



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BIBLIÁN – DÉLEG. DICIEMBRE 2022
– MARZO 2023.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: YAJAIRA ELIZABETH MONCAYO ENCALADA, JENNIFER
CAROLINA SUMBA SUMBA**

DIRECTOR: LCDA. LILIA AZUCENA ROMERO SACOTO, MGS.

AZOGUES - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BIBLIÁN – DÉLEG. DICIEMBRE 2022
– MARZO 2023.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: YAJAIRA ELIZABETH MONCAYO ENCALADA, JENNIFER
CAROLINA SUMBA SUMBA**

DIRECTOR: LCDA. LILIA AZUCENA ROMERO SACOTO, MGS.

AZOGUES - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302912878**
Declaro ser el autor de la obra: **“Enfermedades no transmisibles: Adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial. Biblián-Déleg. Diciembre 2022- marzo 2023”**, 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.

Azogues, **08 de febrero de 2023**

F: 

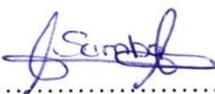
Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada

C.I. 0302912878

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Jennifer Carolina Sumba Sumba portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706489051** Declaro ser el autor de la obra: **“Enfermedades no transmisibles: Adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial. Biblián-Déleg. Diciembre 2022- marzo 2023”**, 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.

Azogues, **08 de febrero de 2023**

F: 

Jennifer Carolina Sumba Sumba

C.I. 0706489051

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

LCDA. LILIA AZUCENA ROMERO SACOTO

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: **"Enfermedades no transmisibles: Adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial, Biblián – Déleg. Diciembre 2022 – Marzo 2023."**, realizado por: **Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada, Jennifer Carolina Sumba Sumba**, con documentos de identidad: **0302912878, 0706489051**, previo a la obtención del título de **Licenciadas en Enfermería** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 08 de Febrero del 2023


Universidad Católica de Cuenca
Lilia Romero Sacoto Mgs.
C.I. 0301047023
DOCENTE

LCDA. LILIA AZUCENA ROMERO SACOTO

0301047023

DIRECTOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación con gran esfuerzo a las personas más importantes en mi vida que es mi madre María Virginia Sigüencia Calle y mi padre Benancio Encalada Sigüencia, los que me dieron absolutamente fuerzas y cada día motivos para seguir adelante con mis estudios y gracias a ellos tener mi profesión, por que tener una carrera no es fácil lleva muchas cosas, uno siente que es muy complicado pero de acuerdo van pasando los años, vamos viviendo experiencias que a la larga nos van hacer más fuertes, es por esta razón que estoy agradecida con Dios por mandarme a este mundo y con dos seres maravillosos que me apoyaron y pensaron en mi futuro, para valerme por mí misma, es por esta razón que les doy las gracias a ellos por llegar a ser la persona que soy ahora.

Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada

Esta tesis está dedicada a Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y amor ha estado conmigo hasta el día de hoy. A mis queridos abuelitos, Luis Sumba, María Sumba, mis adorables padres Juan Sumba, Gladis Sumba quienes con amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy mi sueño más grande por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades. A mis hermanos, Katherine, Michael, Kimberly, tí@s Mauricio, Nelly, Digna, primos Eduardo, Brian, Emy, Heidy, Jhon, Gladis, Pablo y Josselyn por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso por estar conmigo gracias. A mi amiga Garleth y demás amigos, por apoyarme cuando más los necesite por extenderme su mano en los momentos más difíciles y por haberme brindado su bonita amistad, siempre los llevare en mi corazón.

Jennifer Carolina Sumba Sumba

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por todas las bendiciones que me ha dado durante estos cinco años de sacrificio en relación a la carrera que escogí para que me sirva en mi futuro, al mismo tiempo a mis abuelitos que son como mis padres que no dejaron de apoyarme a pesar de todo, a mi familia, a mis amigos y a mis compañeros que me deja esta carrera con los que compartí buenos y malos momentos y las experiencias que viví en cada uno de los proyectos que realizaba, también agradezco a una persona que es importante al igual que todos, que confió en mí y que me apoyó.

Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes. De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Católica del Cuenca Campus Azogues, a toda la Facultad de Enfermería, a mis profesores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad. Al mismo tiempo agradezco a mi compañera de tesis que durante el proceso me tuvo paciencia gracias por haberme brindado tanto apoyo y amistad. Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Lcda. Lilia Romero quien durante todo este proceso, dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo

Jennifer Carolina Sumba Sumba

“ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, BIBLIÁN – DÉLEG. DICIEMBRE 2022 – MARZO 2023”.

Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada¹, Jennifer Carolina Sumba Sumba²

¹ Universidad Católica de Cuenca, yemoncaen78@est.ucacue.edu.ec, ² Universidad Católica de Cuenca, jcsumbas51@est.ucacue.edu.ec.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial es una enfermedad no trasmisible ligada a varios factores de riesgo modificables y no modificables, representa una alta tasa de mortalidad en los últimos años, por consiguiente, se considera un problema para la salud a nivel mundial. **Objetivo:** Evaluar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Azogues, Biblián y Déleg octubre 2022-marzo 2023. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional con enfoque mixto de corte transversal, orientado en determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en una muestra de 120 adultos. Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos la escala de Morisky-Green y una entrevista semiestructurada para conocer los hábitos de prevención de complicaciones y control de la enfermedad. **Resultados:** La media de edad de es de 54,28 años, el 59,2% corresponde a hombres, el peso tuvo una media de 66.1kg y un IMC de 26,02, el 57,5% pertenecen al área rural de ocupación comerciantes 25,8%, el 73,3% no tienen seguro. El 67,5% no presentan comorbilidad, sin embargo 23,3% presentan diabetes, el tiempo de diagnóstico tiene una media de 4,68 años. El 72% de los pacientes no son adherentes. A la entrevista responden: no fuman, realizan ejercicio, su alimentación es balanceada, no hay consumo de sustancias. **Conclusión:** Los pacientes hipertensos estudiados son adultos, con sobrepeso, instrucción secundaria y pertenecen al área rural, no presentan comorbilidades, no son adherentes al tratamiento farmacológico, y mantienen un estilo de vida para prevenir complicaciones y controlar su enfermedad.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, adulto, hipertensión arteria

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension is a non-communicable disease linked to several modifiable and non-modifiable risk factors. It represents a high mortality rate in recent years and is considered a global health problem. Objective: To evaluate adherence to treatment of arterial hypertension in Azogues, Biblián, and Déleg from October 2022 to March 2023. Methodology: An observational study with a mixed cross-sectional approach was conducted to determine adherence to pharmacological treatment in a sample of 120 adults. The instruments used were the Morisky-Green scale and semi-structured interviews to get data on the habits of complication prevention and disease control. Results: The mean age was 54,28 years weight 66,1kg, and BMI 26,02. Fifty-nine point two percent comorbidity, however, 23,3% present diabetes, and the time of diagnosis has an average of 4,68 years. Seventy-two percent of the patients are not adherent, in the interview, the answered: that they do not smoke, the exercise, their diet is balanced, and there overweight, with secondary education, belong to a rural area, do not present comorbidities, are not adherent to pharmacological treatment, and maintain a proper lifestyle to prevent complications and control their disease.

Keyword: Adherence to treatment, adult, hypertension

ÍNDICE

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD	II
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VIII
ÍNDICE.....	IX
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS	31
ANEXO 1: PROTOCOLO.....	31
ANEXO 2: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	61
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	64
ANEXO 4: CERTIFICADO APROBACIÓN	70
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	72

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad ligada a múltiples factores de riesgo, y presenta una alta tasa de mortalidad. Para Castillo D “et al” (1). Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan un grave problema de salud pública a nivel global, constituyen las primeras causas de mortalidad a nivel mundial y de manera particular su incidencia y prevalencia es mucho mayor en países de medianos y bajos ingresos. Entre las ENT más comunes encontramos las cardiovasculares, cáncer, diabetes, patología reumática y respiratoria crónica, cuyas tasas de mortalidad superan el 70% a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), define tensión arterial como la fuerza que ejerce las arterias por donde circula la sangre impulsada por el corazón, de manera que se considera que cuanto más alta es la tensión, más dificultad tiene el corazón para bombear. En este sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que el 30% de la población a nivel mundial padece de hipertensión arterial, sin embargo, en el Ecuador se evidencia que existe un 90%, de personas entre 30 y 40 años, que padecen esta patología endémica; así mismo constituye el principal factor de riesgo de padecer enfermedades coronarias y cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca, demencia y enfermedad renal crónica (3).

Ruiz A, “et al” (4). En su estudio sobre la prevalencia y el tratamiento de hipertensión arterial en Perú, reportaron un incremento estandarizado del 18,7% en el 2015 a 20,6 en el 2018, de los cuales el 20,6% recibían tratamiento y solo el 5,3% solo mantenían un control adecuado en su hipertensión.

En América Latina y el Caribe no existe mucha información sobre la prevalencia de hipertensión arterial, se hace una estimación entre 12% y 58% en algunas regiones pequeñas. El estudio PURE (The prospectiva Urban Rural Epidemiology) realizado en poblaciones urbanas y rurales concluyó que al menos la mitad de la población adulta entre 35 y 70 años padece hipertensión arterial. En Brasil en 2008 la prevalencia de hipertensión arterial era del 50% en personas mayores de 50 años (5).

En Argentina un estudio sobre la prevalencia de la hipertensión arterial mostró que una de cada tres personas adultas sufre de hipertensión arterial, y cuatro de cada diez personas no tienen conocimientos acerca de los factores de riesgo cardiovasculares, por lo tanto, esto incrementa la

vulnerabilidad de sufrir esta enfermedad. Así mismo en Argentina un estudio transversal sobre epidemiología de la HTA con una muestra de 890 personas encontró que el 41,9% de las personas eran mayores de 65 años, el 67% de mujeres, el 13% fumaba, el 11% diabéticos, 41,6% conocía su condición de paciente hipertenso, y el 8% padecía una asociación de hipertensión y diabetes. En cuanto al IMC fue de 27, el 36% presentó obesidad, el 35% sobrepeso y más del 70% mantenía un peso saludable. La prevalencia de la hipertensión fue del 58,7% (6).

De forma similar en Colombia se encuentran registros demográficos bajos de estas enfermedades, en la cual reportan incidencia de 40,3% en áreas urbanas y de 34,9% en áreas rurales. Es decir, la población mayor de 60 años residente en Bogotá tiene una prevalencia de 56,9% de hipertensión arterial. Según los datos del International Mobility in Aging Study (IMIAS) en Manizales la prevalencia de hipertensión es del 68% encontrándose un alto índice de tensión arterial(5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la hipertensión arterial es la causante del 45% de muertes por cardiopatías y el 51% por enfermedades cerebrovasculares, mientras que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino (ENSANUT MC 2016), en relación con la prevalencia sobre la hipertensión es del 25,5% de los cuales el 58,7% ya contaban con diagnóstico previo en relación a las cifras de hipertensión, sin embargo, en el caso de los adultos de 60 años y más es de 42,9% de los cuales el 46,8% ya son con diagnóstico previo (7).

A nivel local, en Ecuador se han evidenciado factores importantes como el estilo de vida, entre ellos el consumo de alimentos ricos en grasa, tabaquismo y la obesidad que se observa en el 90% de la población entre 30 y 40 años con hipertensión y en un 20 % de adolescentes (8).

Un factor de riesgo muy importante constituye el hecho de que cada vez personas más jóvenes padecen hipertensión arterial, en este sentido el estudio de Zulantay y Lopez en Chile, determina que la población mayor de 15 años tiene una tasa de incidencia del 26,9% igualando el 74,6% en cuanto a los adultos mayores, considerándose una enfermedad mortal para la población chilena, en esta patología puede desencadenar múltiples enfermedades entre las más conocidas están la enfermedad isquémica del corazón (EIC), accidente vascular encefálico (AVE) (9).

Según datos estadísticos, en Ecuador la prevalencia de la hipertensión arterial de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, determinó la prehipertensión arterial

en personas de edades entre 10 y 17 años en un porcentaje de 14.2%, en los 18 a 59 años un 37,2% presentando una mayor frecuencia en hombres que en mujeres (10).

Por otro lado, la adherencia al tratamiento farmacológico es el comportamiento o la actitud del paciente en la administración de sus respectivos medicamentos, de acuerdo con la OMS la adherencia es el grado de conducta del individuo coordinado con la toma de medicamentos juntamente con una adecuada alimentación y los cambios de estilos de vida, así como tener un ambiente cambiante y dinámico. Un estudio realizado por Contreras y Cols en Azuay-Ecuador con una muestra de 172 pacientes con hipertensión arterial se encontró que el 29% están en edades entre 64 y 74 años, el 56% son mujeres, la adherencia tuvo una media de 13 y una desviación estándar de 2,22 $p=0.0007$, también se encontró que la adherencia se asocia positivamente con el estado de ánimo, lo que significa que a mayor adherencia menor manifestaciones somáticas y mejor estado del ánimo (11).

Podemos mencionar también que la falta de adherencia en pacientes con HTA como ya se había indicado está asociado al incumplimiento en el tratamiento, el cual trae como consecuencias un sin número de patologías que afectan a varios órganos por ejemplo accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, discapacidades prematuras, insuficiencia renal. Garcés y colaboradores en la provincia del Azuay; analizaron datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), y determinaron que para el año 2013 la hipertensión arterial llega a ser una de las principales causas de mortalidad, que corresponde al 6,64% de población, esto debido a que entre los pacientes no existe un control adecuado de esta patología (12).

Las enfermedades crónicas conforman el principal problema en el tiempo de vida y la hipertensión arterial es una de ellas; intervienen para su desarrollo factores de riesgo modificables y no modificables, afecta a un gran porcentaje de población a nivel mundial y su prevalencia oscila entre el 30% y el 45% de personas siendo mayor en hombres con un 24% que en mujeres con el 20% (13).

Datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la hipertensión arterial afecta alrededor de 1000 millones de individuos en todo el mundo, y se considera que para el año 2025 aumentará en un 24% en los países desarrollados, y un 80% en países de medianos y bajos ingresos, al mismo tiempo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reporta que las enfermedades hipertensivas representan el 7% de las causas de mortalidad general (14).

En Honduras la Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud, difundió los resultados de un estudio sobre hipertensión arterial; la define como una enfermedad silenciosa que anualmente es responsable de la mortalidad de 7,6 millones de personas en todo el mundo. Sin embargo, se desatan dentro de la hipertensión muchas enfermedades que son de origen multifactorial en los cuales implican factores genéticos, ambientales y conductuales relacionados con hábitos o estilos de vida inadecuados. Se concluyó que los factores de riesgo no modificables están en relación con la genética y dentro de los modificables se asociaron fuertemente a riesgo cardiovascular (15).

Bajo este mismo contexto en Ecuador en el 2018 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reporta que el 53% del total de muertes corresponde a enfermedades no transmisibles; y de ellas el porcentaje mayor 48,6% corresponde a enfermedades cardiovasculares entre ellas la HTA, 30% cáncer, diabetes 12,4%, enfermedades respiratorias crónicas 8,7% (16).

La hipertensión arterial es una enfermedad no transmisible de alta prevalencia a nivel mundial, produciendo discapacidad y muerte a la población joven, al mismo tiempo consume una gran cantidad de recursos a los sistemas de salud. La adherencia como parte del tratamiento constituye un pilar fundamental evitando complicaciones graves, por esta razón el objetivo del tratamiento es conseguir la adherencia y disminuir la morbilidad y mortalidad. Es importante mencionar que se consigue normalizar la presión arterial de acuerdo con el cambio del estilo de vida, sin embargo, es necesario el uso de terapia farmacológica, para lograr normalizar la presión del paciente. En Lima - Perú se realizó un estudio con una muestra de 160 pacientes para medir adherencia al tratamiento farmacológico mediante el test de Morinski-Green-Levine, donde se demostró que el 47,5% de los pacientes se adhieren al tratamiento, de ellos el 20% corresponde al grupo de edad de más de 60 años, el 31% de los pacientes que se adhieren al tratamiento son mujeres, el 39,4% de los pacientes con alta adherencia estuvieron en monoterapia (17).

En la investigación realizada se obtuvieron conocimientos actualizados sobre la adherencia, como un componente esencial para prevenir complicaciones, discapacidad y muerte por HTA; además, fue importante conocer las estrategias de prevención y control de la enfermedad aplicadas por los pacientes de los cantones Biblián y Déleg. Para obtener la información se aplicó una encuesta validada y una entrevista semiestructurada.

La prevalencia de la hipertensión arterial varía de acuerdo con la edad, por consiguiente, en los países desarrollados donde el porcentaje de población adulta mayor es superior, la incidencia aumenta, por la presencia de un factor de riesgo no modificable como es la edad; por esta razón se puede decir que dos tercios de los adultos mayores padecen de hipertensión arterial (4). Esta enfermedad causa síntomas y está asociada a factores de riesgo conductuales como la alimentación, inactividad física, enfermedades metabólicas como diabetes, obesidad, causando la mortalidad a nivel mundial con 9,4 millones. Durante los últimos años la prevalencia en países subdesarrollados ha sido del 40% y en México la prevalencia durante el año 2016 fue de 30.2%. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) menciona que el 24.6% de mexicanos con bajos recursos tienen hipertensión y solo el 47.1% habían sido diagnosticados (18). En Perú un estudio acerca de la prevalencia y tratamiento de hipertensión encontró que la prevalencia en el 2015 fue de 18.7%, sin embargo y en el 2018 se incrementó al 20.6%; por lo tanto; además en el 2018 menos de la mitad de los peruanos tenían diagnóstico y recibían tratamiento farmacológico y sólo el 5.3% llevaban un control adecuado de su enfermedad, también se evidenció que las personas que vivían en áreas rurales y con bajo nivel económico no tenían un adecuado diagnóstico, tratamiento y control de la presión arterial (15). La prevalencia tiene altos índices de hipertensión arterial en Brasil y Argentina, sin embargo, en regiones como Ecuador se alcanza el 25.8%, en Colombia el 24% y en Venezuela el 23,6% (19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que la hipertensión arterial es una patología cardiovascular y que constituye la principal causa de muerte en América Latina, de manera que alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, esta enfermedad afecta aproximadamente al 20 y 40% de la población adulta, sin embargo, este trastorno se puede prevenir mediante actividades de promoción y prevención (20).

De la misma forma la OMS, define a la adherencia terapéutica como el comportamiento de un individuo para tomar su medicamento, seguir una adecuada dieta y realizar cambios del estilo de vida que señale el médico tratante de su patología. Por otra parte, la adherencia terapéutica es un proceso en el que se deben tener presente diversos factores, tales como: factores relacionados con el profesional, con el paciente, con la enfermedad, con los propios fármacos y con el sistema sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica también que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una obligación, que nos facilita la planificación de

tratamientos de calidad, eficientes y efectivos (21). La adherencia a la terapia es definida como el comportamiento de la persona que coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud y la capacidad de los pacientes para acudir a las consultas programadas, tomar la medicación de acuerdo con lo prescrito por el médico, tener cambios recomendados en el estilo de vida, completar las pruebas y los análisis solicitados (22). Vrijens y Blaschke, afirma que la adherencia se puede dividir en tres partes; primera cuando se da la iniciación a que el paciente tome la primera dosis de medicación; la segunda se da la implementación, es decir el grado de seguimiento con el paciente y por último la discontinuación, se basa cuando el paciente llega al final del tratamiento o deja de tomarlo (23).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que “la hipertensión arterial (HTA) es prevenible a través de un grupo de intervenciones de promoción y prevención, entre las que se destacan la disminución del consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y mantenimiento de un peso corporal saludable” entre otras (20).

De igual forma Barrera E, y Cols mencionan en su artículo algunas pautas para la prevención de riesgo de enfermedades cardiovasculares entre ellas, la utilización de sistemas estandarizados de fármacos, es decir un tratamiento adecuado para la prevención de esta enfermedad otro punto importante es dar disponibilidad y acceso para que las personas se puedan realizar controles cada cierto tiempo de su presión arterial para vigilar el avance de los pacientes (24).

Como expresan los autores García L, Centurion O (25). La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovasculares de mayor requerimiento en las consultas de atención primaria por lo tanto, se menciona que existen tres niveles de prevención, prevención primaria, secundaria y terciaria, en cuanto a la primaria las actividades a realizar van dirigidas a la comunidad sana es decir entre las estrategias está reducir la ingesta de sodio, la disminución calórica en la dieta diaria, fomentar la actividad física y evitar el excesivo consumo de grasas, por otra parte, la prevención secundaria hace relación a las estrategias dirigidas a la población de riesgo entre ellas mencionaron el control de presión arterial en los consultorios médicos, evitar abusar de fármacos en el tratamiento de las personas con bajo riesgo, se debe ser muy cuidadoso en cuanto a realizar la técnica correcta en la medición de la presión arterial debido a que esta es la que determina clasificar el nivel de HTA en la que se encuentra el paciente, es necesario tratar de incidir en el tratamiento no farmacológico por último la prevención terciaria describen que son “medidas destinadas a

reducir los efectos producidos por la aparición de las complicaciones secundarias a la HTA”. En esta etapa se debe disminuir las complicaciones ya existentes es decir se requiere de la actuación de tratamiento farmacológico claramente identificado para cada paciente (25).

En cuanto al diagnóstico y control Ramos M, expresa que la prevención, diagnóstico y control es fundamental, por lo que es necesario una detección temprana para un adecuado tratamiento farmacológico y un estilo de vida (26). Un estudio realizado en Cuba señala que a fin de disminuir la hipertensión arterial y sus consecuencias es fundamental la modificación de estilos de vida para actuar sobre los factores de riesgo como: obesidad sedentarismo, hábitos de fumar y alimenticios, cabe recalcar que la prevención se realiza desde la niñez promoviendo educación en las escuelas y centros de salud (27).

Pardo I, Chibás L, Sanamé O, indican que la prevalencia es alta en personas mayores de 15 años siendo una de las primeras causas de consulta médica, hablan de la medicina tradicional como una estrategia en el tratamiento, prevención y control, mencionan algunas formas como es el caso de la auriculoterapia útil en el diagnóstico y tratamiento (28).

Como se mencionó anteriormente la hipertensión arterial es un problema de salud a nivel mundial, corresponde un grupo de las enfermedades cardiovasculares con factores de riesgo modificables y no modificables; por lo tanto, la literatura indica que existen mayores cifras de hipertensión arterial en los hombres en la mayoría de los rangos de edad, a diferencia de las mujeres (29).

La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud (MSP), explica que la presión arterial se clasifica por categorías, de manera que define los valores de la tensión arterial sistólica (TAS) > 140mmHg y <90 mmHg de tensión arterial diastólica (TAD) (10).

Estadio	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

Fuente: Guía de Práctica Clínica de la hipertensión arterial 2019.

Los autores Choudhry N “et al”, afirman que existen algunos factores relacionados a la adherencia entre ellos mencionan factores demográficos, ambientales y socioeconómicos, relacionados con la misma (30). Los factores socioeconómicos y demográficos son: barreras de idioma, bajo nivel de instrucción, apoyo familiar deficiente, inestabilidad en las condiciones de vida, falta de accesibilidad a los servicios de salud, no disponibilidad de un servicio de salud, falta de accesibilidad a los fármacos, condiciones económicas deficientes.

Asociados al sistema de salud

Relación médico paciente, habilidades de comunicación del médico, falta de reforzamiento positivo, desconocimiento por el médico de la adherencia y como mejorarla, no adecuar el abordaje al nivel educativo del paciente, tiempos de espera prolongados, falta de continuidad en el cuidado, altos costos de la terapia (30).

Relacionados al paciente

Alteraciones en la audición y la vista, enfermedades mentales, limitación en la movilidad, dificultad para la deglución, miedo a la dependencia y a los efectos adversos, falta de motivación, estigmatizado por la enfermedad, frustración para el personal de salud, estrés psicosocial, ansiedad o ira, abuso de sustancias (30).

Asociados a la terapia

Tratamientos complejos, tratamientos prolongados, la terapia se cambia con frecuencia, falta de beneficio inmediato, efectos adversos de los fármacos. (30)

Asociados a la enfermedad

Patología crónica, ausencia de síntomas, severidad de los síntomas (30).

Tagle R, manifiesto que el diagnóstico de la hipertensión arterial se enfoca totalmente en la correcta medición de esta, por lo tanto, se considera que un individuo es hipertenso cuando presenta cifras iguales o mayores a 140/90 (16).

Medición de la tensión arterial.

Durante la primera visita al médico se realiza la medición en ambos brazos, posteriormente se escoge aquella con el valor de la presión arterial más alta, para poder realizar esta medición es necesario que el paciente no haya realizado actividad física, consumido sustancias tóxicas, ni café al menos treinta minutos antes de la medición (26).

Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) Esta medición es una técnica extraordinaria, aunque tiene una desventaja en cuanto a su valor o precio, por otra parte, pocos pacientes la llegan a tolerar debido a que esta monitorización se la registra durante el sueño; es decir registra la variación de la presión arterial nocturna. Como expresa Tagle R, “respecto a la utilización de monitorización ambulatoria de la presión arterial en el diagnóstico de la hipertensión arterial, si bien su uso es cada vez mayor, y hasta ahora solo las guías británicas de HTA lo recomiendan para el diagnóstico” (16). Podemos mencionar que la medición de la tensión arterial en consulta en la actualidad es la metodología más reconocida.

Monitorización domiciliaria

Durante el pasar del tiempo la utilidad de la medición de la presión arterial en el hogar ha ido tomando cada vez más fuerza siendo cada día más valorado y utilizado a nivel mundial; teniendo en cuenta que estas mediciones ayudan con información valiosa dentro de la evaluación del paciente para monitorear de mejor manera el tratamiento adecuado para el paciente hipertenso (31).

La presente investigación se orientó a la consecución de los siguientes objetivos:

Objetivo General: Evaluar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Biblián y Déleg octubre 2022-marzo 2023; Mediante los objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas y antropométricas de la población de estudio; Identificar los antecedentes

clínicos y farmacológicos de la hipertensión arterial en los pacientes de Biblián y Déleg; Determinar los factores de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en la muestra seleccionada; Identificar las percepciones de las personas hipertensas sobre los hábitos para prevención y control de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Enfoque

Se utilizó un enfoque cuantitativo – cualitativo.

Diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional con enfoque mixto, orientado a evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en la población de estudio, de manera que es un estudio de corte transversal.

Población

La población está conformada por todos los adultos que residen en los cantones Biblián y Déleg, siendo un total de 57002 adultos, donde el 20% de la población es hipertensa, según Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), es por esta razón se estima que 11.400 pertenecen a una población hipertensa en los tres cantones antes mencionados.

Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico, en los dos cantones, de acuerdo con la distribución geográfica. El tamaño mínimo de la muestra se calculó con la fórmula para el cálculo muestral: Tamaño de la población= 1043, nivel de confianza= 95%, probabilidad de éxito o proporción esperada= 2%, probabilidad de fracaso= 5%. De esta manera la muestra de 120 adultos en los cantones Biblián y Déleg.

Los criterios de inclusión fueron: personas adultas entre 20 a 65 años de los cantones Biblián y Déleg, con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial. Mientras que los criterios de exclusión fueron las personas con discapacidad o enfermedad mental, personas que se nieguen a participar en la investigación o que están privadas de la libertad.

