, como también por el aumento de la reactividad arteriolar. Hay que tomar muy en cuenta, que algunos estudios epidemiológicos y clínicos demuestran la asociación entre ingesta de sal e hipertensión arterial, aún en las poblaciones que consumen altas cantidades de sal, existen porcentajes importantes de pacientes que no desarrollan hipertensión, que pertenecen al grupo de resistentes a la sal.

¹ <http://es.scribd.com/doc/139481338/LIBRO-CARDIO-2da-2013-doc#scribd>



Esto demuestra que la alta ingesta de sal, más allá de ser la causa, actuaría como un gatillo o desencadenante sobre las características propias de los individuos predispuestos genéticamente²

La reabsorción del sodio filtrado por los túbulos renales está aumentado en los hipertensos, siendo esencial el intercambiador sodio-hidrógeno tipo 3, que se encuentra en el túbulo proximal y en la porción gruesa del asa ascendente de Henle, donde aproximadamente el 90% del sodio es reabsorbido.

Los factores importantes en la excreción renal de sodio son: la inflamación, apoyada en la asociación de citoquinas proinflamatorias como NF-kB y TNF-a e hipertensión; la obesidad, relacionada con la reabsorción de sal en el túbulo proximal, producida por la activación del sistema renina-angiotensina, del sistema adrenérgico y la hiperinsulinemia.

La sal y el manejo renal de este ion, constituyen un factor importante en la elevación de las cifras tensionales. A pesar de que hasta el momento no ha sido posible identificar a los individuos sal-sensibles, la OMS recomienda reducir la ingesta de sodio en los adultos a menos de 2 g/día (5 g/día de sal) para reducir la tensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y cardiopatía coronaria en adultos.³

2.5.3 Defecto del transporte de sodio a través de las membranas celulares.

Existen dos mecanismos para explicar el aumento del sodio intracelular en la hipertensión arterial. Una hipótesis propone la existencia de un inhibidor adquirido de la bomba (Na⁺, K⁺) ATPasa, el principal regulador fisiológico del transporte de sodio; mientras la otra plantea un defecto heredado en uno o más de los múltiples sistemas de transporte (Na⁺, K⁺)⁴

⁴ <http://es.scribd.com/doc/139481338/LIBRO-CARDIO-2da-2013-doc#scribd>



Por cualquiera de los mecanismos antes descritos se consigue, probablemente de manera transitoria, aumentar la concentración intracelular de sodio, lo que a nivel de la fibra muscular lisa vascular puede promover un aumento en el contenido de calcio, a través de la estimulación del contra transporte $\text{Na}^+ - \text{Ca}^{++}$, responsable del aumento del tono vascular y de las resistencias vasculares periféricas, lo cual, constituye una de las bases de la enfermedad.⁵

Por lo tanto, la genética de un paciente junto a sistemas vasoconstrictores, más un estilo de vida sedentario y nivel de estrés ayudan, en conjunto, a la aparición de la hipertensión arterial con cambios de remodelación vascular que empeoran su evolución y pronóstico.

2.6 Patogenia de la cardiopatía hipertensiva.

La hipertensión no es solo un factor de riesgo mayor sino también provoca HVI e insuficiencia cardíaca.

2.6.1 Hipertrofia por sobrecarga por presión.

En los pacientes hipertensos, la hipertrofia ventricular izquierda es un factor predictivo potente e independiente de morbilidad y mortalidad que predisponen a la insuficiencia cardíaca, taquiarritmias ventriculares, accidente cerebrovascular isquémico, fibrilación auricular y accidente cerebrovascular embólico. Grandes avances han aumentado nuestros conocimientos sobre las vías de transducción de señales moleculares responsables de la hipertrofia de los miocardiocitos por sobrecarga de presión.

Además, las alteración estructurales del corazón hipertenso no se limitan a la hipertrofia de los miocitos y también pueden incluir la hipertrofia de las arterias coronarias intramiocárdicas, así como la presencia de un depósito de colágeno que provoca la fibrosis cardíaca. Esos cambios son consecuencia, en parte, de la sobrecarga por presión y por parte, de la actividad neurohormonal que contribuye a la hipertensión.

⁵ <http://es.scribd.com/doc/139481338/LIBRO-CARDIO-2da-2013-doc#scribd>



2.6.2 Deterioro de la reserva vasodilatadora coronaria

En el corazón hipertenso hipertrofiado el flujo sanguíneo coronario es normal en reposo, pero la reserva vasodilatadora se deteriora cuando la masa de los miocitos es mayor que el aporte de sangre. Incluso en pacientes sin aterosclerosis, el corazón hipertenso presenta una reserva vasodilatadora coronaria atenuada o nula, lo que produce isquemia subendocárdica en condiciones de aumento de la necesidad de oxígeno del miocardio. La combinación de isquemia subendocárdica y fibrosis cardíaca deterioran la relajación en diástole.

2.6.3 Insuficiencia cardíaca

En la década de los años 50, la insuficiencia cardíaca causó la mayoría de las muertes por hipertensión. Al mejorar el tratamiento de la hipertensión, se ha producido una reducción espectacular de las muertes relacionadas con la hipertensión por insuficiencia cardíaca y un retraso significativo en su inicio, pero la hipertensión sigue constituyendo la causa más frecuente de insuficiencia cardíaca con conservación de la función sistólica. Además, la hipertensión provoca indirectamente la insuficiencia cardíaca sistólica, siendo un factor de riesgo mayor de infarto de miocardio. No está claro si la hipertensión leve o moderada sola, sin infarto de miocardio, provoca insuficiencia cardíaca sistólica.

2.7 Clínica de la hipertensión arterial

Es frecuentemente casual, siendo el único síntoma atribuible a la hipertensión no complicada, la cefalea.

La clínica de la HTA complicada incluye disnea de esfuerzo por hipertrofia ventricular izquierda (HVI), disfunción diastólica del VI y/o insuficiencia cardíaca.

La potenciación de la aterosclerosis favorece los síntomas de cardiopatía isquémica. Son condiciones asociadas a la HTA la isquemia cerebral (accidente



isquémico transitorio, infarto cerebral, ictus lacunar), y particularmente la hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea.

La nefroangiosclerosis inducida por HTA puede llevar a insuficiencia renal terminal, la afectación retiniana se valora mediante la clasificación de Keith-Wegener (Retinopatía hipertensiva)

En el paciente hipertenso se deben buscar síntomas y signos que permitan el despistaje etiológico (menos del 10 % de pacientes). Se debe obtener una analítica rutina que incluya glucemia (HbA1c en diabéticos) lípidos, calcio y fosforo, sedimento de orina y niveles de microalbuminuria.

El ECG tiene una baja sensibilidad para detectar HVI, y se utiliza algunos de los siguientes índices para su diagnóstico tales como Índice de Socolow que es uno de los criterios utilizados para el diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda por medio de un electrocardiograma.

El valor de este índice se obtiene al sumar el voltaje (midiendo la amplitud de las ondas) de S en V1 o V2 (se toma la mayor de estas dos) más el de R de V5 o V6. Un resultado de 3.5 mV o mayor (35 mm) confirma el diagnóstico de Hipertrofia ventricular izquierda.

En la valoración del tratamiento de la HTA deben definirse los factores de riesgo cardiovascular, las lesiones de órganos diana y las enfermedades clínicas asociadas, tal como podemos ver en la siguiente tabla:



2.8 Clasificación de la hipertensión arterial

A. De acuerdo a su severidad, la Organización Mundial de la Salud, lo ha clasificado de la siguiente manera:

CLASIFICACION DE LA HTA (OMS)

CATEGORIA	PA SISTOLICA	PA DIASTOLICA
OPTIMA	<120	<80
NORMAL	120- 129	80- 84
NORMAL- ALTA	130-139	85-89
HTA GRADO 1	140-159	90-99
HTA GRADO 2	160-179	100-109
HTA GRADO 3	≥180	≥110
HTA SISTOLICA AISLADA	≥140	< 90



B. De acuerdo con el grado de repercusión orgánica:

Clasificación de la presión arterial por daño a órgano blanco OMS

Estadio I Sin datos objetivos de daño orgánico

Estadio II Hipertrofia ventricular izquierda detectada por Radiología, ECG o ecocardiografía

Estrechamiento focal o generalizado de arterias retinianas.

