



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. COLTA, SEPTIEMBRE 2018 – JULIO 2019.

MARÍA BELÉN ESPÍNDOLA LARA

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

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba-Ecuador

Septiembre - 2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, denominado: IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. COLTA, SEPTIEMBRE 2018 – JULIO 2019, de responsabilidad de la Sra. María Belén Espíndola Lara, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

FIRMA

N.D. Tannia Valeria Carpio Arias; PhD.

PRESIDENTE

Md. Mercedes Gabriela Vinuesa Orozco; Esp.

DIRECTORA

Dra. María Luisa Rodríguez González; Mgs.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Sergio Orlando Chimbolema Mullo; Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Riobamba, septiembre de 2019

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, María Belén Espíndola Lara, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



MARÍA BELÉN ESPÍNDOLA LARA

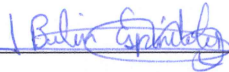
No. Cédula: 0603783648

©2019, María Belén Espíndola Lara

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, María Belén Espíndola Lara, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados. Como autora, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Especialidad.



María Belén Espíndola Lara

No. Cédula: 060378364-8

DEDICATORIA

A mi esposo Ángel que estuviste a mi lado siempre ayudándome, me decías que lo lograría perfectamente, me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso.

Y a mi hijo Felipe que posiblemente no entienda mis palabras; pero para cuando seas capaz, quiero que te des cuenta de lo que significas para mí; eres la razón de que me levante cada día, esforzándome por el presente y el mañana.

Ustedes son mi principal motivación.

María Belén

AGRADECIMIENTO

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento al Instituto de Posgrado y Educación Continua de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, por haberme permitido formarme como Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, fueron los responsables de realizar este aporte, que el día de hoy se verá reflejado en la culminación de mi paso por esta prestigiosa universidad.

Asimismo, agradezco a mis profesores, que fueron mis mayores promotores, apoyo y motivadores diarios durante este proceso.

Este es un momento muy especial que espero perdure en el tiempo, no solo en la mente de las personas a quienes agradecí anteriormente, sino también a quienes invirtieron su tiempo para revisar mi proyecto de tesis; mis agradecimientos con todo mi ser.

Finalmente quiero agradecer al Centro de Salud San Guisel, a mis pacientes con hipertensión arterial y a sus familiares, gracias por permitirme compartir con ustedes su vida, su enfermedad y valor. Me han ayudado a reafirmar todos los días mi compromiso hacia todos ustedes, su salud y bienestar además le dan un profundo sentido al trabajo que realizo.

A todos muchas gracias.

María Belén

CONTENIDO

	Páginas
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Problema de investigación.....	3
<i>1.1.1 Planteamiento del problema</i>	<i>3</i>
<i>1.1.2 Formulación del problema</i>	<i>5</i>
<i>1.1.3 Justificación</i>	<i>5</i>
<i>1.1.4 Objetivos</i>	<i>7</i>
<i>1.1.4.1 Objetivo general.....</i>	<i>7</i>
<i>1.1.4.2 Objetivos específicos.....</i>	<i>8</i>
<i>1.1.4.3. Hipótesis.....</i>	<i>8</i>
CAPÍTULO II	
2. MARCO DE REFERENCIA.....	9
2.1 Antecedentes del problema.....	9
2.2 Bases teóricas	14
2.3 Marco conceptual	17
<i>2.3.1 Adherencia terapéutica.....</i>	<i>17</i>
<i>2.3.2 Cumplimiento terapéutico.....</i>	<i>17</i>
<i>2.3.3 Estrategia de intervención educativa</i>	<i>17</i>
<i>2.3.4 Evaluación del impacto en salud</i>	<i>17</i>
<i>2.3.5 Hipertensión arterial.....</i>	<i>17</i>
<i>2.3.6 Impacto.....</i>	<i>18</i>
<i>2.3.7 Intervención educativa</i>	<i>18</i>
<i>2.3.8 Nivel de conocimiento.....</i>	<i>18</i>
CAPÍTULO III	
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
3.1 Tipo y diseño de la investigación	19
3.2 Métodos de la investigación.....	19
3.3 Enfoque de la investigación.....	20
3.4 Alcance investigativo	20