Variables e Instrumentos

Las variables que fueron estudiadas en la encuesta son: sociodemográfica y antropométricas (Edad, peso, talla, IMC, circunferencia abdominal, sexo (mujer y hombre), procedencia (urbano y rural), nivel de instrucción (primaria, secundaria, tercer nivel y analfabeto), ocupación, cantón y afiliación al IESS). Como antecedentes clínicos y farmacológicos: tiempo de diagnóstico de la enfermedad, medicamentos que toma y enfermedades crónicas que tengan (diabetes, tiroides, cáncer, obesidad, asma o ninguna). Y por último variables independientes: cualitativas (Se le olvidó alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial, Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla, Cuando viaja o está fuera del hogar se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial, Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer, Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control deja a veces de tomar su medicina, Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su presión arterial, Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar sus medicinas). El cuadro de operacionalización de las variables se describe en el anexo 2.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, el primero la escala de Morisky-Green que fue validado en el 2008 por Val Jiménez, que mide la adherencia al tratamiento farmacológico, compuesta por 8 ítems, en la cual se incluyeron preguntas para determinar los factores sociodemográficos, antropométricas, antecedentes clínicos y farmacológicos que son de interés investigativo.

El segundo instrumento se utilizó es la entrevista semiestructurada que consta de catorce preguntas, se valoró las actitudes y prácticas de las personas de 20 a 65 años en base a la prevención y control de la enfermedad, con factores de riesgo modificables y no modificables en relación con su patología.

Procedimiento:

La recolección de datos se realizó en una muestra de adultos en los cantones Biblián y Déleg, el cuestionario se aplicó en forma física en los centros de salud y domicilios mediante visitas domiciliarias, se explicó a cada uno de los participantes sobre el objetivo de esta investigación, sus beneficios como sus riesgos, los participantes aceptaron voluntariamente participar, firmaron el

consentimiento informado, se aplicó la encuesta y la entrevista, para determinar los objetivos planteados en nuestro estudio, en posterior a la aplicación del primer instrumento (encuesta) se procedió a crear una base de datos en Excel, donde se ingresaron los datos obtenidos de los participantes, posterior a ellos se realizó la tabulación y el análisis de los datos obtenidos, en el segundo instrumento (entrevista) se transcribió cada una de las respuesta de los participante en documento de Word para de esta manera ingresarlas a un programa cualitativo.

Análisis estadístico

Para los análisis de la población de estudio en los cantones Biblián y Déleg, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) con los datos obtenidos en el test de la encuesta, por lo que se ejecutó con el programa estadístico SPSS y en la entrevista se usó el programa Atlas ti.

El SPSS es un programa con siglas Statistical Package for the Social Sciences, que fue creado en 1968, siendo un exponente de potencial estadístico, de manera que es un sistema diversificado en su totalidad, formando su primera versión por Norman H. Nie, Dale H. Bent y C. Hadlai Hull, en la Universidad de Stanford.

En la entrevista se utilizó el programa Atlas.ti, este programa fue creado por el alemán Thomas Murh a finales de los ochenta, este instrumento se utiliza en los estudios cualitativos, se basa en la recuperación del texto basado en la codificación teórica.

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas y antropométricas de los pacientes con hipertensión arterial en Biblián y Déleg.

Variable	Frecuencia	%	Media	Desviación estándar
Edad	-	-	54,28	9,99
Peso	-	-	66,1	10,02
Talla	-	-	1,60	0,76
IMC	-	-	26,02	4,16

Circunferencia abdominal	-	-	88,68	9,17
Sexo al nacer				
Mujer	49	40,8	-	-
Hombre	71	59,2		
Procedencia				
Urbano	51	42,5	-	-
Rural	69	57,5		
Nivel de instrucción				
Básica	18	15	-	-
Primaria	37	30,8		
Secundaria	54	45		
Tercer nivel	9	7,5		
Analfabeto	2	1,7		
Ocupación				
Agricultor	29	24,2		
Ama de casa	29	24,2		
Chofer	11	9,2		
Comerciante	31	25,8	-	-
Estudiante	3	2,5		
Jubilado	5	4,2		
Profesor	2	1,7		
Otros	10	8,3		
Cantón				
Biblián	80	66,7	-	-
Déleg	40	33,3		
Afiliación al IESS				
Si	32	26,7	-	-

No	88	73,3
-----------	----	------

Fuente: Encuesta

Elaboración: las autoras

La encuesta realizada a los pacientes hipertensos en el cantón Déleg y Biblián encontró una media de edad de 54,28 años y una desviación estándar de 9,99, con respecto al peso la media es de 66,1 y desviación estándar de 10,02, en cuanto a la talla tenemos una media de 1,60 y una desviación estándar de 0,76. El IMC tiene una media de 26,02, desviación estándar de 4,16. De los encuestados el 59,2% son hombres, de procedencia área rural, de instrucción secundaria en un 45% de los participantes; la ocupación de los encuestados el 25,8% son comerciantes seguido de un 24,2% que corresponde a los agricultores y amas de casa. Se preguntó también sobre su afiliación o no a un sistema de salud como el IESS los resultados fueron que un 73,3% no tienen afiliación al IESS y el 66,7% pertenecen al cantón Biblián.

Tabla 2. Antecedentes clínicos y farmacológicos de los pacientes con hipertensión arterial en Biblián y Déleg.

Variable	Frecuencia	%	Media	Desviación estándar
Tiempo de Diagnostico en años	-	-	4,68	3,82
Medicamentos				
Losartan 50mg	50	41,7		
Losartan 100mg	39	32,5	-	-
Enalapril 20mg	26	21,7		
Amlodipino 5mg	5	4,2		
Enfermedades				
Ninguna	81	67,5		

Diabetes	28	23,3		
Tiroides	3	2,5		
Cáncer	1	8	-	-
Obesidad	3	2,5		
Asma	4	3,3		

Fuente: Encuesta
Elaboración: las autoras

La encuesta aplicada a los pacientes hipertensos indagó también sobre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad en cada uno de los pacientes, se encontró una media de 4,68 años y una desviación estándar de 3,82, en cuanto al tratamiento farmacológico que reciben al momento de la encuesta los pacientes, tenemos que la mayoría 74,2% reciben antagonistas de los receptores de la angiotensina II (losartan), seguido de inhibidores de la encima de conversión de la angiotensina (enalapril). En relación con las comorbilidades que presentan los pacientes una de las más frecuentes es la diabetes con un 23,3%; sin embargo, se observa también que un 67,5% de los pacientes no presentan comorbilidad.

Tabla 3. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial

Variable	Frecuencia	%
¿Se le olvido alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?		
Si	87	72,5
No	33	27,5
¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?		

Si	8	6,7
No	112	93,3
<hr/>		
¿Cuándo viaja o está fuera del hogar, se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial?		
Si	84	70
No	36	30
<hr/>		
¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?		
Si	107	89,2
No	13	10,8
<hr/>		
¿Cuándo siente que su hipertensión arterial está bajo control, deja a veces de tomar su medicina?		
Si	12	10
No	108	90
<hr/>		
¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su presión arterial?		
Si	75	62,5
No	45	37,5
<hr/>		

¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar tomas sus medicinas?		
Nunca	24	20
Ocasionalmente	40	33,3
Frecuentemente	46	38,3
Muy frecuentemente	10	8,3

Fuente: Encuesta

Elaboración: Las autoras

Se consideró importante para el estudio conocer la adherencia al tratamiento de su HTA, para ello se aplicó el test de Morisky Green se obtuvieron los siguientes resultados; el 72,5 % de los pacientes refieren haber olvidado alguna vez de tomar su medicamento, el 93,3 % indica que nunca han reducido la dosis del medicamento prescrito o ha dejado de tomar el medicamento sin la prescripción del médico, el 70 % de los pacientes tienen problemas cuando viajan pues se le olvida llevar su medicación, para conocer la adherencia se preguntó también sobre el consumo de su medicamento un día anterior a la entrevista a lo que el 89,2 % respondieron que sí, otro aspecto importante para medir la adherencia se refiere al consumo del tratamiento cuando la presión arterial está controlada a lo que el 90 % responde que no deja de consumir sus fármacos antihipertensivos, el 62,5 % de los participantes en el estudio refieren que se sienten presionados para continuar con el tratamiento farmacológico, en los pacientes crónicos es muy frecuente el olvido de las tomas de las dosis diarias de medicamentos los participantes en el estudio el 38,3 % se olvida tomar sus medicamentos frecuentemente.

Tabla 4. Escala para medir la adherencia en los pacientes hipertensos de Déleg y Biblián.

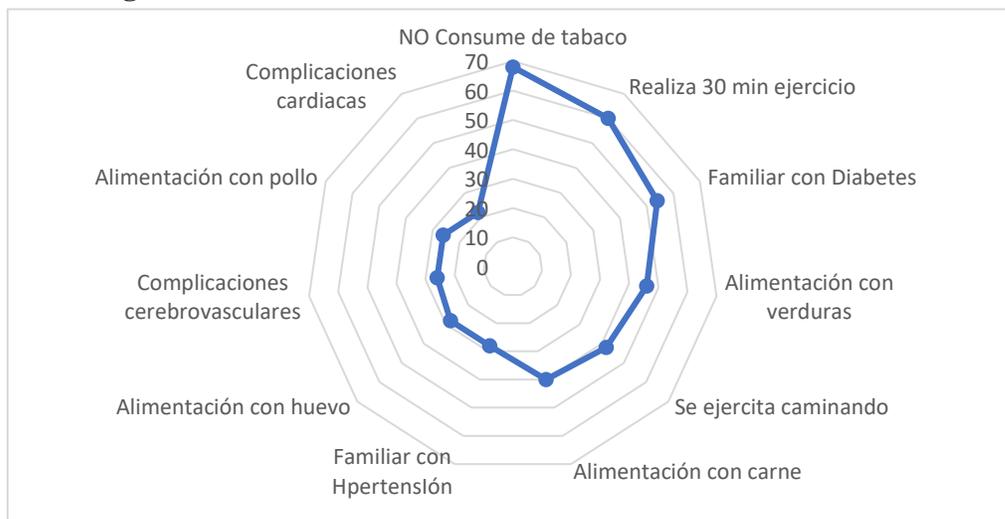
Número de participantes	Puntaje Escala Morisky-Green
1	6
1	5,5
3	5
6	4,25
11	4
13	3,25
7	3
14	2,5
21	2,25
7	2
7	1,5
23	1,25
3	1
1	0,5
2	0,25
Total= 120	
Participantes Adherentes	%
0	0
Participantes No adherentes	100%
120	

Fuente: las encuestas

Elaborador por: las autoras

Para medir el porcentaje de adherencia se utilizó la escala de Morisky-Green que indica que un paciente es adherente cuando tiene un puntaje igual a 8, puntajes inferiores a 8 indica no adherencia. Dando como resultado que la totalidad es no adherente.

Figura 1. Categorización cualitativa de las variables de estudio del cantón Biblián.



Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

Es importa para el estudio las percepciones de los pacientes sobre la prevención de complicaciones y control de su enfermedad por ello se aplicó una entrevista semiestructurada y se obtuvieron los siguientes resultados: después del análisis con el programa Atlas ti, se establecieron once categorías de acuerdo a las diferentes respuestas que dieron las personas entrevistadas, donde se observó una mayor prevalencia en el no consumo de tabaco, un tiempo de actividad física al menos de treinta minutos, y entre las enfermedades familiares más frecuente esta la Diabetes, al mismo tiempo la alimentación con verduras, por otro lado, los pacientes mencionan que se ejercitan caminando, y dentro de su alimentación lo que más consumen es carne.

La primera categoría es el no consumo de tabaco, donde se recolectaron las siguientes opiniones de los participantes, según los colaboradores (11, 18,26,27, 32) aseguran que no fuman.

De la segunda categoría el tiempo de actividad física es de al menos de treinta minutos, según el colaborador (63,64 y 69) refieren que realizan 30 minutos diarios, el colaborador (67 y 71) dice 45 minutos diarios.

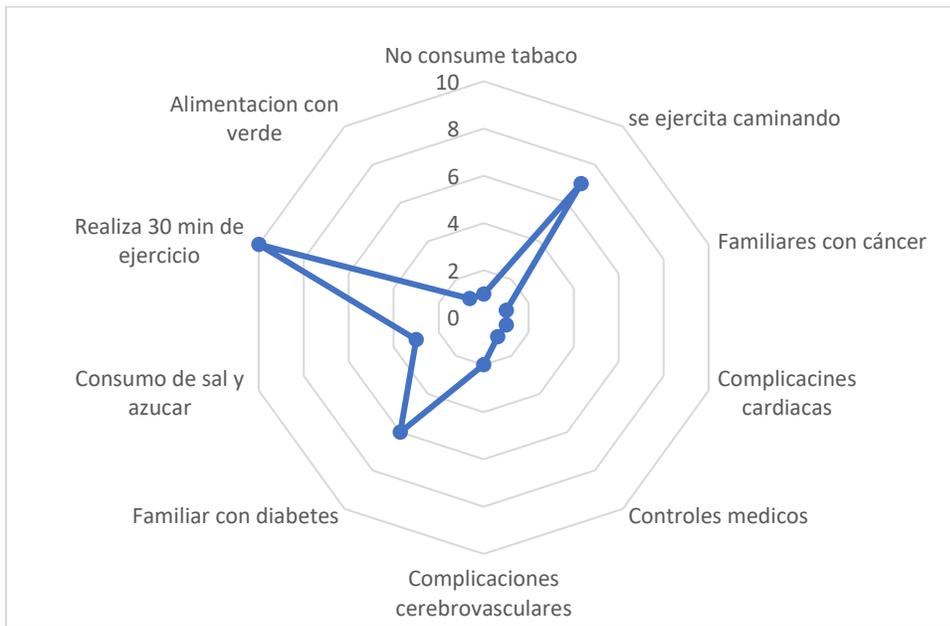
En la tercera categoría: enfermedades dentro de la familia como la Diabetes, según las opiniones, los colaboradores 12 y 50 indican que sus hijos tienen diabetes, el colaborador 41 dice que su papá es diabético, los colaboradores 43 y 56 nos explicaron que las mamás tienen diabetes.