Microalbuminuria, proteinuria y/o elevación leve de la concentración de creatinina plasmática (1.2 a 2 mg/dl)

Evidencia ultrasonográfica o radiológica de placas ateroscleróticas (carotídea, aórtica, ilíaca, femoral)

Estadio III Signos y síntomas que han aparecido como resultado de daño a órganos:

Corazón: angina de pecho, infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca

Cerebro: ataque isquémico transitorio, demencia vascular, apoplejía, encefalopatía hipertensiva

Fondo de ojo: hemorragias y exudados en retina, con o sin papiledema

Riñón: concentración de creatinina plasmática arriba de 2 mg/dl, insuficiencia renal

Vasos: aneurisma disecante aórtico, síntomas de enfermedad arterial oclusiva



C. De acuerdo con su etiología:

Hipertensión diastólica

- a) Primaria, esencial o idiopática
- b) Secundaria: 1. Renal 2. Endócrina 3. Coartación de la aorta 4. Hipertensión inducida por el embarazo 5. Trastornos neurológicos 6. Uso de medicamentos y otras sustancias

Hipertensión sistólica

- a) Aumento del gasto cardíaco, b) Rigidez de la aorta

C. De acuerdo con el grado de urgencia del tratamiento:

C. a Falsa urgencia: elevación tensional aguda. Habitualmente reactiva, no ocasiona ningún riesgo vital y es susceptible de corrección espontánea con reposo y relajación.

C. b Urgencia hipertensiva: elevación de las cifras de presión arterial en pacientes habitualmente asintomáticos y con afectación leve a órganos blancos que no representan compromiso vital inmediato (HTA maligna asintomática, rebotes por supresión brusca de antihipertensivos y presión arterial diastólica de 120 mm Hg). Requiere reducción de la tensión arterial en un plazo de 24 horas.

C. c Emergencia hipertensiva: elevación tensional, acompañada de afectación a órganos blancos, hay compromiso vital inmediato (accidente cerebrovascular agudo, eclampsia, aneurisma desecante aórtico, infarto al miocardio, insuficiencia renal, hipertensión con falla ventricular izquierda). Requiere descenso de la tensión arterial en tiempo breve (unas horas).



2.9 Factores de riesgo cardiovascular

Valores de PAS y PAD

Edad: Hombres > 55 años, mujeres: > 65 años

Tabaquismo

Dislipidemia:

Colesterol total > 190 mg/dl

HDL : Hombres < 40 mg/dl , Mujeres < 46 mg/dl

LDL > 115 mg/dl

Glucemia 102 - 125 mg/dl. Diabetes Mellitus

Obesidad: cintura >102 cm en hombres, > 88 cm en mujeres

Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.



2.10 Riesgos que condicionan el pronóstico de los pacientes con hipertensión.

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Valor de PA sistólica y diastólica

Valor de la presión del pulso (en ancianos)

Edad: hombres >55 años, mujeres: > 65 años

Tabaquismo, Dislipidemia

Alteraciones de la glucemia en ayunas (102- 125 mg/ dl) o alteraciones de los resultados de la prueba de tolerancia a la glucosa.

Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura

Perímetro abdominal y diabetes mellitus

LESION SUBCLINICA DE ORGANO DIANA

Hipertrofia ventricular izquierda

Engrosamiento o placas en la pared de la carótida

Un filtrado glomerular estimado bajo ≤ 60 ml/min/1.73

Microalbuminuria. Índice PA en el tobillo. Braquial < 0.9

LESIONES ESTABLECIDAS EN ORGANOS DIANA

Enfermedad cerebral vascular: accidente cerebro- vascular isquémico, hemorragia cerebral, ataque isquémico transitorio.

Cardiopatía: IAM, Angina, revascularización coronaria, insuficiencia cardiaca.



2.11 Diagnostico y evaluación inicial de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial se ha denominado el asesino silente, un trastorno crónico asintomático que si no se detecta y no se le trata, daña silenciosamente a vasos sanguíneos del corazón, el cerebro y los riñones. La hipertensión no es totalmente asintomática, porque en estudios clínicos doble ciego controlados con placebo, la puntuación de la calidad de vida del paciente mejoro con el tratamiento farmacológico satisfactorio de la hipertensión. El control de la hipertensión puede mejorar la disnea de esfuerzo causada por la disfunción diastólica, nicturia causada por el reajuste de la natriuresis por presión y posible, incluso la disfunción eréctil causada por la disfunción endotelial.

El diagnóstico es frecuentemente casual, siendo el único síntoma atribuible a hipertensión no complicada la cefalea

El diagnostico de hipertensión arterial se establece tras la comprobación de los valores de presión arterial en dos o más medidas tomadas en dos o más ocasiones separadas de varias semanas. Confirmada la HTA, determinarse la extensión del daño orgánico, el riesgo cardiovascular global del enfermo y las posibles causas secundarias de la HTA.

2.12 Evaluación inicial del paciente hipertenso

La evaluación inicial de la hipertensión debería lograr tres objetivos: medición de la PA; evaluación del riesgo cardiovascular global del paciente, y detección de las formas secundarias de la hipertensión.



2.12.1 Medición de la presión Arterial

2.12.1.1 Estatificación de la presión arterial en consulta.

Según recomendaciones del séptimo informe de Joint National Committee On Prevention Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure, la PA se clasifica en normal, pre hipertensión o hipertensión en función de la medida de dos o más lecturas realizadas en dos o más consultas.⁶

CLASIFICACION DE LA HTA (JOIN NATIONAL COMMITTEE 7)		
CATEGORIA	PA SISTOLICA	PA DIASTOLICA
NORMAL	<120	<80
PREHIPERTENSION	120- 139 0	80- 89
HTA ESTADIO 1	140-159	90-99
HTA ESTADIO 2	≥ 160 o	> 100

2.13 Recomendaciones para el manejo de la hipertensión arterial en adultos según la JNC8

Recomendación 1

En la población general de edad ≥ 60 años, iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial, si la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 150 mm Hg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg tratar a un objetivo de PAS <150 mm Hg y PAD < 90 mm Hg.

Es decir, en la población general ≥ 60 años, si el tratamiento farmacológico para tratar la HTA logra alcanzar bajar la PAS (por ejemplo, < 140 mm Hg) y el

⁶ http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/JNC7_interactivo.pdf



tratamiento es bien tolerado y sin efectos adversos en la salud o calidad de vida, el tratamiento no tiene que ser ajustado.

Recomendación 2

En la población en general < 60 años, iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la PA si PAS \geq 140 mm Hg y tratar a un objetivo de PAS < 140 mm Hg.

Recomendación 3

En la población de edad \geq 18 años con enfermedad renal crónica (ERC), iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial si PAS \geq 140 mm Hg o PAD \geq 90 mmHg y tratar a un objetivo de PAS < 140 mm Hg y PAD < 90 mmHg.

Recomendación 4

En la población de edad \geq 18 años con diabetes, iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial si PAS \geq 140 mm Hg o PAD \geq 90 mm Hg y tratar a un objetivo de PAS < 140 mm Hg y PAD < 90 mm Hg.

Recomendación 5

En la población no negra en general, incluidas las personas con diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tiazídico, bloqueante de los canales de calcio (CCB), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II).

Recomendación 6

En la población negra en general, incluidas las personas con diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tiazida o CCB.



Recomendación 7

En la población de edad ≥ 18 años con ERC, el tratamiento antihipertensivo inicial (o añadido) debe incluir un IECA o ARA II para mejorar los resultados en los riñones. Esto se aplica a todos los pacientes con ERC con hipertensión, independientemente de la raza o el estado de la diabetes.

Recomendación 8

El objetivo principal del tratamiento de la hipertensión es alcanzar y mantener el objetivo de presión arterial. Si el objetivo de presión arterial no se alcanza dentro de un mes de tratamiento, aumentar la dosis del fármaco inicial o añadir un segundo fármaco de una de las clases en la recomendación 6 (diurético tipo tiazida , CCB , IECA o ARA II) .

El médico debe continuar evaluando la presión arterial y ajustar el régimen de tratamiento hasta que se alcance el objetivo de presión arterial. Si la presión arterial objetivo no se puede alcanzar con 2 fármacos, añadir y se valora un tercer fármaco de la lista proporcionada. No utilice un IECA y un ARA II en el mismo paciente. Si el objetivo de PA no se puede alcanzar utilizando sólo las drogas en la recomendación 6 a causa de una contraindicación o la necesidad de usar más de 3 medicamentos para alcanzar los objetivos de presión arterial, los antihipertensivos de otras clases pueden ser utilizados.

La remisión a un especialista en hipertensión puede estar indicada para pacientes en los que la presión arterial objetivo no puede alcanzarse mediante la estrategia de arriba o para el manejo de los pacientes complicados que requieran su consulta clínica adicional. ⁷

⁷ http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf



2.14 Tratamiento de la hipertensión arterial

En el enfoque del manejo del paciente hipertenso se deben plantear las siguientes consideraciones:

- Instrucciones higiénico - dietéticas
- Valoración del nivel de PA
- Valoración de la lesión subclínica de órganos y estratificación de riesgo cardiovascular
- Objetivos del tratamiento
- Consideración del tratamiento en situaciones especiales, sobre todo en ancianos y diabéticos

El sobrepeso, tabaquismo sedentarismo, excesiva ingesta de alcohol y de sal son de gran importancia en el enfoque inicial del riesgo cardiovascular del paciente hipertenso. Por ello mantener un IMC entre 18,5 – 25 kg/m², reducir el consumo de alcohol a menos de 30 g/día, abandono del hábito de fumar, caminar una hora al menos cuatro días a la semana y reducir la ingesta de sal a menos de 6 g al día deben figurar como los primeros consejos terapéuticos. Se estima que la reducción de 3 g de sal al día reduce de forma sustancial el número de casos de insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, IMC y mortalidad en la población hipertensa.