3.5	Población de estudio	20
3.6	Unidad de análisis	20
3.7	Selección y tamaño de la muestra	20
3.7.1	<i>Criterios de inclusión</i>	21
3.7.2	<i>Criterios de exclusión</i>	21
3.7.3	<i>Criterios de salida</i>	21
3.8	Identificación de variables	21
3.9	Operacionalización de las variables	22
3.10	Matriz de consistencia	26
3.10.1	<i>Aspectos generales</i>	26
3.10.2	<i>Aspectos específicos</i>	27
3.11	Instrumento de recolección de datos	29
3.12	Técnica de recolección de datos	29
3.13	Procesamiento de la información	31
3.14	Normas éticas	31
CAPÍTULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
4.1	Resultados	33
4.2	Discusión	47
CAPÍTULO V		
5.	PROPUESTA	57
CONCLUSIONES		59
RECOMENDACIONES		60
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-4: Distribución de pacientes hipertensos según características generales.	33
Tabla 2-4: Distribución de pacientes hipertensos según nivel de instrucción.	35
Tabla 3-4: Distribución de pacientes según ocupación.	35
Tabla 4-4: Distribución de pacientes según presencia de complicaciones	36
Tabla 5-4: Distribución de pacientes hipertensos según tipo de comorbilidades.	36
Tabla 6-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica previo al comienzo de la investigación (pretest)	37
Tabla 7-4: Distribución de pacientes según respuestas ofrecidas en la aplicación del test de Morisky-Green.....	37
Tabla 8-4: Distribución de pacientes según adherencia terapéutica (pretest), grupo de edades y sexo	38
Tabla 9-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica (pretest) y nivel de instrucción	39
Tabla 10-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica (pretest) y ocupación	40
Tabla 11-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica (pretest) y presencia de comorbilidades	40
Tabla 12-4: Relación de pacientes según nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica al inicio de la investigación (pretest).....	41
Tabla 13-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento (pretest), grupo de edades y sexo	41
Tabla 14-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento (pretest) y nivel de instrucción	42
Tabla 15-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento (pretest) y ocupación.....	43
Tabla 16-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento determinado en el pretest y presencia de comorbilidades.....	44
Tabla 17-4: Relación de pacientes según nivel de conocimiento (pretest) y adherencia farmacológica.....	44
Tabla 18-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica posterior a la aplicación de la intervención (postest).....	45
Tabla 19-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento (postest).....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-4: Resultados de la medición antes-después de la intervención.....	46
Gráfico 2-4: Diferencia de las medianas antes y después de realizada la intervención educativa	46

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

Anexo B. Cuestionario de investigación

Anexo C. Test de Morisky-Green

ABSTRACT

The objective of this research was to assess the impact of the application of educational intervention strategy to improve the situation in patients with high blood pressure of the San Guisel and San Bernardo communities, Colta from September 2018 to July 2019. The research developed was applied, with a longitudinal section and a quasi-experimental design; different theoretical and statistical methods were used during the course of the investigation; the theoretical level methods were the logical historical, the synthetic analytical and the deductive inductive; the methods of the statistical level were the Ranges with Wilconxon Signs test and the McNemar test with a significance level of $p < 0.05$. The universe consisted of 35 patients with a confirmed diagnosis of high blood pressure who reside permanently in the San Guisel and San Bernardo communities. The information was obtained through two questionnaires the Morisky-Green test and the so-called adherence to drug treatment in patients with high blood pressure designed and validated by Zúñiga (2016). As a result of this research at the beginning it was found that 54.3% ($n = 19$) of the patients had low knowledge about pharmacological adherence and that after the educational intervention a high level of knowledge was obtained in 51.4 % ($n = 18$); A statistically significant result was obtained with a value of $Z = -4.413$ and a $p = 0.000$; These results allow us to state that the median was higher for the measurement taken after the intervention. It is concluded that the intervention applied did improve the level of pharmacological adherence; It is recommended to develop inclusive intervention strategies in patients with chronic diseases to raise public awareness about the importance of pharmacological adherence in the control of these conditions.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES> <FAMILY MEDICINE>, <PHARMACOLOGICAL ADHERENCE> < HIGH BLOOD PRESSURE > <EDUCATIONAL INTERVENTION>, <COLTA (CANTON)>.