La cuarta categoría sobre la alimentación con verduras, según los colaboradores 3 y 5 nos explicaron que en su alimentación en el almuerzo consumen sopa de verduras, arroz con pollo, el colaborador 14 nos indicó que en el almuerzo ingiere sopita de verduras y arroz con melloco, el colaborador 15 nos informó que en almuerzo consume sopa de lenteja con verduras y papas cocinadas, el colaborador 16 nos comentó que en su alimentación ingiere sopa de arroz de cebada, arroz con lenteja y verduras.

De la quinta categoría pacientes informan que se ejercitan caminando, según el colaborador (8, 37) caminan treinta minutos diariamente, el colaborador 10 refiere que se ejercitan caminando dos horas diarias por lo animales que tiene que salir a cuidar, el colaborador 40 indica que se ejercita cuarenta y cinco minutos diarios y por último el colaborador 48 nos indica que se ejercita una hora y dos veces a la semana.

De la sexta y última categoría sobre su alimentación con carne, el colaborador (7 y 13) nos indican que consumen carne en el almuerzo, el colaborador (28 y 57) refieren que consume arroz con carne y ensalada en la merienda, el colaborador 63 explica que en el almuerzo consume sopa de avena, arroz con carne y jugo.

Figura 1. Categorización cualitativa de las variables de estudio del cantón Déleg



Fuente: Entrevista

Elaboración: Las autoras

A continuación con el análisis del programa Atlas ti, se establecieron diez categorías de acuerdo a las diferentes respuestas que dieron las personas entrevistadas, donde se observó una mayor prevalencia en el no consumo de tabaco, se ejercitan caminando treinta minutos diarios, enfermedades familiares considerando a la diabetes como una patología con más prevalencia, al mismo tiempo la alimentación con verduras, por otro lado, los pacientes mencionan complicaciones como cardiacas, cerebrovasculares, controles médicos y por último el consumo de sal y azúcar.

La primera categoría es el no consumo de tabaco, donde se recolectaron las siguientes opiniones de los participantes, según los colaboradores (2,3,4,6) aseguran que no fuman, (1) asegura que si fuma tres veces a la semana.

De la segunda categoría es el tiempo de actividad física es de al menos de treinta minutos, según el colaborador (11,14,15 y 19) refieren que realizan 30 minutos diarios, el colaborador (13) dice 1 hora a la semana.

La tercera categoría familiares con enfermedades, según los colaboradores (23) Derrame, (25,27) mamá (hipertensión), papá (diabetes), enfermedades dentro de la familia como la Diabetes, según las opiniones, los colaboradores 12 y 50 indican que sus hijos tienen diabetes, el colaborador 41 dice que su papá es diabético, los colaboradores 43 y 56 nos explicaron que las mamás tienen diabetes.

La cuarta categoría sobre la alimentación con verduras, según el colaborador (5,8 y 16) nos indicó que consume sopa de verduras, papas, mellocos, mote, huevos cocinados, coladas, leche, jugos, fruta, en cambio los colaboradores (17 y 18) indica que consume chocolate, café, pan, cereales, leche, tortillas, sopa de verduras, arroz, carne de choncho, res, pollo, pescado, embutidos, verduras, frutas.

DISCUSIÓN

Entre los antecedentes clínicos y farmacológicos de los pacientes hipertensos y diabéticos en varios estudios sobresale en las mujeres con una edad mayor a 60 años, con ocupación de labores domésticos y agricultores. Al contrario, el estudio realizado en Déleg y Biblián demostró que el 52,2% de los pacientes son hombres de ocupación comerciante; de igual manera la OMS menciona que alrededor del mundo existen alrededor de 1280 millones de personas que sufren hipertensión arterial y la edad promedio esta entre 30 y 79 años, el estudio realizado con pacientes hipertensos en Biblián y Déleg evidenció una media de edad de 54,28 años.

En pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas como hipertensos y diabéticos, respecto a la adherencia al tratamiento, se observa que la totalidad no son adherentes es decir el 100%, que está relacionado con las dificultades al momento de consumir medicamentos y en la alimentación, según el hallazgo de Castillo, Martín y Almenare en el Ecuador determinó que no existe un cumplimiento acerca de las indicaciones sobre el control de los factores de riesgo (alimentación, la falta de actividad física) así como también el estudio en Biblián y Déleg demuestra una falta de adherencia al tratamiento farmacológico (2,32).

La encuesta realizada en los cantones (Biblián y Déleg) acerca de las comorbilidades que padecen los pacientes hipertensos participantes en el estudio; los resultados indican mayor prevalencia de Diabetes con un 23,3%, por estar expuestos a algunos factores de riesgo y la falta de adherencia al tratamiento.

Según Mena F, Nazar G, Mendoza S, en su estudio realizado en Perú indican que alrededor de la mitad de la población de pacientes hipertensos son considerados no adherentes, con prevalencias que fluctúan entre el 40% y 80%. Los hombres mostraron mejor adherencia, lo que podría atribuirse a los roles de género en el cuidado de la salud puesto que son las mujeres quienes asumen el rol de cuidadoras y favorecen el seguimiento de indicaciones médicas de sus familiares y pareja (33). De igual forma el estudio realizado en Biblián y Déleg demostró que más del 70% de pacientes hipertensos no son adherentes al tratamiento farmacológico.

En Colombia, en junio 2017 un estudio reportó un total de 3.776.893 pacientes hipertensos, con el 7,7% de prevalencia, de ellos el 61% eran mujeres y el 62,5% constaban dentro de un sistema de salud de seguridad social. Varios estudios realizados a nivel de América Latina y el Caribe demuestran que, de acuerdo al género, los más afectadas son las mujeres. Sin embargo, los

instrumentos aplicados a pacientes hipertensos de los cantones Biblián y Déleg evidencian su mayor prevalencia en los hombres con 52,2% y la mayoría 73,3% no está afiliado a un sistema de seguridad social (34).

El problema de la alfabetización en las personas se ve reflejada de varias maneras, como el no tener la suficiente capacidad de lidiar con el tratamiento de las enfermedades crónicas, por no seguir con el tratamiento de la forma que el médico les indica, no acudir a las citas médicas, de manera que no entiende los riesgos y los documentos al momento de comprender los beneficios del tratamiento. En Latinoamérica se han descrito estudios sobre el grado de alfabetización en relación a la salud; en Brasil la prevalencia de alfabetización es del 32%; en Chile un estudio indicó que el 36% en el grado de instrucción; en Argentina se reportó con un 30% y en Perú con el 34% y 43% en hospitales públicos de acuerdo con la edad de los pacientes, al mismo tiempo el grado de instrucción y la afiliación al seguro (33). En los cantones Biblián y Déleg el nivel de instrucción en básica es con un 15%, en primaria 30,8%, en secundaria de un 45%, de tercer nivel con un 7,5% y de personas analfabéticas con un 1,7%, es decir que tanto en los dos cantones existen un bajo nivel de alfabetización, solo las personas que han estudiado hasta el nivel de instrucción secundaria tienen un porcentaje con el 45%, de manera que no existe problemas en relación a la no adherencia al tratamiento en personas hipertensas (35).

Los autores Romero M, Avendaño J, Vargas R, Runzer F, realizaron una investigación donde se encuestaron a pacientes hipertensos, se preguntó sobre el consumo de tabaco, y los resultados no fueron significativos en ninguno de los géneros, por la baja prevalencia del tabaquismo en la población peruana estudiada (36). Por otro lado, el consumo de tabaco es un factor modificable, la investigación realizada en los cantones Biblián y Déleg, aplicó una entrevista semiestructurada y se comprobó de acuerdo a sus percepciones que la gran mayoría de los pacientes no consumen tabaco, por motivos de salud los hipertensos cambiaron su estilo de vida. Podemos explicar en la tabla de frecuencias donde se detalla la parte cualitativa del estudio, se observa una frecuencia de 80 pacientes que cambiaron su estilo de vida y dejaron de fumar ante la presencia de la hipertensión arterial. Así mismo en Cuba se realizó un estudio sobre prevención y control de la hipertensión arterial en estudiantes adolescentes donde se detectó que el tabaquismo pasivo fue muy representativo 34%, y el 10,8% consumen alcohol (37).

CONCLUSIONES

Se estudiaron las variables sociodemográficas en los pacientes hipertensos de los cantones Biblián y Déleg y se determina lo siguiente: la media de edad es de 54,28, la talla de 66,1, el IMC 26,02, más de la mitad son hombres, pertenecen al área rural, un alto porcentaje tienen instrucción secundaria, de ocupación comerciantes que pertenecen al cantón Biblián. La mayoría no tienen afiliación al seguro social.

En cuanto a los antecedentes clínicos y farmacológicos, el estudio establece lo siguiente: el tiempo de diagnóstico de los pacientes es de 4,6 años, la mayoría no presenta comorbilidad, sin embargo, una tercera parte de ellos padecen Diabetes. Los medicamentos que consumen los pacientes encuestados la mayoría pertenecen al grupo de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA), luego un porcentaje considerable pertenecen al grupo de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECAS)

Los factores que determinan la no adherencia en el estudio realizado en Biblián y Déleg fueron los siguientes: el olvido en la toma del tratamiento, pues la mayoría de ellos se olvidan de tomar sus medicamentos, la mayoría de ellos dice que cuando viajan no lleva su tratamiento, aunque mayoritariamente manifestó haber ingerido sus medicamentos el día anterior a la encuesta. Los encuestados también manifestaron que se sienten presionados de tomar el tratamiento y que frecuentemente tienen dificultades para recordar tomar su tratamiento.

Se buscó información sobre las percepciones de los pacientes hipertensos en cuanto a prevención y control de la enfermedad. Se aplicó una entrevista semiestructurada donde se establecieron 11 categorías; las opiniones dadas por los pacientes fueron las siguientes: no fuman, realizan ejercicio físico al menos 30 minutos, la enfermedad más frecuente dentro de la familia es la diabetes, su alimentación es a base de proteínas, hidratos de carbono y verduras

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Castillo Fernández D, Brañez Condorena A, Villacorta Landeo P, Saavedra García L, Bernabe Ortiz A, Miranda Jaime. Avances en la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. *An la Fac Med* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 18];81(4):452. Available from: <https://doi.org/10.15381/anales.v81i4.18798>
2. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. OMS. 2021 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2020 [Internet]. OPS/OMS . 2020 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2020>
4. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A, Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 18];38(4):521–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000400521&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. García-Peña ÁA, Ospina D, Rico J, Fernández-ávila DG, Muñoz-Velandia Ó, Suárez-Obando F. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 Jan 18];29(1):29–35. Available from: https://www.rccardiologia.com/frame_esp.php?id=130
6. Schiavone M, Gómez T, Nosetto D, Gavilán M, Ernst G, Mazzei M, et al. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en pacientes que concurren al Hospital Británico de Buenos Aires. *Campaña 2019 Hipertens Arter* [Internet]. 2019;14(4):169–72. Available from: <https://doi.org/10.31954/RFEM/201904/0169-0172>
7. Cruz-Aranda JE. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Med interna México* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 18];35(4):515–24. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000400515&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Fonseca Liermo LA, García Rodríguez R, Dueñas Segovia F, Andaluz Granda LM. El control de la presión arterial y su influencia en el estilo de vida de las personas hipertensas. *Rev Científica Higía la Salud* [Internet]. 2022 Jun 30 [cited 2023 Jan 18];6(1). Available from: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/695/1333>
9. Bugueño Zulantay S, Cancino-López J. Entrenamiento de handgrip isométrico de alta intensidad en adultos mayores pre-hipertensos y con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica etapa I. *Rev Med Chil* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Jan 18];148(5):611–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000500611&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión Arterial. Guía de práctica clínica. 2019. MSP [Internet]. 2019;1. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
11. Carrión Contreras MP, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Jaya Vásquez LC. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. *Adherence to Antihypertens Treat Qual life adults Nabón* [Internet]. 2021;40(3):290–6. Available from: <https://0-search.ebscohost.com/biblioteca-ils.tec.mx/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=151533310&lang=es&site=ehost-live>
12. Garcés Ortega JP, Quillupangui Ramón SM, Delgado Astudillo EP, Sarmiento Ávila SA, Samaniego Vásquez XS, LGarcía Solórzano GA, et al. Adherence to the treatment of arterial hypertension in older adults. *Rev Latinoam Hipertens* [Internet]. 2020;15(5):322–9. Available from: https://www.revhipertension.com/rlh_5_2020/4_adherencia_tratamiento_hipertension.pdf
13. Regino-Ruenes YM, Quintero-Velásquez MA, Saldarriaga-Franco JF. La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Jan 18];28(6):648–55. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000600648&lng=en&nrm=iso&tlng=es
14. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