Se debe iniciar tratamiento con fármacos antihipertensivos en todos los pacientes con PAS \geq 140 mm Hg y/o \geq 90 mm Hg, ajustando la terapéutica para mantener la cifra de PA por debajo de estos valores 130- 139 / 80- 89 mm Hg. En los pacientes con DM el objetivo de PA se establece en \leq 130/80 mm Hg. En pacientes con antecedentes de ictus o AIT se recomienda iniciar el tratamiento hipotensor con niveles de HTA normal/ alta. En este sentido, en pacientes hipertensos la reducción de la PA se asocia a una menor incidencia de recurrencia de ictus y de eventos cardiovasculares. En general, el tratamiento hipotensor precoz está indicado en pacientes que asocien alto riesgo cardiovascular (diabéticos con presión normal/ alta y con síndrome metadiabético) se ha descrito en pacientes de



alto riesgo cardiovascular, que la reducción de PAS < 120 – 125 MM Hg y PAD < 70- 75 mm Hg se asocia a incremento de eventos coronarios, lo que implicaría que la reducción excesiva de PA conlleva un déficit de perfusión de órganos vitales.

Los fármacos hipotensores disponibles en la actualidad se describen a continuación:

2.14.1 Grupos farmacológicos antihipertensivos

1. DIURETICOS

A.- TIAZIDA

- Clortalidona: comprimidos 50mg, 12.5 – 25
- Hidroclorotiazida comprimidos 50 mg, 12.5 – 25
- Indapamida: comprimidos 2.5 mg, retard 1,5 mg
- Xipamida: comprimidos 20 mg

B.- DE ASA

- Furosemida: comprimidos 40 mg
- Torasemida: comprimidos 5 y 10 mg y HTA comprimidos 2,5 mg

C.- DISTALES

- Amiloride: comp 5 mg; Ameride asocia amiloride 5 mg e hidroclorotiazida 50 mg (1- 2 comp/ día)
- Espironolactona: comprimidos 25 mg y 100 mg
- Triamterene: Salidur es la combinación de 25 mg de con 77,6 mg de furosemida.

2. BETABLOQUEANTES

- Atenolol: comprimidos 50 y 100 mg
- Bisoprolol: comprimidos 5 y 10
- Metoprolol: comprimidos 100 mg



- Nadolol: comprimidos 40 y 80 mg
- Nebivolol: comprimidos 5 mg
- Oxprenolol: comprimidos 80 mg, retard comp 160 mg
- Propanolol: comprimidos 40 mg, teradr caps 160 mg

3. ALFA Y BETABLOQUEANTES

- Carvedilol: comp 6,25 y 25 mg

4. ALFABLOQUEANTES

- Doxazosina: comp 2 y 4 mg
- Terazosina: comp 2 y 5 mg

5. CALCIOANTAGONISTAS

a. DIHIDROPIRIDINICOS

- ☞ Amlodipino : comprimidos 5 y 10 mg
- ☞ Felodipino: comprimidos 5 mg
- ☞ Nifedipino: capsulas 10 mg, capsulas 30 y 60 mg

b. NO DIHIDROPIRIDINICOS

- ☞ Verapamil: comp 80 mg

6. IECA

- Captopril: comprimidos 25, 50 y 100 mg
- Enalapril: comprimidos 5 y 20 mg
- Cilazapril: comprimidos 1,2.5 mg
- Trandolapril: capsulas 0,5 y 2, y 4 mg

7. ARA II

- Losartán: comprimidos 50 y 100 mg
- Valsartan: comprimidos 80, 160 y 320 mg
- Candesartan: comprimidos 4, 8, 16 y 32mg



8. INHIBIDORES DE RENINA

- Aliskiren: comp 150 y 300 mg

9. FARMACOS (ANTIADRENERGICOS) DE ACCION CENTRAL

- Metildopa: comprimidos 250 Y 500 MG
- Clonidina: comprimidos 0,15 mg
- Monoxidina: comprimidos 0,2 , 0,3 y 0,4 mg

La elección inicial hipotensor está en función de las características clínicas y de la terapéutica global de cada paciente. No hay evidencia alguna que indique que las principales clases de hipotensores (diuréticos, calcioantagonistas, inhibidores de la ECA – IECA – ARA II o betabloqueadores) difieran en su capacidad de protección frente al riesgo cardiovascular, por lo que pueden ser utilizados tanto para iniciar el tratamiento como para mantenerlo. No obstante existe un nivel preferencial para la elección de un hipotensor en virtud a las características clínicas del paciente.

En la mayoría de los pacientes hipertensos el control efectivo de la PA solo se consigue mediante la combinación de dos o más hipotensores, incluso como terapia de inicio para conseguir mayor rapidez en el control tensional, por ejemplo: IECA y tiazida. La asociación de perindopril con indapamida se ha demostrado más eficaz para controlar la PA y evitar la recurrencia de ictus que el IECA en monoterapia. En pacientes diabéticos con alto riesgo vascular la asociación de IECA con CaA es preferible en términos de protección renal y cardiovascular.



2.15 Manejo integral de la hipertensión arterial

El manejo integral de la hipertensión arterial se define como el establecimiento de metas del tratamiento, manejo no farmacológico y farmacológico, educación del paciente, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones.⁸

Para controlar el aumento de la presión arterial en hipertensos, resulta imprescindible lograr la adherencia terapéutica, siendo definido como una “implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento, aceptado, de mutuo acuerdo, con el fin de producir el resultado terapéutico deseado”, así lo define DiMatteo y DiNicola⁹

La adherencia terapéutica lograda mediante la educación del paciente y el fortalecimiento de las prácticas de autocuidado permiten un mejor control de la presión arterial y reducción de la morbilidad a futuro, ocasionando una reducción de eventos cerebrovasculares.

2.16 Definición de adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria.”¹⁰

La adhesión al tratamiento requiere compromiso y responsabilidad del paciente, para el cumplimiento de las medidas dictadas por el personal médico, con el objetivo de mantener o recobrar su salud y bienestar.

Para lograr una adhesión terapéutica conveniente, es necesario tener presente los siguientes aspectos:

⁸: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>

⁹ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext

¹⁰ <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>



- ❖ Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecidas entre las partes, para elaborar la estrategia que garantice el cumplimiento y aceptación de la terapéutica.
- ❖ Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el médico.
- ❖ Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- ❖ Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que el paciente persona participa en la ejecución de las acciones.

Bajo estos lineamientos, se busca una participación activa y voluntaria del paciente, en el cumplimiento de la terapéutica, el mismo que ha sido elaborado y aceptado bajo las estrategias y condiciones establecidas por mutuo acuerdo entre el paciente y el médico.

2.17 Prevalencia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo

La OMS plantea que la mitad de las personas con tratamiento para la hipertensión abandona la atención a partir del primer año de su diagnóstico, y de los que permanecen bajo supervisión médica, solo el 50% toma al menos el 80% de sus medicamentos prescritos; por lo tanto, solo un 25% de los pacientes logra el control óptimo de la presión arterial. Siendo así, el grado de adherencia al tratamiento varía entre 50 y 70%; dependiendo principalmente de la duración del seguimiento, métodos de evaluación de la adherencia y los regímenes terapéuticos. ¹¹

2.18 Control deficiente de la hipertensión arterial

A pesar de las evidencias abrumadoras de que la hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular importante y que las estrategias hipotensoras reducen

¹¹ <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>



considerablemente el riesgo, los estudios realizados en diversos continentes, así como en varios países europeos, revelan de manera sistemática que:

- 1) Una proporción notable de los hipertensos no son conscientes de su enfermedad o, en caso de serlo, no siguen tratamiento alguno, y que
- 2) rara vez se logran las cifras objetivo de presión arterial, con independencia de si se prescribe tratamiento y los pacientes son seguidos por especialistas o médicos generales.¹²

En estudios que pretenden identificar cuáles son los factores relacionados con la falta de control de la enfermedad, se describe la importancia de las modificaciones en el estilo de vida. Tal es el caso de un estudio llevado a cabo en 2011 en España en el que se encontró que los estilos de vida y alimentación se relacionan independientemente con la falta de control de la presión arterial.