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA), constituye uno de los grandes desafíos de la medicina moderna, por su extraordinaria prevalencia, es posiblemente el problema de salud pública más significativo en países desarrollados, puede afirmarse, que casi uno de cada tres ciudadanos presenta cifras elevadas de presión arterial afectando tanto a hombres como a mujeres (Grupos HTA SAMFYC y SEMFYC, 2016).

La mayor prevalencia de HTA se registra en el continente africano y se sitúa en torno al 46 % de las personas que sobrepasan los 25 años de edad, en el continente americano se describe una prevalencia que se acerca al 35 % de las personas mayores de 15 años de edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Se estima que una tercera parte de los pacientes hipertensos aún no tiene diagnóstico de la enfermedad, por lo que existe un subregistro en este sentido. Se plantea que alrededor del 33 % de los pacientes ya diagnosticados no presentan control de la HTA, y la principal causa se relaciona con la falta de adherencia farmacológica (OMS, 2013).

Las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y el fallo renal, se reportan como las principales complicaciones de la HTA causando anualmente 9,4 millones de muertes en el primer caso lo que representa el 45 % de la población mundial y 51 % en el segundo (OMS, 2013).

La HTA es la complicación clínica más importante, sumada al hecho que su buen control reduce la carga de morbilidad atribuible a enfermedades cardiovasculares e impacta a disminuir las principales causas de muerte del mundo (Cardona, Jaiberth, & Vergara-Arango, 2016).

De acuerdo con el Anuario de Nacimientos y Defunciones Ecuador 2017, se aprecia a los trastornos hipertensivos entre las primeras causas de mortalidad general con una tasa de 22,29 (3572 personas); así mismo en la provincia de Chimborazo en el grupo de edad de 20 años y más los datos arrojan 161 muertes por esta causa teniendo un comportamiento similar en ambos

sexos, 79 defunciones en el sexo masculino y 82 defunciones en el sexo femenino. (INEC, 2017).

Estudios de la OMS reportan que solo alrededor del 50 % de los pacientes hipertensos son adherentes con su esquema farmacológico en países desarrollados (OMS, 2013). Lo preocupante, es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que acrecienta la incidencia de la hipertensión, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad (Agámez P, Hernández, Cervera, & Rodríguez, 2008).

En América Latina, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se reportan cifras que evidencian que solo el 20 % de los pacientes con diagnóstico de HTA logran mantener control de la HTA (Santiago, López Vázquez, & Chávez Vega, 2016).

Según los estudios solo tres países del continente han cumplido con la meta de la OPS de lograr el control de la actividad de la enfermedad en al menos el 33,3 % de los casos en los primeros cinco años de diagnóstico de la enfermedad. Canadá, Estados Unidos y Cuba son ejemplos en este sentido. Es por esto que a nivel internacional se plantea que lograr elevados índices de adherencia farmacológico constituye un verdadero reto terapéutico (OPS, 2015).

Entre los factores del no cumplimiento están: edad, sexo biológico, grado de escolaridad, tratamiento prescrito, olvido de las dosis, el sentirse bien y la soledad (Rio-Valle, Cruz Quintana, Villaverde G, & Prados, 2006); también se describe la inadecuada percepción individual de los pacientes relacionados con el deficiente control de la actividad clínica de la HTA (Agámez, et al, 2008).