- ENSANUT- ECUADOR 2011-2013 [Internet]. INEC. 2013 [cited 2023 Jan 18]. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion de los principales resultados ENSANUT.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion_de_los_principales_resultados_ENSANUT.pdf)
15. Hernández Quintero L, Crespo Fernández DA, Trujillo Cruz L, Hernández Quintero LM, Azcuy Pérez M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Finlay* [Internet]. 2021 Sep 16 [cited 2023 Jan 18];11(3):279–86. Available from: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973/2021>
 16. Tagle R. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2022 Jun 6];29(1):12–20. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-de-hipertension-arterial-S0716864018300099>
 17. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Flores-Coria A, Gómez-Álvarez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. *Resultados de la Ensanut 100k. Salud Publica Mex* [Internet]. 2021 May 3 [cited 2023 Jan 18];61(6):888–97. Available from: <https://doi.org/10.21149/10574>
 18. Martínez-Santander CJ, Guillen-Vanegas M, Quintana-Cruz DN, Cajilema-Criollo BX, Carche-Ochoa LP, Inga-García KL. Prevalencia, factores de riesgo y clínica asociada a la hipertensión arterial en adultos mayores en América Latina. *Domino las Ciencias* [Internet]. 2021 Sep 9 [cited 2023 Jan 18];7(4):2190–216. Available from: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2230/html>
 19. INEC. Instituto Nacional de Encuestas y Censos [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
 20. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión - [Internet]. OPS/OMS . 2022 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
 21. Abujieres Galeano CM, Garmendia Robles KA, Figueroa Luna LE, Paz Banegas HA. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en estudiantes. *Rev Científica la Esc*

- Univ las Ciencias la Salud [Internet]. 2019 Dec 30 [cited 2023 Jan 18];6(2):17–26. Available from: <https://www.camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/9761>
22. Conte E, Morales Y, Niño C, Zamorano C, Benavides M, Donato M, et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. Rev la OFIL [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 18];30(4):313–23. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 23. Hernández I, Sarmiento N, Gonzalez I, Galarza S, De la Bastida A, Terán S, et al. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Rev Metro Cienc [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 18];26(1):07–11. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>
 24. Pons Barrera E, Afonso de León JA, Ruau Alderete MC. Control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria reduce la cardiopatía isquémica. Objetivo alcanzable. Rev medica electron [Internet]. 2019;41(1):232–8. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100232
 25. García L, Centurión O. Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. Rev salud publica Paraguaya [Internet]. 2020;10(2):59–66. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492020000200059
 26. Ramos MV. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Rev Uruguay Cardiol [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 18];34(1):53–60. Available from: <https://doi.org/doi:10.29277/cardio.34.1.10>
 27. Concepción NS, Fernández Díaz YD, Ordóñez Álvarez LY, González Freije S. La hipertensión arterial, un enemigo silencioso. Rev Univ Médica Pinareña [Internet]. 2017;13:65–76. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=638266974008>
 28. Pardo Pardo I, Chibas Pardo L, Sanamé Colombié O. Efectividad de la auriculopuntura en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial. Rev Inf Científica [Internet]. 2017 Nov

- [cited 2023 Jan 18];96:1007–16. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551764135002/>
29. Urrea JK. Hipertensión arterial en la mujer. *Rev Colomb Cardiol*. 2018 Jan 1;25:13–20.
 30. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Pavlik VN, Egan BM, et al. Medication adherence and blood pressure control: A scientific statement from the american heart association. *Hypertension* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 Jan 18];79(1):E1–14. Available from: www.ahajournals.org/journal/hyp
 31. Barochiner J. Utilidad de la monitorización domiciliaria de presión arterial en la hipertensión resistente oculta. *Rev del Hosp Ital Buenos Aires* [Internet]. 2022;42(2):97–9. Available from: <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/173/90>
 32. Serrano Patten AC, Bermeo Barros DM, Cuenca Ochoa JD, Hernández Rodríguez Y de la C. IDENTIDAD DE ENFERMEDAD Y AFRONTAMIENTO: SU ROL EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS; ECUADOR 2019 [Internet]. *Revista Científica Centros*. 2021 [cited 2023 Jan 18]. p. 17–37. Available from: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/1943/1507>
 33. Mena-Díaz FC, Nazar G, Mendoza-Parra S. ANTECEDENTES DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD CHILENO. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2018 May 25 [cited 2023 Jan 18];23(2):67–78. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000200067&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 34. Solís A, Bergonzoli-Peláez G, Contreras-Rengifo A. Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. *Univ y Salud* [Internet]. 2022 Dec 20 [cited 2023 Jan 18];24(1):95–101. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072022000100095&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 35. Rosas-Chavez G, Romero-Visurraga CA, Ramirez-Guardia E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en

- un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019 Aug 26 [cited 2023 Jan 18];36(2):214–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279>.
36. Romero Giraldo M, Avendaño-Olivares J, Vargas-Fernández R, Runzer-Colmenares FM. Diferencias según sexo en los factores asociados a hipertensión arterial en el Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. *An la Fac Med* [Internet]. 2020 Mar 31 [cited 2023 Jan 18];81(1):33–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000100033&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Prieto Peña AI, Portilla Pérez RM, Duque Reyes ÁM, Prieto Peña C, Trujillo Ricaño J. Prevención y control de la hipertensión arterial en estudiantes de la escuela “Antonio Rodríguez”. Colón 2016. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 18];40(2):311–20. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO

Anexo 12. Formulario para la Prevención de Protocolos de Investigación Observacionales y de Intervención en seres humanos. (Excepto Ensayos Clínicos).

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UCACUE)



INSTRUCCIONES: El siguiente formulario deberá ser llenado completamente, en idioma español empleando letra tipo Times de 10 puntos, a espacio sencillo, en hojas tamaño A4, manteniendo un margen de 2,5 cm por lado. Si en alguna de las tablas del formulario requiere más filas, puede crear; sin embargo, debe tener en consideración los límites de texto que puede ingresar en algunas secciones del formulario. No debe exceder de 20 páginas. La argumentación debe apoyarse en referencias bibliográficas y datos estadísticos actualizados, mismos que deberán ser citados en el texto utilizando el número de referencia

DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO:

Enfermedades no transmisibles: adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial, Azogues - Biblián-Déleg. Diciembre 2022- marzo 2023.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Marque con una X la opción que corresponda

Estudios Observacionales		Estudios de intervención	
Estudios transversales	<input checked="" type="checkbox"/>	Estudios cuasi experimentales	<input type="checkbox"/>
Estudios ecológicos	<input type="checkbox"/>	Ensayo de campo	<input type="checkbox"/>

Reportes de caso	<input type="checkbox"/>	Ensayos controlados aleatoriamente sin uso de medicamentos y/o dispositivos médicos	<input type="checkbox"/>
Series de caso	<input type="checkbox"/>		
Estudios de caso y controles	<input type="checkbox"/>		
Estudios de cohortes	<input type="checkbox"/>		
Otros			
Especifique			<input type="checkbox"/>

TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO
6 meses. (Anexos A-cronograma)

FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN				
Monto total del financiamiento de la investigación.		N/A- autofinanciado por las investigadoras		
Nombre de la persona/institución que realiza la investigación		N/A		
Fuentes de financiamiento.				
Patrocinador	Nombres y Apellidos	Cédula de Ciudadanía/RUC		
	N/A	N/A		
Teléfono institucional		Extensión	Correo Electrónico	
			o	

Dirección	Calle principal, numeración, calle secundaria, Ciudad			
Página web institucional	Ej, www.xxx,inst.com.ec			
Órgano Ejecutor	No aplica			

DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

COBERTURA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
(seleccione solo un tipo de cobertura)	
Nacional <input type="checkbox"/>	
Zonas de Planificación <input type="checkbox"/>	Zona 1 (Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos.) <input type="checkbox"/> Zona 2 (Napo, Orellana y Pichincha) <input type="checkbox"/> Zona 3 (Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua) <input type="checkbox"/> Zona 4 (Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas) <input type="checkbox"/> Zona 5 (Los Ríos, Guayas, Santa Elena, Bolívar) <input type="checkbox"/> Zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago) <input checked="" type="checkbox"/> Zona 7 (El Oro, Loja y Zamora Chinchipe) <input type="checkbox"/> Zona 8 (Guayaquil, Durán y Samborondón) <input type="checkbox"/> Zona 9 (Distrito Metropolitano de Quito)
Provincial <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique las provincias en las que se ejecutará su investigación <input type="checkbox"/>

Local <input checked="" type="checkbox"/>	Azogues	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---------	-------------------------------------

PERSONAL DE LA INVESTIGACIÓN

Nota: Debe incluirse a todos los investigadores del estudio.

Si es necesario añada una fila por cada miembro del equipo científico-técnico del proyecto, en caso que el patrocinador sea un investigador

FUNCIÓN	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FORMACIÓN ACADÉMICA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL E INSTITUCIONAL	TELÉFONO CELULAR
Investigador Principal (patrocinador)	Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada	0302912878	Egresada de la Facultad de Enfermería	Universidad Católica de Cuenca Campus Azogues	Yemoncayoe78@est.ucacue.edu.ec	0978837630
Investigador 1	Jennifer Carolina Sumba Sumba	0706489051	Egresada de la Facultad de Enfermería	Universidad Católica de Cuenca Campus Azogues	jsumbas51@est.ucacue.edu.ec	0986620577
Investigador 2	Diana Marisol Guamán Guamán	0302761978	Egresada de la Facultad de Enfermería	Universidad Católica de Cuenca Campus Azogues	diana.guaman@est.ucacue.edu.ec	0983786767

Investigador 3	María Gabriela Morán Lima	0705937266	Egresada de la Facultad de Enfermería	Universidad Católica de Cuenca Campus Azogues	maria.moran@est.ucaecue.edu.ec	0989664460
Tutor/ asesor	Lcda. Lilia Azucena Romero Sacoto	0301047023	Docente tutor	Universidad Católica de Cuenca Campus Azogues	lromeros@ucaecue.edu.ec	0987232358

DETALLE DE LA INVESTIGACIÓN

RESUMEN ESTRUCTURADO

La adherencia al tratamiento es la medida en la que el paciente está dispuesto a tomar un medicamento o realizar cambios en su estilo de vida, por lo que se clasifican en 3 fases: inicio o falla en iniciar el método farmacológico, implementación o la recomendación de dosis incompleta de las drogas y por último la continuación o no de la terapia.

Objetivo: evaluar la adherencia de la hipertensión arterial en Azogues, Biblián y Déleg, con el fin de generar políticas públicas en beneficio de la población adulta.

Metodología: Se realizará un estudio observacional de corte transversal con enfoque mixto (Cuantitativo - Cualitativo). Con una muestra en dos cantones, Biblián con 80 participantes y de Déleg de 40 participantes, mediante una encuesta con 23 preguntas y una entrevista con 14 preguntas.

Palabras clave: Hipertensión arterial, adultos, adherencia al tratamiento

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Para Castillo D (1) “et al”, las enfermedades no transmisibles (ENT) representan un grave problema de salud pública a nivel global, constituyen las primeras causas de mortalidad a nivel mundial y de manera particular su incidencia y prevalencia es mucho mayor en países de medianos y bajos ingresos. Entre las ENT más comunes encontramos las cardiovasculares, cáncer, diabetes y patología reumática y respiratoria crónica, cuyas tasas de mortalidad superan el 70% a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), define tensión arterial como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias por donde circula la sangre dentro del organismo, de manera que se considera que cuanto más alta es la tensión, más dificultad tiene el corazón para bombear. En este sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que el 30% de la población a nivel mundial padece de hipertensión arterial, sin embargo, en el Ecuador se evidencia que existe un 90%, de personas entre 30 y 40 años, que padecen esta patología endémica; así mismo constituye el principal factor de riesgo de padecer enfermedades coronarias y cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, demencia y enfermedad renal crónica (3).

Ruiz A, (4) “et al” en su estudio sobre la prevalencia y el tratamiento de hipertensión arterial en Perú, reportaron un incremento estandarizado del 18,7% en el 2015 a 20,6 en el 2018, de los cuales el 20,6% recibían tratamiento y solo el 5,3% solo mantenían un control adecuado en su hipertensión.

En América Latina y el Caribe no hay mucha información sobre la prevalencia de hipertensión arterial, se hace una estimación entre 12% y 58% en algunas regiones pequeñas. El estudio PURE (The prospectiva Urban Rural Epidemiology) realizado en poblaciones urbanas y rurales concluyó que al menos la mitad de la población adulta entre 35 y 70 años padece hipertensión arterial. En Brasil en 2008 la prevalencia de hipertensión arterial era del 50% en personas mayores de 50 años (5).

En Argentina un estudio sobre la prevalencia de la hipertensión arterial mostró que uno de cada tres personas adultas sufre de hipertensión arterial, y cuatro de cada diez personas no tienen conocimientos acerca de los factores de riesgo cardiovasculares, por lo tanto, esto incrementa la vulnerabilidad de sufrir esta enfermedad. Así mismo en Argentina un estudio transversal sobre epidemiología de la HTA con una muestra de 890 personas encontró que el 41,9% de las personas eran mayores de 65 años, el 67% de sexo femenino, el 13% fumaba, el 11% diabéticos, 41,6% conocía su condición de paciente hipertenso, y el 8% padecía una asociación de hipertensión y diabetes. En cuanto al IMC fue de 27, el 36% presentó obesidad,

el 35% sobrepeso y más del 70% mantenía un peso saludable. La prevalencia de la hipertensión fue del 58,7% (6).

De forma similar en Colombia se encuentran registros demográficos bajos de estas enfermedades, en la cual reportan incidencia de 40,3% en áreas urbanas y de 34,9% en áreas rurales. Es decir, la población mayor de 60 años residente en Bogotá tiene una prevalencia de 56,9% de hipertensión arterial. Según los datos de IMIAS en Manizales la prevalencia de hipertensión es del 68% encontrándose un alto índice de tensión arterial (5).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino (ENSANUT MC 2016) en México la hipertensión arterial es la causante del 45% de muertes por cardiopatías y el 51% por enfermedades cerebrovasculares, y en relación con la prevalencia sobre la hipertensión es del 25,5% de los cuales el 58,7% ya contaban con diagnóstico previo en relación a las cifras de hipertensión, sin embargo, en el caso de los adultos de 60 años y más es de 42,9% de los cuales el 46,8% ya son con diagnóstico previo (7).