En consultas de atención primaria debido a la falta de control de la hipertensión arterial, han aumentado el número de pruebas para descartar hipertensión arterial secundaria, aumento de la dosis de anti hipertensivos, o la adición de nuevos fármacos, crisis hipertensivas, eventos cerebro vasculares, aumento de la morbimortalidad, aumento de la atención en urgencias por reingresos, cancelaciones de cirugías por hipertensión arterial no controlada generando aumento de costos de la atención en general.

Por ello las consecuencias de la deficiente adherencia farmacológica anti hipertensiva, que enfrentan los pacientes son principalmente:

- ☒ Las recaídas más intensas
- ☒ Aumento del riesgo de dependencia
- ☒ Aumento del riesgo de efectos adversos
- ☒ Aumento del riesgo de toxicidad
- ☒ Aumento del riesgo de accidentes
- ☒ Riesgo de resistencia medicamentosa.

¹² <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>



2.19 Factores moduladores de la adherencia al tratamiento anti hipertensivo.

Los factores que aparecen como determinantes de la adherencia terapéutica, hasta el momento pueden ser organizados por dimensiones así:

1. Primera dimensión: Factores socioeconómicos
2. Segunda dimensión: Factores relacionados con sistema y equipo de salud
3. Tercera dimensión: Factores relacionados con la terapia
4. Cuarta dimensión: Factores relacionados con el paciente.

La comprensión de estos elementos va a servir para que puedan ser ordenados en el marco de un análisis funcional de la conducta de incumplimiento, que pondrá al descubierto las claves ambientales, internas y externas de tal comportamiento. Este análisis desempeñará un papel fundamental en el establecimiento de las estrategias más adecuadas en la consecución del objetivo final: mejorar la adhesión de los pacientes hipertensos al tratamiento farmacológico.

2.19.1 PRIMERA DIMENSIÓN: Factores socioeconómicos

Como factores socioeconómicos se ha descrito que existe una mayor adherencia terapéutica (68%) cuando existe la disponibilidad económica para costearse los medicamentos. En las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre cumplir sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir; lo cual trae consigo un deterioro progresivo de la salud del paciente, quien, en caso de ser el sustento del hogar, entrará en un ciclo desalentador de pobreza - enfermedad.

Por otro lado en el estudio de Framingham se demostró que el nivel de educación es uno de los marcadores del estado socioeconómico y está relacionado en forma inversa con la prevalencia e incidencia de hipertensión arterial y con las complicaciones y evolución de ésta. Al valorar el grado de instrucción e HTA se comprobó una asociación estadísticamente significativa; este bajo nivel de instrucción podría explicar la falta de adherencia al tratamiento y el



desconocimiento por parte de la población sobre su enfermedad. La educación se asocia con la mejoría en el control de la presión arterial; un nivel de educación menor al bachillerato es un factor de riesgo independiente y un reto para la “alfabetización de la salud”¹³

Varios han sido los factores socioeconómicos que se han relacionado con la adherencia terapéutica entre los que se incluyen: el analfabetismo, falta de redes de apoyo social, bajo nivel de instrucción, desempleo, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, entre otros; siendo los más representativos la pobreza y el costo elevado de los medicamentos, lo cual motiva a generar políticas gubernamentales que permitan precios asequibles a la medicación, protección del estado en el ámbito de salud y sistemas de distribución confiables de medicamentos, para lograr buenas tasa de adherencia a los tratamientos.

Las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica.

En un estudio realizado en Cartagena, Colombia; sobre los factores socioeconómicos que influyen en la adherencia farmacológico antihipertensiva en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular, resultado que el 16.41% de los pacientes se encontraba en riesgo moderado de no adherirse al tratamiento; sin embargo, un gran porcentaje de los pacientes opinó que el contar con el apoyo de la familia (tanto anímico como económico) ayuda a continuar con el tratamiento, lo cual favorecía de manera positiva la adherencia

Finalmente, una investigación realizada con pacientes de la Caja de Previsión Social de Cartagena demostró que el 83.59% de los pacientes se encontraba en la categoría sin riesgo de adherirse al tratamiento; donde el 76.72% de los participantes contaba con la disposición económica para cumplir las necesidades básicas de los mismos y el 87% revelaba que, a pesar de los costos de algunos

¹³ <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>



medicamentos, el sentirse bien hacía que valga la pena conseguirlos. El 83.21% opinó que contar con el apoyo familiar los animaba a continuar con el tratamiento.¹⁴

2.19. 2 SEGUNDA DIMENSIÓN: Factores relacionados con el Sistema y Equipo de Salud

Está comprobado que una buena relación paciente – medico puede mejorar la adherencia terapéutica; para lo cual el medico tiene que estar capacitado y además motivar a los pacientes a conseguir la adherencia terapéutica que conjunto con las enfermeras indicaran con palabras sencillas.

La dificultad de comunicación entre el médico y el paciente, aliada a la demora en el atendimento, forma una situación incómoda e inhibidora al paciente, causando la desmotivación para regresar al próximo control.

Los pacientes que no cumplen su tratamiento creen que el sistema de salud afecta de alguna manera la atención a sus usuarios. Por ejemplo, que no siempre consiguen atención con el mismo profesional médico, por lo que implicaría repetir su historia clínica cada vez que acuden a control, existiendo riesgo de no establecer una buena relación médico paciente con el otro profesional, lo que influye directamente en la falta de adherencia al tratamiento.

Esto demuestra que la unidad prestadora de salud debe disponer de un equipo médico que tenga una buena interacción, con el paciente, de tal manera que apliquen mecanismos que le facilitan a éste la consecución de los medicamentos, los próximos controles, e historia clínica completa.

Una investigación realizada en Cartagena (Herrera 2007) encontró que un 76,72% de los pacientes consideró fundamental el trato del médico y la enfermera para volver a los controles, un 82.40% indicó que comprende claramente las explicaciones del médico y la enfermera, y el 83.91% no tenga dudas acerca de la forma de tomarse los medicamentos. Al final, la satisfacción del paciente, desde el

¹⁴ <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/139>



punto de vista afectivo, con la relación establecido con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico.¹⁵

2.19.3 TERCERA DIMENSIÓN: Factores relacionados con la terapia

Son múltiples las implicaciones vinculadas a este, como por ejemplo: la complejidad del régimen terapéutico, duración, cambios de terapia, fracasos de esta y efectos colaterales.

La presencia o no de síntomas es clave para la adherencia al tratamiento. El paciente que experimente un alivio inmediato de los síntomas al adherirse a la terapéutica, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que un paciente con enfermedad asintomática (como la hipertensión) no dispone de claves internas para la acción lo cual no refuerza la acción de adherencia al tratamiento.

La OMS plantea que la adherencia a los regímenes terapéuticos a largo plazo (como el caso de la hipertensión arterial), requiere un cambio comportamental, por lo que sugieren estrategias como es proporcionar recompensas, recordatorios (instrucciones escritas) y conformar grupos de autoayuda que permitan el intercambio de experiencias y sirvan de estímulos para las personas que se encuentran en igual situación.

2.19.4 CUARTA DIMENSIÓN: Factores relacionados con el paciente

Estos son los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento, incluyendo los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Estos factores forman un vínculo de modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, demostrando su comportamiento hacia la terapéutica. La no adherencia al tratamiento es un problema mundial de gran magnitud.

¹⁵ <http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/articles/rev57/artic04.htm>



Según la OMS, entre los factores relacionados con el paciente que influyen en la adherencia terapéutica se encuentra la angustia, el estrés psicosocial, la baja motivación y la no aceptación de la enfermedad. Al respecto, Deffenbacher y Robert Stark sostienen que la relajación es un medio eficaz para controlar la ansiedad; además recomiendan la combinación de relajación progresiva, ejercicios de respiración profunda, entrenamiento de reducción de la tensión. Estos autores demostraron en sus estudios que las personas que adquirían esta habilidad de relajación afrontaban mejor la enfermedad.¹⁶

En conclusión, la problemática de la adherencia terapéutica es multifactorial, ya que se encuentra íntimamente relacionadas las dimensiones antes mencionadas; siendo imposible dividir las o tratarlas por separado, ya que las mismas influyen como un todo de manera positiva o negativa en el accionar del paciente.

2.20 PERSPECTIVA PSICOLÓGICA DE LA CONDUCTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Se debe mencionar como fundamento principal el Modelo de Creencias en Salud, creado por un grupo de psicólogos norteamericanos (Hochbaum, Kegels, Leventhal, Rosentock).

Quienes lo definieron como: “un modelo de inspiración cognitiva que considera el comportamiento como el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada”¹⁷

Este modelo depende de dos variables:

- a) El deseo de evitar la enfermedad.
- b) La creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.