Durante el trabajo intramural, extramural y con los problemas de salud identificados, según los criterios del método de Ranqueo en participación con la comunidad, se ha constatado a pacientes hipertensos con dificultad para adherirse al tratamiento y poco conocimiento en las comunidades (Espíndola Lara, 2017).

Siendo la población 100 % rural en las comunidades San Guisel y San Bernardo, donde residen 563 habitantes con predominio del sexo femenino (54,7 %), se ha identificado como universo de hipertensos a 35 pacientes.

Siendo la HTA la primera causa de morbilidad general y a pesar de ser un universo relativamente pequeño, esta entidad nosológica es la que genera más consultas cada año en el

ciclo de vida 65 años y más, dándose un total de 293 consultas durante el año 2017 debido a que estos pacientes deben acudir al control cada mes (Espíndola Lara, 2017).

1.1 Problema de investigación

1.1.1 Planteamiento del problema

La hipertensión arterial (HTA) es considerada una enfermedad originada por múltiples factores, tales como: la herencia, factores ambientales, hemodinámicas y humorales. Como enfermedad es reportada con elevada prevalencia en todas las regiones a nivel mundial; estando presente en personas de distintas características étnicas, sociales, culturales e independiente de su situación económica (Alfonso- Príncipe, Salabert- Tortoló, Alfonso- Salabert, Morales- Díaz, García- Cruz & Acosta- Bouso, 2017).

Es, la HTA, una afección crónica que requiere de tratamiento durante toda la vida, sin embargo, en esta enfermedad la no adherencia farmacológica compila negativamente en el cumplimiento de los objetivos propuestos con el esquema terapéutico (Sabio, 2018).

Estudios realizados en los últimos años corroboran que la cifra de pacientes incumplidores llega al 40 % para el tratamiento médico farmacológico y oscila entre el 60 y 90 % para el tratamiento médico no farmacológico (Pomares-Avalos, Vázquez-Núñez, & Ruíz-Domínguez, 2018).

Las dificultades en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA es un problema actual complejo y de gran dimensión que repercute en complicaciones serias para el paciente por constituir una de las primeras causas de morbimortalidad en el mundo (Rodríguez-López, Varela, Rincón-Hoyos, Velasco, Caicedo, Méndez & Gómez, 2015).

De ahí que resulta esencial educar a estas personas en aras de mejorar la adherencia farmacológica, prevenir afectaciones severas y garantizar su calidad de vida. Es necesario realizar un adecuado control y evaluar los factores relacionados con la eficacia y adherencia al tratamiento farmacológico en cada paciente.

Lo que se convierte en una etapa imprescindible para el diseño de una estrategia de intervención educativa encaminada a modificar el comportamiento de las personas enfermas en relación con los resultados diagnósticos y obtener mejores respuestas a la terapéutica, sin perder

de vista los factores de riesgo asociados.

La valoración del impacto de las acciones ejecutadas constituye una etapa clave en la evaluación de la efectividad de la intervención educativa, en la verificación de sus resultados sobre la salud de los hipertensos, sus familiares y la sociedad en general.

En América Latina se han realizado estudios dirigidos a identificar la eficacia de intervención educativa en la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos, donde se valora que pudo tener incidencia directa y efectiva sobre ellos (Martínez, Medrano & Sequeda, 2016).

Se ha evaluado también la efectividad de intervención psicoeducativa, pero con factores relacionados con la adherencia no farmacológica en pacientes con hipertensión (Rodríguez-López, Varela, Rincón-Hoyos, Velasco, Caicedo, Méndez & Gómez, 2015).

Predominan los estudios dirigidos a determinar los factores determinantes de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes y a la propuesta de intervenciones educativas dirigidas a elevar conocimientos sobre la enfermedad y su control (Sánchez-Guerra, López y López, García-Jiménez, Ávila-Jiménez, Gómez-Galicia, Carreras-Olivares & Toledano-Jaime, 2018).

En Ecuador, en los últimos años se han realizado estudios relacionados con la prevalencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo, farmacológicos y no farmacológicos, así como la evaluación de los factores que influyen en ello (Orellana, Chacón, Quizhpi & Álvarez, 2016).