A nivel local, en Ecuador se ha evidenciado factores importantes como el estilo de vida, entre ellos el consumo de alimentos ricos en grasa, tabaquismo y la obesidad que se observa en el 90% de la población entre 30 y 40 años con hipertensión y en un 20 % de adolescentes (8).

Un factor de riesgo muy importante constituye el hecho de que cada vez personas más jóvenes padecen hipertensión arterial, en este sentido el estudio de Zulantay y Lopez en Chile, determina que la población mayor de 15 años tiene una tasa de incidencia del 26,9% igualando el 74,6% en cuanto a los adultos mayores, considerándose una enfermedad mortal para la población chilena, dentro de esta patología puede desencadenar múltiples enfermedades entre las más conocidas esta enfermedad isquémica del corazón, accidente vascular encefálico (9).

Según datos estadísticos, en Ecuador la prevalencia de la hipertensión arterial de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, determinó la prehipertensión arterial en personas de edades entre 10 y 17 años en un porcentaje de 14.2%, en los 18 a 59 años un 37,2% presentando en mayor frecuencia en hombres que en mujeres (10).

Por otro lado, la adherencia al tratamiento farmacológico es el comportamiento o la actitud del paciente en la administración de sus respectivos medicamentos, de acuerdo con la OMS la adherencia es el grado de conducta del individuo coordinado con la toma de medicamentos juntamente con una adecuada

alimentación y los cambios de estilos de vida, así como tener un ambiente cambiante y dinámico. Un estudio realizado de Contreras y Cols en Azuay Ecuador con una muestra de 172 pacientes con hipertensión arterial se encontró que el 29% están en edades entre 64 y 74 años, el 56% son de sexo femenino, la adherencia tuvo una media de 13 y una D.E de 2,22 $p=0.0007$, también se encontró que la adherencia se asocia positivamente con el estado del ánimo, lo que significa que a mayor adherencia menor manifestaciones somáticas y mejor estado del ánimo (11).

Podemos mencionar también que la falta de adherencia en pacientes con HTA como ya se había indicado está asociado al incumplimiento en el tratamiento, el cual trae como consecuencias un sin número de patologías que afectan a varios órganos por ejemplo accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, discapacidades prematuras, insuficiencia renal. Garcés y colaboradores en la provincia del Azuay; analizaron datos estadísticos del INEC, y determinaron que para el año 2013 la hipertensión arterial llega a ser una de las principales causas de mortalidad, que corresponde el 6,64% de población esto debido a que entre los pacientes no existe un control adecuado de esta patología (12).

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas conforman el principal problema en la prolongación de la vida y la hipertensión arterial es una de ellas; intervienen para su desarrollo factores de riesgo modificables y no modificables, afecta a un gran porcentaje de población a nivel mundial y su prevalencia oscila entre el 30% y el 45% de personas siendo mayor en hombres con un 24% que en mujeres con el 20% (13).

Datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la hipertensión arterial afecta alrededor de 1000 millones de individuos en todo el mundo, y se considera que para el año 2025 aumentará en un 24% en los países desarrollados, y un 80% en países de medianos y bajos ingresos, al mismo tiempo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reporta que las enfermedades hipertensivas representan el 7% de las causas de mortalidad general (14).

En Honduras la Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud, difundió los resultados de un estudio sobre hipertensión arterial; la define como una enfermedad silenciosa que anualmente es responsable de la mortalidad de 7,6 millones de personas en todo el mundo. Sin embargo, se desata dentro de la hipertensión muchas enfermedades con son de origen multifactorial en la cual implica factores genéticos, ambientales y conductuales relacionados con hábitos o estilos de vida inadecuados. Se

concluye que los factores de riesgo no modificables están en relación con la genética y dentro de los modificables se asociaron fuertemente a riesgo cardiovascular (15).

Bajo este mismo contexto en Ecuador en el 2018 el INEC reporta que el 53% del total de muertes corresponde a ENT; y de ellas el porcentaje mayor 48,6% corresponde a enfermedades cardiovasculares entre ellas la HTA, 30% cáncer, diabetes 12,4%, enfermedades respiratorias crónicas 8,7% (16).

La hipertensión arterial es una enfermedad no transmisible de alta prevalencia a nivel mundial, ocasiona discapacidad y muerte a la población joven, al mismo tiempo consume una gran cantidad de recursos a los sistemas de salud. La adherencia como parte del tratamiento constituye un pilar fundamental para evitar complicaciones graves, por esta razón el objetivo del tratamiento es conseguir la adherencia y disminuir la morbilidad y mortalidad. Es importante mencionar que se consigue normalizar la presión arterial de acuerdo al cambio del estilo de vida, sin embargo, es necesario el uso de terapia farmacológica, para lograr normalizar la presión del paciente. En Lima Perú se realizó un estudio con una muestra de 160 pacientes para medir adherencia al tratamiento farmacológico mediante el test de Morinski-Green-Levine, donde se demostró que el 47,5% de los pacientes se adhieren al tratamiento, de ellos el 20% corresponde al grupo de edad de más de 60 años, el 31% de los pacientes que se adhieren al tratamiento son del sexo femenino, el 39,4% de los pacientes con alta adherencia estuvieron en monoterapia (17).

La investigación que se propone pretende aportar conocimiento actualizado sobre la adherencia, como un componente esencial para prevenir complicaciones, discapacidad y muerte por HTA; además, es importante conocer las estrategias de prevención y control de la enfermedad aplicadas por los pacientes de la ciudad de Azogues, y los cantones Biblián y Déleg. Para obtener la información se aplicará una encuesta validada y una entrevista semiestructurada.

MARCO TEÓRICO

La prevalencia de la hipertensión arterial varía de acuerdo con la edad, por consiguiente, en los países desarrollados donde el porcentaje de población adulta mayor es superior, la incidencia aumenta, por la presencia de un factor de riesgo no modificable como es la edad; por esta razón se puede decir que dos tercios de los adultos mayores padecen de hipertensión arterial (4). Esta enfermedad causa síntomas y está asociada a factores de riesgo conductuales como la alimentación, inactividad física, enfermedades metabólicas como diabetes, obesidad y a nivel mundial causa la mortalidad con 9,4 millones. Durante los últimos años la prevalencia en países subdesarrollados ha sido del 40% y en México la prevalencia durante

el año 2016 fue de 30.2%. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) menciona que el 24.6% de mexicanos con bajos recursos tienen hipertensión y solo el 47.1% habían sido diagnosticados (18). En Perú un estudio acerca de la prevalencia y tratamiento de hipertensión encontró que la prevalencia en el 2015 fue de 18.7%, sin embargo y en el 2018 se incrementó al 20.6%; por lo tanto; además en el 2018 menos de la mitad de los peruanos tenían diagnóstico y recibían tratamiento farmacológico y sólo el 5.3% llevaban un control adecuado de su enfermedad, también se evidenció que las personas que vivían en áreas rurales y con bajo nivel económico no tenían un adecuado diagnóstico, tratamiento y control de la presión arterial (15). La prevalencia tiene altos índices de hipertensión arterial en Brasil y Argentina, sin embargo, en regiones como Ecuador se alcanza el 25.8%, en Colombia el 24% y en Venezuela el 23,6% (19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que la hipertensión arterial es una patología cardiovascular y que constituye la principal causa de muerte en América Latina, de manera que alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, esta enfermedad afecta aproximadamente al 20 y 40% de la población adulta, sin embargo, este trastorno se puede prevenir mediante actividades de promoción y prevención (20).

De la misma forma la OMS, define a la adherencia terapéutica como el comportamiento de un individuo para tomar su medicamento, seguir una adecuada dieta y realizar cambios del estilo de vida que señale el médico tratante de su patología. Por otra parte, la adherencia terapéutica es un proceso en el que se deben tener presente diversos factores, tales como: factores relacionados con el profesional, con el paciente, con la enfermedad, con los propios fármacos y con el sistema sanitario. La OMS indica también que la medición y la evaluación de la adherencia terapéutica es una obligación, que nos facilita la planificación de tratamientos de calidad, eficientes y efectivos (21). La adherencia a la terapia es definida como el comportamiento de la persona que coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud y la capacidad de los pacientes para acudir a las consultas programadas, tomar la medicación de acuerdo con lo prescrito por el médico, tener cambios recomendados en el estilo de vida, completar las pruebas y los análisis solicitados (22). Vrijens y Blaschke, afirma que la adherencia se puede dividir en tres partes; primera cuando se da la iniciación a que el paciente tome la primera dosis de medicación; la segunda se da la implementación, es decir el grado de seguimiento con el paciente y por último la discontinuación, se basa cuando el paciente llega al final del tratamiento o deja de tomarlo(23).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que “la HTA es prevenible a través de un grupo de intervenciones de promoción y prevención, entre las que se destacan la disminución del

consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y mantenimiento de un peso corporal saludable” entre otras (20).

De igual forma Barrera E, y cols mencionan en su artículo algunas pautas para la prevención de riesgo de enfermedades cardiovasculares entre ellas, la utilización de sistemas estandarizados de fármacos, es decir un tratamiento adecuado para la prevención de esta enfermedad otro punto importante es dar disponibilidad y acceso para que las personas se puedan realizar control cada cierto tiempo de su presión arterial para vigilar el avance de los pacientes (24).

Como expresan los autores García L, Centurion O; la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovasculares de mayor requerimiento en las consultas de atención primaria por lo tanto, se menciona que existen tres niveles de prevención, prevención primaria, secundaria y terciaria, en cuanto a la primaria las actividades a realizar van dirigidas a la comunidad sana es decir entre las estrategias está reducir la ingesta de sodio, la disminución calórica en la dieta diaria, fomentar la actividad física y evitar el excesivo consumo de grasas, por otra parte, la prevención secundaria hace relación a las estrategias dirigidas a la población de riesgo entre ellas se mencionan en control de presión arterial en los consultorios médicos, evitar abusar de fármacos en el tratamiento de las personas con bajo riesgo, se debe ser muy cuidadoso en cuanto a realizar la técnica correcta en la medición de la presión arterial debido a que esta es la que determina clasificar el nivel de HTA en la que se encuentra el paciente, es necesario tratar de incidir en el tratamiento no farmacológico por último la prevención terciaria describen que son “medidas destinadas a reducir los efectos producidos por la aparición de las complicaciones secundarias a la HTA”. En esta etapa se debe disminuir las complicaciones ya existentes es decir se requiere de la actuación de tratamiento farmacológico claramente identificado para cada paciente (25).

En cuanto al diagnóstico y control Ramos M, expresa que la prevención, diagnóstico y control es fundamental, por lo que es necesario una detección temprana para un adecuado tratamiento farmacológico y un estilo de vida (26). Un estudio realizado en Cuba señala que a fin de disminuir la hipertensión arterial y sus consecuencias es fundamental la modificación de estilos de vida para actuar sobre los factores de riesgo como: obesidad sedentarismo, hábitos de fumar y alimenticios, cabe recalcar que la prevención se realiza desde la niñez promoviendo educación en las escuelas y centros de salud (30).

Pardo I, Chibás L, Sanamé O, indican que la prevalencia es alta en personas mayores de 15 años siendo una de las primeras causas de consulta médica, hablan de la medicina tradicional como una estrategia en el

tratamiento, prevención y control, mencionan algunas formas como es el caso de la auriculoterapia útil en el diagnóstico y tratamiento (28).

Como se mencionó anteriormente la hipertensión arterial es un problema de salud a nivel mundial, corresponde un grupo de las enfermedades cardiovasculares con factores de riesgo modificables y no modificables; por lo tanto, la literatura indica que existen mayores cifras de hipertensión arterial en el sexo masculino en la mayoría de los rangos de edad, a diferencia del sexo femenino (29).

La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública (MSP), menciona que la presión arterial se puede clasificar de la siguiente manera. “La categorización de los valores de presión arterial es de utilidad universal, tanto para simplificar el abordaje diagnóstico como para facilitar la decisión sobre el tratamiento, se define con valores de SAR ≥ 140 mmHg y/ o ≥ 90 mmHg TAD" (10),

Estadio	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	<90

Fuente: Guía de Práctica Clínica de la hipertensión arterial 2019.

Los autores Choudhry N “et al”, afirman que existen algunos factores relacionados a la adherencia entre ellos mencionan factores demográficos, ambientales y socioeconómicos, relacionados con la misma (30).

Factores socioeconómicos y demográficos

Barreras de idioma, bajo nivel de instrucción, apoyo familiar deficiente, inestabilidad en las condiciones de vida, falta de accesibilidad a los servicios de salud, no disponibilidad de un servicio de salud, falta de accesibilidad a los fármacos, condiciones económicas deficientes

Asociados al sistema de salud

Relación médico paciente, habilidades de comunicación del médico, falta de reforzamiento positivo, desconocimiento por el médico de la adherencia y como mejorarlas, tiempos de espera prolongados, falta de continuidad en el cuidado, altos costos de la terapia.

Relacionados al paciente

Alteraciones en la audición y la vista, enfermedades mentales, limitación en la movilidad, dificultad para la deglución, miedo a la dependencia, miedo a los efectos adversos, falta de motivación, estigmatizado por la enfermedad, frustración para el personal de salud, estrés psicosocial, ansiedad o ira, abuso de alcohol o sustancias.

Asociados a la terapia

Tratamientos complejos, tratamientos prolongados, la terapia se cambia con frecuencia, falta de beneficio inmediato, efectos adversos de los fármacos, necesidad de cambios en el comportamiento.

Asociados a la enfermedad

Patología crónica, ausencia de síntomas, severidad de los síntomas (30)

Tagle R, manifiesta que el diagnóstico de la hipertensión arterial se enfoca totalmente en la correcta medición de esta, por lo tanto, se considera que un individuo es hipertenso cuando presenta cifras iguales o mayores a 140/90 (16).

Medición de la tensión arterial.