¹⁶<http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/articulos/rev57/artic04.htm>

¹⁷ http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud_14_1/14_1/LMart%C3%ADn.html



En este modelo se plantean estructuras que pueden incidir y afectar la conducta del individuo frente al proceso de enfermedad.

2.21 MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Los métodos para medir el grado de adherencia al tratamiento se dividen en dos grandes grupos: los métodos directos y los indirectos.

2.21.1 MÉTODOS DIRECTOS

Se basan en la cuantificación del fármaco o sus metabolitos en algún fluido biológico (sangre, orina, saliva, piel). Este método consiste en monitorizar las concentraciones de los medicamentos en la sangre, medir la eliminación de los medicamentos o sus metabolitos en la orina, medir las concentraciones en saliva, medir concentraciones en otros fluidos biológicos.

Las características principales de estos métodos es que son objetivos, específicos, fiables, complejos, limitados a ciertos fármacos, exactos e incluso, en ocasiones, invasivos para el paciente. Sin embargo, su elevado costo impide emplearlos en el sector público.

2.21.2 MÉTODOS INDIRECTOS

Son métodos menos fiables que los directos, pero son más sencillos y baratos, además de reflejar la conducta de los pacientes, por lo que son muy útiles en atención primaria. Se los puede describir como no objetivos, inespecíficos, válidos para cualquier tipo de fármaco además nos sirve para sobreestimar el cumplimiento, por lo que sólo se identifica una parte de los incumplidores. No se puede cuantificar el cumplimiento, pero se puede valorar de forma subjetiva, utilizando una valoración cualitativa, bien nominal (buen o mal cumplidor), en función del número de respuestas de un cuestionario con su respectiva valoración

Otra ventaja es que sirve para investigar y valorar el cumplimiento en condiciones reales de la práctica clínica, contribuyendo al conocimiento de la efectividad terapéutica.



Los principales métodos son:

1. Recuento de comprimidos: consiste en contar la medicación que le queda al paciente en el envase, considerando el tiempo transcurrido desde la fecha de prescripción hasta la fecha de recuento.
2. Test de cumplimiento autocomunicado o Test de Haynes – Sackett: esta técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento.
3. Test de Morisky-Grenn-Levine o cuestionario de adherencia a la medicación. Consiste en cuatro preguntas de contraste, y con respuesta dicotómica (Si o No), para valorar si el paciente tiene actitudes correctas para el tratamiento, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor, si es que ha respondido negativamente al menos a una pregunta; y es cumplidor aquel paciente que contesta correctamente las cuatro preguntas.

Las preguntas son las siguientes, y se procura formularlas en un ambiente de cordialidad:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El test de Morisky-Green, esta validado únicamente para patologías crónicas como la hipertensión arterial, y es considerado uno de los mejores métodos indirectos para medir la adherencia al tratamiento ya que presenta una alta especificidad y un alto valor predictivo positivo, haciendo posible identificar de la mejor manera los grupos de riesgo de incumplimiento del tratamiento en atención primaria, este es un cuestionario corto, de fácil aplicación.



Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad): son preguntas sencillas que analizan el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad.



CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- ∞ Determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en los pacientes ingresados a hospitalización en la Clínica Santa Ana

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Caracterizar la población investigada.

3.2.2 Determinar la frecuencia de pacientes adherentes a la terapia farmacológica en la población hipertensa estudiada, según sexo y edad.

3.2.3 Identificar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de la población en estudio, según el Test de Morisky Green y Test de Batalla.

3.2.4 Relacionar los factores de riesgos con la prevalencia de la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de la población en estudio.



CAPITULO IV

4. Diseño metodológico.

4.1 Diseño general del estudio

4.1.1 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo **Cuantitativa Descriptiva** en los pacientes hipertensos ingresados en la Clínica Santa Ana, a quienes se les aplicó un formulario construido para el efecto, a través del cual se indagó sobre las variables sexo, edad, actividad física, el conocimiento de la enfermedad, riesgos de la enfermedad, causas de abandono al tratamiento.

Para evaluar los conocimientos sobre la enfermedad se utilizó el Test de Batalla y la prueba de Morinsky Green que es un método de evaluación indirecta del cumplimiento terapéutico Universo y muestra: pacientes hipertensos ingresados de la Clínica Santa Ana de Cuenca-Ecuador, durante el periodo de Abril del 2015 a Septiembre del 2015.

4.1.2 Área de investigación

Mi investigación se realizó en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca, en el año 2015

4.1.3 Definiciones Operacionales

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación, criterios de inclusión y exclusión, procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con sujetos humanos.



4.1.4 Universo de estudio.

El universo fue constituido por un total de 66 pacientes masculino y femenino ingresadas de la Clínica Santa Ana 2015 de la ciudad de Cuenca.

4.1.5 Selección y Tamaño de la Muestra

El estudio se realizó a todos los pacientes que fueron ingresados al área de hospitalización de la clínica Santa Ana, durante el período de Abril a Septiembre del 2015.

La población de estudio está compuesta por el número total de pacientes ingresados en el área de Hospitalización de la Clínica Santa Ana, mencionado con diagnóstico de Hipertensión Arterial, Comprendidos en el periodo Abril a Septiembre del año 2015,

Muestra: No probabilística consecutiva

4.1.6 Unidad de Análisis y Observación.

Pacientes ingresados a hospitalización con edades comprendidas entre 40 y 94 años que cumplieron con los criterios de inclusión

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1 Criterios de inclusión

En el presenta trabajo investigativo se incluyeron al grupo de pacientes ingresados a hospitalización, que aceptaron participar en la investigación firmando el consentimiento informado.

4.2.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron todos los pacientes que no firmaron el consentimiento informado, además a mujeres en estado gestacional y pacientes menores de 20 años



4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

El método que se utilizó para la recolección de datos es principalmente la encuesta, en la que se obtuvo una comunicación interpersonal entre el investigador y el sujeto de estudio, con el objetivo de recolectar respuestas escritas a las interrogantes planteadas sobre la Hipertensión Arterial.

La técnica a utilizarse, fue el Test de Batalla y el Test de Morisky Green, en el que se tomó en cuenta el cumplimiento del tratamiento, posteriormente los datos fueron tabulados y de dichas variables se obtuvo los resultados.

Para la recolección de la información se utilizó: Técnicas secundarias: Análisis de contenidos bibliográficos, lecturas científicas, y revisión de Historias clínicas de los pacientes.

Para la realización de mi investigación me he basado en dos tipos de fuentes: material escrito y material por web.

4.3.1 Métodos de procesamiento de la información

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS 15.00 (Statistical Product and Service Solutions para Windows).

La presentación de la información se realizó en forma de distribuciones de acuerdo a frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas, los resultados son presentados en tablas. Además se utilizó el estadístico Chi cuadrado, para medir la fuerza de asociación entre las variables que la investigación consideró pertinente, el resultado es descrito al de la probabilidad ($P=$) al ser menor a ,005; el cual se asignó al final de las tablas, además se empleó la razón de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza para determinar factores protectores o de riesgo entre las variables asociadas; siendo un valor superior a 1 como factor de riesgo e inferior a 1 como factor de protección y si el valor de la razón de prevalencia es 1 no hay asociación estadística entre las variables.



4.3.2. Técnica.

Se utilizó la entrevista estructurada, en la cual se aplicó un cuestionario previamente validado, con preguntas objetivas de tal manera que la encuestada seleccionó sus respuestas según las opciones planteadas.

El formulario constó de datos de filiación, datos socio demográficos, y test de Morisky Green y Test de Batalla.

4.3.3. Procedimiento para la recolección de la información e instrumentos a utilizar.

Se solicitó la autorización pertinente para la aplicación de los formularios mediante un oficio dirigido a la Dra. Directora de la Clínica Santa Ana, la misma que fue aprobada por las respectivas autoridades de la Clínica Santa Ana.

Posteriormente se entregó a los pacientes el consentimiento (ver anexo) y se les dio a conocer el objetivo del estudio.

Una vez firmado el consentimiento, se procedió a aplicar el formulario respectivo (ver anexo).

En la encuesta se utilizó el Teste de Morisky Green y Test de Batalla tuvo una duración de 7-10 minutos con la presencia del investigador que solventó todas las dudas de las investigadas.

4.3.3.1 Tablas

Se utilizó tablas simples y tablas cruzadas.

4.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos.

Se obtuvo el permiso correspondiente de las autoridades de la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca.

Se les entregó el consentimiento informado a los/as pacientes.



Las participantes fueron informadas sobre los objetivos del estudio antes de someterse a la entrevista, donde se les aplicó el formulario; se les indicó también que la información es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma.

Se respetó su autonomía.