Se ha estudiado también la influencia de la percepción en el incumplimiento a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial (Ramón- Guzmán & Reyes- Tapia, 2018). Sin embargo, no abundan los trabajos publicados en los últimos años, relacionados con evaluación de impacto como resultado de aplicación de intervención educativa para mejorar la adherencia a la terapia farmacológica.

En 2017, durante la realización del análisis de la situación de salud de las comunidades San Guisel y San Bernardo, pertenecientes al cantón Colta de la provincia Chimborazo, en Ecuador (Espíndola Lara, 2017). Se identificó como problema de salud priorizado el aumento de complicaciones relacionadas con la falta de adherencia farmacológica en los pacientes con diagnóstico de HTA

Motivada por el desconocimiento que tiene los mismos en relación a la importancia de cumplir correctamente las indicaciones médicas. Esta problemática suscitada en el contexto de la investigación demanda del equipo de salud la realización de acciones concretas para revertir, en el menor laxo posible esta situación.

1.1.2 Formulación del problema

Existe un incremento de las complicaciones causadas por la falta de adherencia al tratamiento farmacológico asociado al desconocimiento de los pacientes hipertensos pertenecientes en las comunidades San Guisel y San Bernardo.

1.1.3 Justificación

Como resultado de investigaciones realizadas, se calcula que la hipertensión es causante de la muerte de nueve millones de personas anualmente, si se tiene en cuenta que puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Es considerada uno de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, al afectar a millones de personas en el mundo, a pesar de ser una enfermedad prevenible (Martínez, Medrano & Sequeda, 2016).

La hipertensión arterial se clasifica como enfermedad no transmisible, grupo este que en su conjunto constituye la principal causa de morbilidad cardiovascular a escala mundial. Es posiblemente el problema de salud pública más trascendental en países desarrollados y subdesarrollados.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en Ecuador, las enfermedades hipertensivas representan la segunda causa de muerte a nivel nacional (después de la Diabetes Mellitus) con un 7,03 % de prevalencia (Orellana et al., 2016).

Se considera que el éxito de los tratamientos en la HTA, como enfermedad crónica se sustenta fundamentalmente en el requerimiento terapéutico e imprescindible de la adherencia al tratamiento de manera permanente y sistemática, que a su vez requiere cambios en el estilo de vida, adecuado cumplimiento de las indicaciones médicas, que incluyen entre otros la prescripción de fármacos.

Sin embargo, muchos estudios han demostrado que la mayoría de los pacientes hipertensos no logran seguir adecuadamente el tratamiento (Morín- Suárez & Galindo-García, 2018). En el manejo de las enfermedades crónicas, cerca de la mitad de los pacientes no se adhieren a la toma de medicamentos (García- Flores, Acosta -Quiroz, León- Ibarra, Lagarda -Vega, García- Hernández & Sotelo- Quiñones, 2018).

Lograr la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas demanda desarrollar variados estudios e investigaciones donde se diseñen actividades para elevar el nivel de conocimiento de la población de modo que garantice el apoyo al paciente, a partir de un intercambio con el enfermo, en el que se favorezca su participación activa y responsable en la proyección del tratamiento. Resulta necesario incorporar a la familia (Ramos- Morales, 2015).

Educar a los pacientes acerca de los daños que provoca la HTA al organismo humano y sus consecuencias, sobre cómo acometer el tratamiento farmacológico y la importancia de lograr la estabilidad y sistematicidad de su consumo, unido a la evaluación de los efectos e impacto resultantes de su cumplimiento constituyen prioridades para el personal de la salud, si se quiere lograr una mejor calidad de vida de las personas que conviven con esta afección.

Ante estas realidades y dando respuesta a las condiciones existentes, desde el punto de vista práctico, resulta perentorio y beneficioso realizar estudios e investigaciones que permitan determinar el estado real existente de los pacientes con HTA, las faltas en la adherencia al tratamiento farmacológico que sirva de referencia para la aplicación de una estrategia de intervención educativa, así como el seguimiento y evaluación del impacto que provoca.