Durante la primera visita al médico se realiza la medición en ambos brazos, posteriormente se escoge aquella con el valor de la presión arterial más alta, para poder realizar esta medición es necesario que el paciente no haya realizado actividad física, consumido sustancias tóxicas, ni café al menos treinta minutos antes de la medición (26).

Monitorización ambulatoria de la tensión arterial

Esta medición es una técnica extraordinaria, aunque tiene una desventaja en cuanto a su valor o precio, por otra parte, pocos pacientes la llegan a tolerar debido a que esta monitorización se la registra durante el sueño; es decir registra la variación de la presión arterial nocturna. Como expresa Tagle R, “respecto a la utilización de la MAPA en el diagnóstico de la HTA, si bien su uso es cada vez mayor, y hasta ahora solo

las guías británicas de HTA lo recomiendan para el diagnóstico” (16). Podemos mencionar que la medición de la tensión arterial en consulta en la actualidad es la metodología más reconocida.

Monitorización domiciliaria

Durante el pasar del tiempo la utilidad de la medición de la presión arterial en el hogar ha ido tomando cada vez más fuerza siendo cada día más valorado y utilizado a nivel mundial; teniendo en cuenta que estas mediciones ayudan con información valiosa dentro de la evaluación del paciente para monitorear de mejor manera el tratamiento adecuado para el paciente hipertenso (31).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Biblián y Déleg octubre 2022-marzo 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y antropométricas de la población de estudio.
- Identificar los antecedentes clínicos y farmacológicos de la hipertensión arterial en los pacientes de Biblián y Déleg.
- Determinar los factores de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en la muestra seleccionada.
- Identificar las percepciones de las personas hipertensas sobre los hábitos para prevención y control de la enfermedad.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN O HIPÓTESIS DE ESTUDIO

¿Cuáles son los antecedentes clínicos y farmacológicos de la hipertensión arterial en los pacientes de Biblián y Déleg?

¿Cuáles son los factores de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en la muestra seleccionada?

¿Cuáles son las percepciones de las personas hipertensas sobre los hábitos para prevención y control de la enfermedad?

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación.

Estudio observacional de corte transversal con enfoque mixto (Cualitativo - Cuantitativo).

Definición de la población a estudiar y de ser el caso, es necesario que se detalle cómo se realizó el cálculo del tamaño de muestra (fórmulas y desarrollo).

Población

En los cantones Azogues, Biblián y Déleg el total de habitantes entre las edades de 20 a 65 años, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) es de 57002, donde aproximadamente el 20% de la población es hipertensa, por lo tanto, con estos datos se estima que la población hipertensa de los 3 cantones alcance las a ciudad de Azogues es de 11400 (14).

Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico, de característica aleatorio simple de esta población obteniendo una muestra representativa de 241 habitantes con HTA, los mismos que son adultos entre las edades de 20 a 65 años, a partir de ello se aplicó la presente fórmula para el cálculo muestral.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En dónde

N= tamaño de la población = 1043

Z= nivel de confianza = 95%

p= probabilidad de éxito, o proporción esperada = 20%

q= probabilidad de fracaso = 5%

d2= precisión (error máximo admisible en términos de proporción) = 0,05%

n= tamaño de la muestra = 241

De acuerdo con la fórmula aplicada el tamaño de la muestra es de 241 habitantes, segmentados de la siguiente, manera:

Azogues: 121

Biblián: 80

Déleg: 40

Criterios de inclusión

Personas adultas entre 20 a 65 años del cantón Azogues, Biblián y Déleg.

Personas con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial.

Criterios de exclusión

Personas con discapacidad o enfermedad mental.

Personas que no quieran colaborar en la investigación.

Personas privadas de la libertad.

Técnicas e instrumentos

Técnica:

Encuesta

Instrumentos:

Escala de Morisky-Green: mide la adherencia al tratamiento farmacológico, la nueva versión se compone de 8 ítems, siete preguntas tienen alternativas de respuestas sí/no y una pregunta que mantiene una escala tipo Likert, que trata de medir los comportamientos en pacientes hipertensos. Se clasifica como adherente a los pacientes con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8. La segunda versión de este cuestionario fue validada en 2008 por Val Jiménez y cols en pacientes con hipertensión arterial. En el 2012 fue aplicado en Francia en pacientes con hipertensión y en el 2014 en Brasil a pacientes con hipertensión. Las propiedades psicométricas son adecuadas para evaluación de la falta de adherencia al

tratamiento en pacientes hipertensos (32). Se trata de un cuestionario muy conocido tanto en la práctica clínica como en investigación; y la primera versión del test consta de 4 preguntas para valorar las barreras que impiden una correcta adherencia. El test de Morisky-Green ha sido validado para medir adherencia en una gran cantidad de patologías no transmisibles como es el caso de: diabetes, hipertensión, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares y enfermedad de Parkinson.

Entrevista: se aplicará una entrevista semiestructurada, que consta de 14 preguntas, para valorar la actitudes y prácticas del paciente con respecto a la prevención y control de la enfermedad. Se consideraron las dimensiones según los factores de riesgo modificables y no modificables de la patología: prácticas sobre alimentación 4 preguntas, actividad física 2 preguntas, consumo de sustancias 2 preguntas, conocimientos sobre su enfermedad 5 preguntas y el tratamiento farmacológico aplicado 2 preguntas.

Procedimiento:

La investigación se realizará en el Distrito de salud 03D01 en los cantones Azogues, Biblián y Déleg, en la provincia del Cañar en el año 2022-2023. Una vez elaborado el protocolo será socializado con las autoridades del Distrito de Salud para obtener el permiso respectivo para la aplicación de los instrumentos. Luego de contar con el permiso se aplicarán los instrumentos antes descritos (escala de Morisky Green y entrevista semiestructurada) al cuestionario se le adjuntará el consentimiento informado y será aplicados directamente a todas las personas con hipertensión arterial que estén en edades entre los 20 y 64 años lo cual permitirá evaluar la adherencia al tratamiento y los hábitos de prevención y control de la enfermedad en los pacientes hipertensos; la encuesta y entrevista será aplicada por las investigadoras. La toma de peso, talla, se realizará como parte de una exploración física que consta dentro de los datos sociodemográficos, dichos procedimientos será realizados por las estudiantes de titulación personal capacitado para realizar el procedimiento.

Los equipos para utilizar son parte de los laboratorios de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues; para el control del peso y talla básculas digitales con batería.

El proceso de calibración y mantenimiento de los equipos es parte del programa de mantenimiento preventivo que se realiza cada 6 meses por empresas externas o proveedores de los equipos y consiste en lo siguiente: se realiza una comparación cuantitativa entre un peso de referencia y el peso real. El error es la diferencia entre el valor medido y el valor real. Una de las ventajas importantes de la calibración es que garantiza la fiabilidad de los datos; es importante considerar los siguientes puntos: colocar las baterías en

la báscula, el instrumento de pesaje debe estar nivelado, tarar la báscula, determinar la masa y registrar el valor, retirar la pesa y volver a tarar la báscula, y realizar el mismo proceso con cada pesa patrón y registrar los valores.

Análisis estadístico

Para los análisis del (objetivo específico 1) describir las características sociodemográficas y antropométricas de la población de estudio en los cantones Biblián y Déleg, Se realizará un análisis factorial confirmatorio (AFC) sobre los datos obtenidos en el test de la encuesta se realizará con el programa estadístico SPSS y en la entrevista se utilizará el programa Atlas ti.

El SPSS es un programa que fue creado en 1968, con siglas Statistical Package for the Social Sciences, siendo un exponente potencial estadístico, este sistema diversificado en su totalidad, formando su primera versión desarrollada por Norman H. Nie, Dale H. Bent y C. Hadlai Hull, en la Universidad de Stanford.

La entrevista se realizará con el programa Atls.ti, es un programa que se creó a finales de los años ochenta por el alemán Thomas Murh, es una herramienta de recuperación de texto basado en la codificación teórica y se utiliza en los estudios cualitativos.

Las variables que se describan en este apartado deberán estar en concordancia con los mencionados en el (ANEXO C) cuadro de operacionalización de las variables.

Variables sociodemográficas

Edad.

Género.

Peso.

Talla.

IMC.

Circunferencia abdominal.

Estado civil.

Procedencia.

Nivel de instrucción.
Ocupación/profesión.
Autoidentificación.
Tiene afiliación al IESS.
Variables dependientes
Adherencia.
Prevención.
Control.
Estado nutricional.

RECURSOS HUMANOS		
Nombre	Rol	Funciones/ Responsabilidades
YAJAIRA ELIZABETH MONCAYO ENCALADA.	Investigador principal.	Definiciones, recolección de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, gestión de los recursos, redacción y edición final.
JENNIFER CAROLINA SUMBA SUMBA.	Coautor.	Definiciones, recolección de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, gestión de los recursos, redacción y edición final.
DIANA MARISOL GUAMÁN GUAMÁN.	Coautor.	Definiciones, recolección de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, gestión de los recursos, redacción y edición final.

MARÍA GABRIELA MORÁN LIMA.	Coautor.	Definiciones, recolección de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, gestión de los recursos, redacción y edición final.
LCDA. LILIA AZUCENA ROMERO SACOTO.	Tutor.	Supervisión y validación.

RECURSOS MATERIALES				
FUENTES	Discriminación detallada de los Recursos	Unidades que se requieren	Valor de cada unidad (USD)	Costo total (USD)
Autofinanciado	Computadoras	4	550	2200
Autofinanciado	Internet (mes)	50	27	108
Autofinanciado	Resma de papel tamaño hoja A4	4	4.80	19,20
Autofinanciado	Cuadernos	4	2,50	10
Autofinanciado	Impresiones	3.048	0.10	304.8
Autofinanciado	Impresora	1	450	450
Autofinanciado	Esferográficos	8	0,50	4
Autofinanciado	Transporte	8	4	480
Total	-----	-----	USD	3576

CONSIDERACIONES ÉTICA Y DE GÉNERO

Se ejercerá los criterios bioéticos estipuladas para la investigación relacionada con la salud, el apego a la pauta 1, se establece un valor social y científico que busca proteger y promover la salud de los adultos, se actuará debido a la normativa legal vigente del COBIAS organismo que aprobó el proyecto.

La selección que se realizará sobre los participantes se hará en función de los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, por ello los investigadores serán equitativos al ofrecer a cada uno de los participantes las mismas posibilidades tanto de riesgo como de beneficio, independientemente de su condición ética y social, al mismo tiempo se realizará la socialización del consentimiento informado previo a la respuesta del participante si desea participar o no.

Los instrumentos se aplicarán previo la firma del consentimiento informado para lo cual se entregará el documento al participante y se indicará de qué se trata el documento, el objetivo del estudio, los procedimientos a realizarse, los riesgos y beneficios, los derechos de los participantes y la información referente a contactos en caso de requerir.

La información obtenida será de acceso libre, los datos serán publicados en revistas de alto impacto, así como también servirán de base para investigaciones futuras; la información será manipulada exclusivamente por los investigadores.

Con el fin de proteger la información el equipo investigador será el encargado de manipular los datos y serán los responsables de resguardar la información personal de los encuestados. Con esta finalidad las encuestas serán numeradas o codificadas, se limitará el registro de datos personales en las encuestas, por tanto, no se registrará: nombre, número de cédula, teléfono, origen étnico, vida sexual, creencias religiosas considerados como datos personales vulnerables.

La intención de los investigadores es que los resultados de la investigación permitan desarrollar actividades de vinculación con la sociedad; estas actividades estarán encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los investigadores declaran no tener conflicto de intereses de ninguna índole, más que generar conocimientos para el bienestar tanto propio como de la comunidad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este consentimiento será aplicado a todos los adultos mayores de 20 a 65 años que estén de acuerdo en el proyecto de investigación y que deseen participar sin ninguna obligación, donde se dará a conocer el motivo por el cual se va a realizar el estudio, cuál será su aportación y si acepta voluntariamente, de la misma manera se explicara cada uno de los beneficios que llegarán a tener si forman parte de esta investigación.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el estudio se pretende conocer la adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial, en los habitantes de la ciudad Azogues, cantón Biblián- Déleg.

Las ENT son la primera causa de muerte a nivel mundial y entre ellas la HTA, por consiguiente, hasta la actualidad estas patologías son un grave problema de salud pública, que han deteriorado los sistemas de salud de los países de medianos y bajos ingresos por los altos costos de diagnóstico, tratamiento y elevadas tasas de discapacidad. Estas patologías tienen su origen en factores modificables y no modificables, el reto para los sistemas de salud constituye, luchar contra los factores de riesgo modificables, buscando estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y en ello la academia juega un papel fundamental.

El desarrollo de la investigación espera obtener datos relevantes sobre los cuales la carrera de Enfermería sede Azogues puede intervenir con proyectos de vinculación.

En consecuencia, se pretende determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes entre 20 y 64 años, conocer los hábitos de prevención y control de la enfermedad, identificar su estado nutricional y además conocer los valores de presión arterial al momento de la entrevista con el paciente.

DECLARACIÓN FINAL

El equipo de investigadores, representado por el patrocinador y el investigador principal del proyecto, de forma libre y voluntaria declara que:

El contenido, la autoría y la responsabilidad sobre los resultados del estudio corresponden al patrocinador e investigador principal.

El proyecto descrito en este documento es una obra original, cuyos autores forman parte del equipo de investigadores y que por lo tanto se asume la completa responsabilidad legal en el caso de que un tercero alegue la titularidad de los derechos intelectuales del proyecto.

El presente proyecto no causa perjuicio alguno a los sujetos participantes en la investigación y al ambiente y no vulnera la normativa legal o norma ética alguna.

Velarán por el cumplimiento de la presente investigación en los términos que se aprobó por el Comité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos.