4.5 Variables.

4.5.1 Operacionalización de las variables.

OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION DE VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo en anos	Tomado de la encuesta o historia clínica	Numérica
SEXO	Condición orgánica natural, estructural y funcional que distingue al hombre de la mujer. Masculino y femenino	Fenotipo	Caracteres Sexuales	Femenino Masculino



VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION DE VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
HIPERTENSION ARTERIAL	Incremento de la tensión arterial, con cifras igual o mayores a 140 y 90 mm Hg, respectivamente.	En mm Hg	Toma de la presión arterial, a cada paciente hospitalizado de la Clínica Santana.	<120 y <80 120-139 y 80 y 89 140-159 y 90-99 >160 y >100
INDICE DE MASA CORPORAL	Relación existente entre el peso de una persona con su talla, resultado obtenible mediante la división del peso sobre la talla al cuadrado.	Peso en Kg Talla en m ² >	Medición de estatura y peso, en la hospitalización a cada paciente. $IMC = PESO / TALLA^2$	Desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad moderada Obesidad severa
CONTROL DE TENSION ARTERIAL	Acción y efecto de medir la PA, normal = 120/80 mm Hg	En mm Hg	Medición de la presión arterial en mm Hg	Mal controlado ≥140/90. Bien controlado



				≤139/89
VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION DE VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	cuando el consejo médico o de salud coinciden con el comportamiento del individuo en cuanto a la terapia	Calificación según los test de Morinski-Green y Batalla	Test de Morinski-Green y Batalla	SI NO
ACTIVIDAD FISICA	Conjunto de movimientos corporales obtenidos por gasto energético.	Aeróbico	Caminar Trotar Correr Aerobics	SI NO
ABANDONO DEL TRATAMIENTO	Dejar de lado o descuidar la terapéutica		Test de Morinski-Green y batalla	Si No

Realizado por: L. Caldas



CAPITULO V

5. Resultados

5.1 Cumplimiento del estudio.

La presente investigación se realizó en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca, en los cuales se aplicaron 66 formularios, los mismos que fueron contestados por los pacientes de manera individual.

5.2. Características de la población de estudio

Fueron seleccionados 66 los pacientes ingresados de la Clínica Santa que participaron en esta investigación, en horarios matutinos, vespertinos, y doble jornada, pertenecientes a distintos pisos del área de hospitalización, obteniendo así un total de 66 formularios para la elaboración de la base de datos de esta investigación.

5.3 Análisis de resultados



TABLA #1

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, según: *edad*.

Edad (años cumplidos)	Frecuencia	Porcentaje
35-40 años	4	6,1%
41-46 años	9	13,6%
47-52 años	7	10,6%
53-58 años	4	6,1%
59-64 años	9	13,6%
65-70 años	10	15,2%
71-76 años	9	13,6%
77-82 años	5	7,6%
83-88 años	7	10,6%
89-94 años	2	3,0%
Total	66	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 15,2% (10) tiene un promedio de edad de 65- 70 años de edad, un 13.6% (9) tienen un promedio de edad de 41-46 años de edad, un 13.6% (9) tienen un promedio de edad de 59-64 años de edad, un 13.6% (9) tienen un promedio de edad de 71-76 años de edad, un 10,6% (7) tienen un promedio de edad de 47-52 años de edad, un 10.6% (7) tienen un promedio de edad de 83-88 años de edad, un 7,6% (5) tienen un promedio de edad de 77-82 años de edad, un 6,1% (4) tienen un promedio de edad de 35-40 años de edad, un 6.1% (4) tienen un promedio de edad de 53-58 años de edad, un 3,0% (2) tienen un promedio de edad de 89-94 años de edad.



TABLA #2

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, según: sexo.

SEXO DEL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	25	37,9%
FEMENINO	41	62,15%
Total	66	100,%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 62,1% (41) pertenece al sexo femenino y el 37,9% (25) corresponden al sexo masculino.



TABLA #3

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, según: *Actividad física*.

Actividad Física	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	42,4
NO	38	57,6
Total	66	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 57,6% (38) no realizan actividad física y el 42,4% (28) realizan actividad física.



TABLA #4

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, según: *Índice de masa corporal*.

Índice de Masa Corporal	Frecuencia	Porcentaje
18.5 a 24.9 NORMAL	22	33,3%
25 a 29.9 SOBRE PESO	32	48,5%
30 a 34.9 OBESIDAD GRADO I	12	18,2%
Total	66	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 48,5% (32) tienen sobrepeso grado I, el 33,3% (22) se encuentran en un rango de IMC normal, y el 18,2% (12) tienen sobre peso.



TABLA #5

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, según: *valor de presión arterial*

Presión Arterial	Frecuencia	Porcentaje
<120 /< 80	14	21,2%
120-139/ 80-89	43	65,2%
140-159/90-99	9	13,6%
Total	66	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 65,2% (43) tienen un rango de presión arterial de 120-139/ 80-89, un 21,2% (14) tienen un rango de presión de <120 /< 80, y un 13,6% (9) tienen un rango de presión arterial de 140-159/90-99



TABLA #6

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, Según: *La HTA es una enfermedad para toda la vida?*

HTA es una enfermedad para toda la vida	Frecuencia	Porcentaje
SI	60	90,9%
NO	6	9,1%
Total	66	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 90,9% (60) consideran que la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida, y el 9,1% consideran que la hipertensión arterial no es una enfermedad para toda la vida.

**TABLA #7**

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, Según: *Se puede combatir la HTA con dieta y medicación?*

Se puede combatir la HTA con dieta y medicación?	Frecuencia	Porcentaje
SI	45	68,2%
NO	21	31,8%
Total	66	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 68,2% (45) consideran que la hipertensión arterial se puede combatir con dieta y medicación, un 31,8% consideran que la hipertensión arterial no se puede combatir con dieta y medicación.



TABLA #8

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, Según: *Órganos lesionados que afecta la HTA*

Órgano lesionado que afecta la HTA	Frecuencia	Porcentaje
CEREBRO	16	24,2
CORAZON	26	39,4
RIÑON	12	18,2
OJOS	12	18,2
Total	66	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 39,4% (26) consideran que la hipertensión arterial afecta al corazón, un 24,2% (16) consideran que la hipertensión arterial afecta al cerebro, el 18,2% (12) consideran que la hipertensión arterial afecta a nivel renal, y el 18,2% (12) consideran que la HTA afecta a los ojos.



TABLA #9

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, Según: *A olvidado alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?*

Olvido de la medicación	Frecuencia	Porcentaje
SI	39	59,1%
NO	27	40,9%
Total	66	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 59,1% (39) han olvidado alguna vez de tomar sus medicamentos, y el 40,9% (27) no han olvidado tomar su medicación alguna vez.



TABLA #10

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, Según: *Toma los medicamentos a las horas indicadas?*

Toma los medicamentos a horas indicadas?	Frecuencia	Porcentaje
SI	44	66,7
NO	22	33,3
Total	66	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 66,7% (44) toman los medicamentos a horas indicadas, y el 33,3% (22) no toman su medicación a horas indicadas.



TABLA #11

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, Según: *Cuando se encuentra bien, Ud. deja de tomar los medicamentos?*

Cuando se encuentra bien, abandona la medicación?	Frecuencia	Porcentaje
SI	33	50,0
NO	33	50,0
Total	66	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 50,2% (33) cuando se encuentran bien dejan de tomar su medicación, y el 50,2% (33) cuando se encuentran bien no dejan de tomar su medicación.



TABLA #12

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, Según: *Cuando se encuentra mal, Ud. deja de tomar los medicamentos?*

Sintomático, abandona la medicación?	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	42,4
NO	38	57,6
Total	66	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 57,6% (38) cuando se encuentran mal no dejan de tomar su medicación, y el 42,4% (28) cuando se encuentran mal dejan de tomar su medicación.



TABLA #13

Distribución 66 pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca. 2015, Según: *Adhesión Terapéutica*

Adhesión Terapéutica	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	30,3
NO	46	69,7
Total	66	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas C.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (66 pacientes) el 69,7% (46) no son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, y el 30,3% (20) son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo.



TABLA # 14

Distribución de los 66 pacientes ingresados de la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca con diagnóstico de Hipertensión Arterial con Adhesión Terapéutica, en el período de Abril – Septiembre de 2015

		ADHESION TERAPEUTICA				TOTAL	
		SI		NO		#	%
		#	%	#	%		
ACTIVIDAD FISICA DEL PACIENTE ENCUESTADO	SI	9	13.6%	19	28.8%	28	42.4%
	NO	11	16.7%	27	40.9%	38	57.6%
TOTAL		20	30.3%	46	69.7%	66	100,0%
CHI-CUADRADO DE PEARSON		0.78 /G1 1		p = 0,780			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Lourdes Caldas Carrión

Esta tabla es estadísticamente representativa

Interpretación: De un universo de 66 pacientes ingresados a la Clínica Santa Ana con diagnóstico de hipertensión arterial, 20 pacientes presentan Adhesión Terapéutica, de los cuales el 16.7%(11 pacientes) no realizan actividad física, seguido del 13.6% (9 pacientes) que si realizan actividad física.



TABLA # 15

Distribución de los 66 pacientes ingresados de la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca con diagnóstico de Hipertensión Arterial con Adhesión Terapéutica, en el período de Abril – Septiembre de 2015

		ADHESION TERAPEUTICA				TOTAL	
		SI		NO		#	%
		#	%	#	%		
COMBATIR LA HTA CON DIETA Y MEDICACIÓN	SI	18	27.3%	27	40.9%	45	68.2%
	NO	2	3.0%	19	28.8%	21	31.8%
TOTAL		20	30.3%	46	69.7%	66	100,0%
CHI-CUADRADO DE PEARSON		6.297 /GI 1			p = 0,012		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: LOURDES CALDAS CARRION.

Esta tabla es estadísticamente significativa

Interpretación: De un universo de 66 pacientes ingresados a la Clínica Santa Ana con diagnóstico de hipertensión arterial, 20 pacientes presentan Adhesión Terapéutica, de los cuales el 27.3% (18 pacientes) creen que la HTA se puede combatir con dieta y medicación, seguido del 3.0% (2 pacientes) que no creen que la HTA se puede combatir con dieta y medicación.



TABLA # 16

Distribución de los 66 pacientes ingresados de la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca con diagnóstico de Hipertensión Arterial con Adhesión Terapéutica, en el período de Abril – Septiembre de 2015

		ADHESION TERAPEUTICA				TOTAL	
		SI		NO		#	%
		#	%	#	%		
OLVIDO DE MEDICACION	SI	9	13.6%	30	45.5%	39	59.1%
	NO	11	16.7%	16	24.2%	27	40.9%
TOTAL		20	30.3%	46	69.7%	66	100,0%
CHI-CUADRADO DE PEARSON		2.357 /GI 1			p = 0,125		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: LOURDES CALDAS CARRION.

Esta tabla es estadísticamente representativa.

Interpretación: De un universo de 66 pacientes ingresados a la Clínica Santa Ana con diagnóstico de hipertensión arterial, 20 pacientes presentan Adhesión Terapéutica, de los cuales el 16.7% (11 pacientes) no olvidan su tratamiento de HTA, seguido del 13.6% (9 pacientes) que si olvidan su tratamiento de HTA.



TABLA # 17

Distribución de los 66 pacientes ingresados de la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca con diagnóstico de Hipertensión Arterial con Adhesión Terapéutica, en el período de Abril – Septiembre de 2015

		ADHESION TERAPEUTICA				TOTAL	
		SI		NO			
		#	%	#	%	#	%
TOMA DE MEDICACION EN HORAS INDICADAS	SI	20	30.3%	24	36.4%	44	66.7%
	NO	0	0.0%	22	33.3%	22	33.3%
TOTAL		20	30.3%	46	69.7%	66	100,0%
CHI-CUADRADO DE PEARSON		14.348 /GI 1			p = 0,000		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: LOURDES CALDAS CARRION.

Esta tabla es estadísticamente representativa.

Interpretación: De un universo de 66 pacientes ingresados a la Clínica Santa Ana con diagnóstico de hipertensión arterial, 20 pacientes presentan Adhesión Terapéutica, de los cuales el 30.3% (20 pacientes) toman su medicación tratamiento de HTA a la hora indicada, seguido del 0.0% (0 pacientes) no toman su medicación tratamiento de HTA a la hora indicada.



TABLA # 18

Distribución de los 66 pacientes ingresados de la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca con diagnóstico de Hipertensión Arterial con Adhesión Terapéutica, en el período de Abril – Septiembre de 2015

		ADHESION TERAPEUTICA				TOTAL	
		SI		NO		#	%
		#	%	#	%		
ABANDONO DE MEDICACION CUANDO SE ENCUENTRA BIEN	SI	1	1.5%	32	48.5%	33	50.0%
	NO	19	28.8%	14	21.2%	33	50.0%
TOTAL		20	30.3%	46	69.7%	66	100,0%
CHI-CUADRADO DE PEARSON		23.243 /GI 1			p = 0,000		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: LOURDES CALDAS CARRION.

Esta tabla es estadísticamente representativa.

Interpretación: De un universo de 66 pacientes ingresados a la Clínica Santa Ana con diagnóstico de hipertensión arterial, 20 pacientes presentan Adhesión Terapéutica, de los cuales el 28.8% (19 pacientes) no toman su medicación tratamiento de HTA cuando se encuentran estables, seguido del 1.5% (pacientes) que continúan tomando su medicación de tratamiento de HTA cuando se encuentran estables.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El presente estudio se centró en determinar la adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes ingresados de la Clínica Santa Ana a continuación analizaremos los siguientes resultados:

Los resultados obtenidos demostraron que a pesar de que los valores de presión arterial se mantienen dentro de los rangos normales, estos demuestran que existe dificultad para el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo siendo representado con un 69,7% de los pacientes totales. Este es un asunto al que hay que prestar mucha atención debido a que la no adherencia conlleva a complicaciones de la enfermedad hipertensiva que incluso pueden comprometer la vida de los pacientes.

Mientras que en un estudio realizado en el Área 2 de Salud de Miraflores demuestran una población adherente al tratamiento farmacológico antihipertensivo en un 56% del total y con un 44% de pacientes que no se adhieren al tratamiento.

18

La causa más frecuente de la no adherencia, en mi estudio, fue la impuntualidad en el horario, ya que el 66,7% respondió que toma la medicación a horas no indicadas, seguido del olvido, un 59,1% respondió que se ha olvidado alguna vez de tomar el medicamento. Estos resultados varían ya que en una investigación pakistaní se demuestra que el 56.8% de la falta del cumplimiento antihipertensivo se debió al olvido siendo la causa más común.

¹⁸ <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19902/1/Tesis.pdf>



En mi investigación reporta que el 50.0% de los pacientes no suspende el tratamiento cuando mejoran sus síntomas, mientras que en Colombia esta cifra llega al 65%. (4)

Además, en mis estudios, reportó que el 68.2% consideran que pueden combatir la hipertensión con dieta saludable y equilibrada más medicación. En un estudio realizado en la Universidad de Colombia en el año 2010 esta cifra llega al 60%.

En cuanto a, la hipertensión arterial se puede combatir mediante la dieta y medicación en mis estudios, un 68,2% respondieron positivamente, mientras que en unos estudios realizados en Colombia indicaron que el 94% de la población estudiada considera que controlar la presión arterial puede combatirse con dieta, medicación, demostrando el compromiso del paciente con el cuidado de su salud. (3)



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

La investigación concluye que:

El grado de adhesión al tratamiento anti hipertensivo es del 30,3%.

El factor más importante para la no adherencia al tratamiento, es la toma de la medicación a horas no adecuadas, seguido del factor olvido.

El factor de riesgo para la no adhesión al tratamiento farmacológico es la falta de conocimiento



7.2 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de prevalencia con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados, para medir la progresión de esta enfermedad.
- Proporcionar información a los pacientes, sobre los factores y riesgos que causa la adherencia al tratamiento anti hipertensivo.
- Otorgar a los pacientes responsabilidades en sus tratamientos, evitando complicaciones a futuro.
- Capacitar al personal de salud para mejorar los factores relacionados con esta dimensión.



5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Datos obtenidos en:

1. Sokolow M. Cardiología Clínica. 3º edición. México: Edit. El Manual Moderno.

- 2.- Morales G. Definición y criterios de clasificación de la hipertensión arterial. Guías de tratamiento de la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión. Hipertensión (Perú) 2010.

- 3.- Evans R. Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica coronaria. Rev Per Epidem 2010.

- 4.- Estévez C, Climent E. Adhesión terapéutica en pacientes VIH + un planteamiento interdisciplinar. Salud y drogas. 2001;1(001) 11-13.

- 5.- (2) Almas A, Hameed A, Ahmed B, Islam M (2006) Compliance to antihypertensive therapy JCPSP 16: 23–26 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16441983>

- 6.- (3) Contreras, A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Salud Uninorte [revista en línea] 2010 [citado el 04 septiembre 2013] Vol 26. Sincelejo, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf>

- 7.- (4) Contreras, A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Salud Uninorte [revista en línea] 2010 [citado el 04 septiembre 2013] Vol 26.