Lugar: Azogues – Cañar

Fecha: 02-noviembre-2022

Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada

Nombres y Apellidos Investigador Principal

0302912878

Cédula de ciudadanía o pasaporte del Investigador Principal

**Firma Investigador principal
(obligatorio)**

ANEXO A: CRONOGRAMA DE TRABAJO POR OBJETIVOS

Este cronograma es un resumen sobre la ejecución del proyecto en el tiempo, el cual debe guardar una secuencia lógica de los plazos en los cuáles se realizarán las actividades para cada uno de los objetivos específicos del proyecto. Este apartado deberá estar en concordancia con el apartado denominado “tiempo de ejecución del proyecto” de la sección “DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN”.

Adicionalmente este apartado deberá estar en concordancia con el apartado denominado “tiempo de ejecución del proyecto” de este mismo formulario.

**COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
(CEISH-UCACUE)**



Nombre del Proyecto: Enfermedades no transmisibles: Adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial, Azogues - Biblián-Déleg. Diciembre 2022- marzo 2023

Fecha de presentación del proyecto:

ACTIVIDADES	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividad 1.0 Selección del tema.	X																							
Actividad 1-1 Elaboración del protocolo					X																			
Actividad 1.2 Permiso para recogida de datos.							X																	
Actividad 1.3 Recolección de datos.								X	X															

ANEXO B: LISTA DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	PÚBLICA/PRIVADA	DIRECCIÓN POSTAL	PERSONA DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO PERSONAL CONTACTO	TELÉFONO PERSONA DE CONTACTO
No aplica					

ANEXO 2: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DEFINICIÓN	Dimensión	INDICADOR	ESCALA	TIPO	ITEM
Edad	Permite hacer mención del tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	N/A	Años cumplidos	Razón	Cuantitativa / Discreta	1
Género	Características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres	N/A	Hombre Mujer	Nomina	Cualitativa/Dicotómica	2
Peso	Peso corporal que tiene un límite mínimo y uno máximo entre los cuales es muy probable mantener	N/A	Hombre Mujer	Ordinal	Cualitativa/Política	3

	un buen estado de salud					
Talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza	N/A	Crecimiento de la persona	Ordinal	Cualitativa/Política	4
IMC	Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.	N/A	Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III	Ordinal	Cualitativa/Política	5
Circunferencia abdominal	Es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico. La medición casi siempre se hace a nivel del ombligo.	N/A	Valor del perímetro abdominal	Nominal	Cualitativa/Política	6
Estado Civil	Condición de un individuo según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a ello	N/A	Soltero(a) Casado(a)/con pareja Divorciado(a) Viudo(a)	Nominal	Cualitativa/Política	7
Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o vive el individuo.	N/A	Lugar de nacimiento	Nominal	Cualitativa/Dicotómica	8
Nivel de Instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisionales o	N/A	Básica Primaria Secundaria Tercer Nivel Maestría Especialidad	Nominal	Cualitativa/Política	9

	definitivamente incompletos.		Doctorado			
Ocupación /profesión	Actividad habitual de un ser humano, para el cual se ha preparado, al momento de realizarle o ejercerla y tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	N/A	Ocupación o profesión que ejecuta	Nominal	Cualitativa/Dicotómica	10
Autoidentificación	El proceso que supone la construcción de identidades, es el derecho a decidir de manera libre y voluntaria la pertenencia a una nacionalidad, pueblo o etnia	N/A	Blanco (a) Mestizo (a) Indígena Afroecuatoriano (a) Otro	Nominal	Cualitativa/Política	11
Sector	Área legalmente definida como urbana y rural que está compuesta por calles, viviendas etc.	N/A	Urbano Rural	Nominal	Cualitativa/Dicotómica	12
Tiene afiliación al IESS	Colectividad que realiza aportación al Instituto Ecuatoriano de seguridad social por medio de aportaciones generales y voluntarias.	N/A	Si No	Nominal	Cualitativa/Dicotómica	13
Variable Dependiente: Conocimiento sobre fármacos antihipertensivos:	La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que	Que conoce sobre la enfermedad	Tiene conocimiento o No tiene conocimiento	Nominal	Cualitativa / Dicotómica	14

	requiere el consumo de fármacos que disminuyan los niveles de presión arterial a fin de disminuir el riesgo de complicaciones de la enfermedad	Qué conoce sobre el tratamiento				
--	--	---------------------------------	--	--	--	--

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE CUENCA COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Enfermedades no transmisibles: adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial, Azogues - Biblián-Déleg. Diciembre 2022- marzo 2023

Datos del equipo de investigación: *(puede agregar las filas necesarias)*

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada	0302912878	Universidad Católica de Cuenca
Investigador 1	Jennifer Carolina Sumba Sumba	0706489051	Universidad Católica de Cuenca
Investigador 2	Diana Marisol Guamán Guamán	0302761978	Universidad Católica de Cuenca
Investigador 3	Maria Gabriela Morán Lima	0705937266	Universidad Católica de Cuenca
Tutor	Lilia Azucena Romero Sacoto	0301047023	Universidad Católica de Cuenca

¿De qué se trata este documento? *(Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar*

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Distrito de Salud 03D01, que pertenece a los cantones de Azogues, Biblián y Déleg, en el año 2022. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

En la actualidad las enfermedades crónicas se han convertido en un grave problema de salud pública a nivel mundial, por ser de larga evolución, diagnóstico y tratamiento costoso; además estas enfermedades pueden ocasionar complicaciones, discapacidad y muerte prematura. Dentro de este grupo de enfermedades esta la d hipertensión arterial que, si no es diagnosticada y tratada de manera correcta y oportuna, el paciente presenta complicaciones relacionada con el mal funcionamiento del riñón, corazón, cerebro los ojos entre otras. Se consideran de mucha importancia su participación, pues se trata de identificar la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención y control de la enfermedad.

Objetivo del estudio

Identificar la adherencia, prevención y control de la hipertensión arterial en Azogues, Biblián y Déleg.

Descripción de los procedimientos

La investigación se dará a conocer en el distrito de salud 03D01, luego se hará una revisión de las encuestas conjuntamente con los investigadores encargados de aplicar el instrumento; se ha programado un tiempo aproximado de 1 mes para la aplicación de los instrumentos durante el año 2022; es importante que usted conozca que la encuesta de aplicará en un tiempo de 5 minutos y la entrevista en 5 minutos, luego se tomará su presión arterial, peso y talla para determinar su IMC. Posterior a ello con los datos obtenidos se realizará una base de datos y los análisis estadísticos respectivos. Las encuestas serán aplicadas a un total de 383 personas con HTA en Azogues, 286 pacientes en Biblián y en Déleg y 132. En base a los resultados obtenidos se elaborarán y ejecutarán proyectos de vinculación con la sociedad.

Riesgos y beneficios



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Se trata de una investigación no experimental analítica, descriptiva, en la que únicamente Ud. contestará un cuestionario; por tanto, los riesgos físicos, psicológicos y de quebranto de confidencialidad de los datos son mínimos; las encuestas son anónimas.

La información será de acceso libre y los datos obtenidos serán manipulados únicamente por los investigadores.

La intención de los investigadores es que los resultados de la investigación permitan desarrollar actividades de vinculación con la sociedad; estas actividades estarán encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por tanto, se pretende trabajar con grupos de personas en cada uno de los cantones que conforma el Distrito de Salud.

Con el fin de proteger la información el equipo investigador será el encargado de manipular los datos y serán los responsables de resguardar la información personal de los encuestados. Con esta finalidad se utilizarán las encuestas con números o códigos, se limitará el registro en las encuestas de los datos personales, por tanto, no se registrará: nombre, número de cédula, teléfono, origen étnico, vida sexual, creencias religiosas que son datos personales vulnerables.

Otras opciones si no participa en el estudio

Usted esta en libertad de participar o no en el estudio y abandonarlo en cualquier momento.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 7) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 8) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 9) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado *(si aplica)*

No aplica.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llámé al siguiente teléfono 0978837630 que pertenece a Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada (investigador principal) o envíe un correo electrónico a:
yemoncayo78@est.ucacue.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

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

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo *(si aplica)*

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca.

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CAMPUS AZOGUES

CARRERA DE ENFERMERÍA

Este cuestionario tiene como propósito recolectar información sobre “Enfermedades no transmisibles: Adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial, Azogues - Biblián-Déleg. Diciembre 2022- marzo 2023”. Al leer cada una de las preguntas, responda de manera correcta, de manera que sea verídica y confiable, este test tiene únicamente fines académicos y será de absoluta confidencialidad.

Instrumento validado por: Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8)

Instrucciones: Antes de que responda al cuestionario le sugerimos que lea detenidamente las siguientes instrucciones.

- **Usted decide participar voluntariamente.**
- **Se debe recordar que el cuestionario es de absoluta confidencialidad.**
- **Seleccionar una sola respuesta en cada pregunta.**

Parte I: Sociodemográficos

1. Edad: _____

2. Género:

- Femenino: _____
- Masculino: _____

3. Peso: _____

4. Talla: _____

5. IMC: _____

6. Circunferencia abdominal: _____

7. Estado civil:

- Soltero(a): _____
- Casado(a): _____
- Divorciado(a): _____
- Viudo(a): _____
- Unión libre: _____

8. Procedencia: _____

9. Nivel de instrucción:

- Básica: _____
- Primaria: _____
- Secundaria: _____
- Tercer nivel: _____

10. Ocupación/profesión: _____

11. Autoidentificación: _____

12. Sector: ¿De donde es ?

- Urbano: _____
- Rural: _____

13. Tiene afiliación al IESS:

Si: _____ No: _____

Parte II: Variable dependiente

14. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con hipertensión arterial?

15. ¿Qué medicamento toma para su presión arterial?

16. Aparte de tener Hipertensión Arterial, presente alguna enfermedad crónica como:

- Diabetes:_____
- Tiroides:_____
- Cáncer:_____
- Obesidad:_____
- Asma:_____

17. ¿Se le olvidó alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?

Si: _____ No: _____

18. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?

Si: _____ No: _____

19. ¿Cuándo viaja o está fuera del hogar, se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial?

Si: _____ No: _____

20. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?

Si: _____ No: _____

21. ¿Cuándo siente que su hipertensión arterial esta bajo control, deja a veces de tomar su medicina?

Si: _____ No: _____

22. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?

Si: _____ No: _____

23. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?

Nunca

Ocasionalmente

Frecuentemente

Muy frecuentemente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CAMPUS AZOGUES

CARRERA DE ENFERMERÍA

Entrevista a los pacientes hipertensos

1. ¿Qué alimentos Usted consume diariamente?

.....
.....
.....

2. ¿Consumen Usted papas fritas, hot dogs, hamburguesas, colas, dulces, jugos, chocolates (comida chatarra) cuantas veces a la semana?

.....
.....
.....
.....

3. ¿Cómo es el consumo de sal y azúcar en su dieta? Come con mucha sal, poca sal, mucha azúcar, poca azúcar

.....
.....
.....
.....

4. ¿Usted en su alimentación incluye el consumo del café, cuantas veces al día?

.....
.....
.....

5. ¿Hace Usted ejercicio que tipo, es decir que ejercicio hace?

.....
.....
.....

6. ¿Qué tiempo (horas, minutos) y cuantas veces a la semana realiza actividad física?

.....
.....
.....

7. ¿Usted consume alcohol y cuantas veces a la semana?

.....
.....
.....

8. ¿Usted fuma y cada que tiempo?

.....
.....
.....

9. ¿Dentro de su familia algún miembro tiene alguna enfermedad? Qué enfermedad.

.....
.....
.....

10. ¿Qué complicaciones se puede dar sobre su enfermedad? O que puede pasar si no se cuidada

.....
.....
.....

11. ¿Cada que tiempo acude al médico para controlar su enfermedad?

.....
.....
.....

.....

12. ¿Usted cómo adquiere los medicamentos? La compra, le brinda el IESS, el MSP.

.....
.....
.....

13. ¿Qué molestias le causa la medicación que toma para la presión arterial?

.....
.....
.....

14. ¿Tiene dificultades para adquirir su medicación?

.....
.....
.....

ANEXO 4: CERTIFICADO APROBACIÓN



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

UCuenca / COBIAS

Oficio Nro. UC-COBIAS-2022-305
Cuenca, 12 de mayo de 2022

Investigadores

Lilia Azucena Romero Sacoto (IP)

Presente

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su protocolo de investigación con código **2022-005EO-4E**, titulado *"Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en el paciente adulto del Distrito de Salud 03D01 enero – diciembre 2022"*, se encuentra **APROBADO**, en la sesión ordinaria Nro.190 con fecha 04 de abril de 2022.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- Los datos serán manejados considerando los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás.
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información del estudio en sus procesos de manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades de la investigadora.
- La investigadora principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Declaración de confidencialidad.
- Formulario de consentimiento informado.
- Hoja de Vida de Investigador Principal
- Aval de Unidad Académica



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación **2022-005EO-IE**.

Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de la investigadora principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
2. El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y la solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, la solicitante es responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Se le recuerda que debe informar al COBIAS-UCuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada, así como cualquier modificación en el protocolo y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,



Digitally
signed by

VICENTE
MANUEL SOLANO
PAUCAY

Dr. Vicente Solano Paucay
Presidente del COBIAS-UCuenca

Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302912878**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Enfermedades no transmisibles: Adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial. Biblián – Déleg. Diciembre 2022 – marzo 2023”** 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 este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **08 de febrero de 2023**

F: 

Yajaira Elizabeth Moncayo Encalada

C.I. 0302912878

Jennifer Carolina Sumba Sumba portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706489051**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Enfermedades no transmisibles: Adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial. Biblián – Déleg. Diciembre 2022 – marzo 2023”** 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 este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **08 de febrero de 2023**

F: 

Jennifer Carolina Sumba Sumba

C.I. 0706489051