Sincelejo, Colombia. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a04.pdf>

8.- (13) Vázquez Vigoa Alfredo, Llorens Núñez Martha, Cruz Alvarez Nélida María. Hipertensión arterial: Aspectos fisiopatológicos. Rev cubana med [revista en la Internet]. 1996 Dic [citado 15 marzo 2014]; 35(3): 176-182. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231996000300006

9.- (14) Gamboa A, Raúl. Fisiología de la Hipertensión Arterial esencial. Acta méd. Peruana [revista en la Internet] 2006 [citado 06 Marzo 2014] vol.23, n.2, pp. 76-82. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200006&lng=es&nrm=iso>. accedido en 15 marzo 2014

10.- (15) Valdés Stromilli Gloria. Sal e Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 15 Marzo 2014] ; 28(1): 107-114. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718

11.- Saldaña Aguilera M, Corbi Pascual M, Diagnóstico y Tratamiento Médico de la Hipertensión Arterial. Madrid-España. Marban Libros 2015

12.- 11. Concepto de Adherencia Terapéutica :
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext

13.- Puigventós Latorre F, Llodrá Ortola V, Vilanova Bolto M, Delgado Sánchez O, Lázaro Ferrerruela M, Forteza-Rey Borralleras J. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. Med Clí (Barc)

14.- Piñeiro Chousa F, Gil Guillen VF, Donis Otero M, Orozco Beltrán D, Pastor López R, Merino Sánchez J. Validez de seis métodos indirectos para valorar el



cumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente.
Rev Clín

15.- Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R, Rouse IL, Rogers P: Evidence for a direct effect of alcohol consumption on blood pressure in normotensive men: a randomized controlled trial Hypertension

16.- El Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010 (<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>)

17.- Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Maiques Galán. Introducción a la prevención de las enfermedades cardiovasculares. En: Curso a distancia de prevención en Atención Primaria 1. Barcelona: Renart Edicions

18.- UK Prospective Diabetes Study. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. Br Med J

19.- Rodríguez Pérez JC, Calonge Ramírez S, Bichara Antanios G. Prevalencia de los factores de riesgo de cardiopatía isquémica en la isla de Lanzarote. Med Clin (Barc)

20.- MacMahon S y cols.: Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1. Prolonged differences on blood pressure: prospective observation studies corrected for the regression.

21.- (GRANADOS Genoveva, ROALES NIETO Jesús Gil, MORENO Emilio, YBARRA José Luis. CREENCIAS EN SÍNTOMAS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN. Granada – España 2010 Pág. 698. Disponible en: <http://www.divisionescolpsic.org/juridica/articulosdocs/>



ANEXOS



ANEXO 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA **UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y** **CIENCIAS DE LA SALUD**

Doctor:
DIRECTOR DE LA CLINICA SANTA ANA
Ciudad.

De mi consideración:

Yo, Lourdes Adriana Caldas Carrión, estoy por realizar un estudio que lleva por nombre “ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES INGRESADOS DE LA CLINICA SANTA ANA, CUENCA ABRIL-SEPTIEMBRE 2015” para lo cual es necesario la participación de los pacientes ingresados en la Clínica Santa Ana de la ciudad de Cuenca; a quienes se les entregará un cuestionario, el mismo que será respondido de acuerdo al criterio de cada uno de ellos sobre el tema.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando confidencialidad de la misma. El beneficio para los estudiantes que participen será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá crear programas de intervención y se generaran correctivos a los programas ya existentes. Esperamos contar con su colaboración.

Atentamente.

LOURDES ADRIANA CALDAS CARRION



ANEXO 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DE LA SALUD

**ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO
ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES INGRESADOS DE LA
CLINICA SANTA ANA, CUENCA ABRIL- SEPTIEMBRE 2015”**

La presente investigación tiene como director al Dr. Eduardo Rosales y es realizada por: Lourdes Adriana Caldas Carrión, estudiante(s) de la Unidad Académica de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Cuenca, con la finalidad de realizar la tesis “**ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES INGRESADOS DE LA CLINICA SANTA ANA, CUENCA ABRIL- SEPTIEMBRE 2015”**, previa a la obtención del título de médico.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de asentimiento.

Información del estudio.- En el estudio se investigará la adhesión al tratamiento antihipertensivo, esto se llevará a cabo mediante la aplicación de un formulario de recolección de datos.

Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá determinar adhesión al tratamiento antihipertensivo en nuestra ciudad.

Riesgos del Estudio: La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y psicológica.

Confidencialidad. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.



La participación es voluntaria: La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma; además puede retirarse del estudio cuando usted lo tuviere a bien.

Costos: Usted no tendrá que pagar nada por su participación en este estudio, ni tampoco recibirá derogación económica.

Preguntas: Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números de las responsables de la investigación descritos a continuación: 0984453403, 074121552. Desde ya le agradecemos su participación.

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende llevar y de mi participación, previo consentimiento de mi representante legal/padre o madre de familia.

Yo entiendo que voy a ser sometido(a) a una (encuesta, entrevista, test, etc.). Sé que estas pruebas no tienen riesgo alguno ni efectos secundarios. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero ni recibir remuneración alguna por el cuestionario.

Yo _____, con cédula de identidad #:_____ libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma del paciente _____

Fecha_____



ANEXO 3



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DE LA SALUD

ADHESION AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO
ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES INGRESADOS DE LA
CLINICA SANTA ANA, CUENCA ABRIL- SEPTIEMBRE 2015.

INSTRUCCIONES: POR FAVOR MARQUE CON UNA X FRENTE A LA OPCION QUE ELIJA UD COMO RESPUESTA, SOLO DEBE MARCAR UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA. LOS DATOS DE ESTA ENCUESTA SON DE ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD CON FINES INVESTIGATIVOS Y ACADEMICOS

Fecha: _____

Formulario N° _____

Instructivo: El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se explora diversos aspectos relacionados con la adolescencia. Necesitamos su colaboración. La información que nos proporciones es estrictamente confidencial.

1. Edad _____ años.

2. Sexo:

2.1 Femenino 2.2 Masculino

3. Procedencia:

4. Residencia:

5. Peso: _____ kg

6. IMC: _____



7. Realiza Actividad Física?

7.1 Si

7.2 No

8. Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?

8.1 Si

8.2 No

9. Se puede combatir la hipertensión arterial con dieta y medicación?

9.1 Si

9.2 No

10. Cite 1 órgano que pueden lesionarse.

10.1- Cerebro

10.3 Riñón

10.2.- Corazón

10.4 Ojos

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

11.1 Si

11.2 No

12. Toma los medicamentos a las horas indicadas?

12.1 Si

12.2 No

13. Cuando se encuentra bien, deja alguna vez de tomarlos?

13.1 Si

13.2 No

14. Cuando se encuentra mal, deja alguna vez de tomarlos?

14.1 Si

14.2 No

15. HTA: _____ mm/Hg

**EXPRESA MAL CUMPLIMIENTO SI RESPONDEN NO EN LA 8 y 9 PREGUNTAS, Y NO
CONTESTA LA 10.**

**CUMPLIDOR: ADEMÁS DEBE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE A LA 12 Y
NEGATIVAMENTE LAS OTRAS 3 RESTANTES,**

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Responsable de la encuesta: Lourdes Caldas Carrión.

**ANEXO 4****1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

Meses Actividades	ABR			MAY				JUN				JUL				AGST				SEPT				RESPONS ABLE	
	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Redacción del protocolo de trabajo de graduación y elaboración y/o selección del instrumento de recolección de datos.	■																								
Presentación y aprobación del protocolo de trabajo de graduación.			■																						
Recolección de los datos				■	■	■	■	■	■	■	■	■													
Análisis e interpretación de los datos												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Elaboración y presentación de la información												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Redacción de las conclusiones y recomendaciones															■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Entrega del informe final																								■	Lourdes Caldas C



ANEXO 5

PRESUPUESTO.

Conceptos	Cantidad	Valor Unitario	Valor total.
Material de oficina			200,00
Material multimedia y audiovisual			500,00
Traslado y visitas			350,00
Bibliografía			350,00
Instrumental médico			400,00
Varios			100,00
COSTO TOTAL			\$. 1.900,00

3. FINANCIAMIENTO.

Fondos propios, Crédito IECE.

LOURDES CALDAS CARRION

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Lourdes Adriana Caldas Carrión portadora de la cédula de ciudadanía N° **0104720982**. Declaro ser el autor de la obra: “**Adhesión Al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo En Pacientes Ingresados De La Clínica Santa Ana, Cuenca Abril- Septiembre 2015**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 05 de enero de 2026



Firmado electrónicamente por:
**LOURDES ADRIANA
CALDAS CARRION**
Validar únicamente con FirmaEC

F:

Lourdes Adriana Caldas Carrión
C.I. 0104720982

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Lourdes Adriana Caldas Carrión portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104720982**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Adhesión Al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo En Pacientes Ingresados De La Clínica Santa Ana, Cuenca Abril- Septiembre 2015**” de conformidad a 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 y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de enero de 2026



Firmado electrónicamente por:
**LOURDES ADRIANA
CALDAS CARRION**
Validar únicamente con FirmaEC

F:

**Lourdes Adriana Caldas Carrión
C.I. 0104720982**