El aporte teórico de este estudio estuvo relacionado con los datos relacionados con la prevalencia de HTA, tratamiento farmacológico que reciben, factores asociados a la adherencia terapéutica y efectos de la falta de adherencia.

Se ofrecieron recomendaciones educativas para compensar las barreras que encuentran los pacientes para cumplir eficazmente su tratamiento farmacológico en el día a día, sin perder de vista aspectos relacionados el estilo de vida, la dieta, la práctica de ejercicios físicos, la eliminación del hábito de fumar, del consumo de alcohol y el apoyo social y familiar. Se expusieron los efectos que se pueden conseguir con la aplicación de la estrategia.

Desde el punto de vista práctico la investigación propició el intercambio directo con los pacientes, lo que facilitó el intercambio de experiencias, metas y expectativas. Además, permitió conocer de primera mano la forma de vida de estos pacientes, sus hábitos y costumbres.

Desde el punto de vista metodológico e investigativo, la investigación permitió que la autora principal consolidara los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Desde el punto de vista social, esta propuesta resultó beneficiosa para los pacientes hipertensos del contexto de investigación (beneficiarios directos) ya que aumentaron su nivel de conocimiento relacionado con la importancia de mantener una adecuada adherencia farmacológica.

Comprendieron la importancia de apearse a los esquemas terapéuticos indicados por los profesionales de la salud como única forma posible de minimizar la aparición de complicaciones de la enfermedad mediante el control de la actividad clínica de la HTA.

También resulto beneficiosas para el equipo de investigación, familiares y amigos de los pacientes hipertensos y resto de las personas que residen de forma permanente en las comunidades San Guisel y San Bernardo (beneficiarios indirectos), los cuales aumentaron sus conocimientos relacionados con hábitos y estilos de vida saludables.

La investigación tuvo en cuenta los lineamientos nacionales e internacionales de salud, los antecedentes de estudio y análisis de la problemática planteada y los resultados de investigaciones realizadas para evaluar el impacto en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con HTA.

1.1.4 Objetivos

1.1.4.1 Objetivo general

Valorar el impacto de la aplicación de estrategia de intervención educativa para mejorar la situación en pacientes con hipertensión arterial. Colta, septiembre 2018 – julio 2019.

1.1.4.2 Objetivos específicos

- 1.** Identificar el nivel de conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con hipertensión arterial.
- 2.** Aplicar la intervención educativa como mecanismo para mejorar la adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos pertenecientes al contexto de investigación.
- 3.** Identificar la influencia ejercida por la estrategia de intervención educativa aplicada en el nivel de conocimiento sobre adherencia del tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos.

1.1.4.3. Hipótesis

La implementación de la estrategia de intervención educativa si eleva el nivel de conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial.

CAPÍTULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes del problema

Los primeros registros de la enfermedad fueron realizados por Carl Ludwig en el año 1847. Posteriormente Samuel Von Basch, se dedicó, tras varios intentos fallidos al diseño y construcción de un aditamento que permitiera medir la presión arterial, siendo este el primer indicio de manguito reportado. El mismo sufrió transformaciones en el año 1889 por Potain, siendo muy similar a los manguitos actuales (Alfonso- Prínce et al., 2017).

Existe coincidencia entre los investigadores que la hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible que con mayor frecuencia se presenta en la población adulta y que puede generar distintas complicaciones sistémicas (Achiong- Estupiñán, González-Hernández, Vega-Rico, Guillot -Alzubiaga, Rodríguez -Salvá, Díaz -Piñera & Londoño -Agudelo, 2018).

La hipertensión arterial está considerada como un problema de salud a nivel global y que incluye la totalidad de las regiones, continentes y países, independientemente de su índice de desarrollo económico (Pomares-Avalos A, Vázquez-Núñez M, Ruíz-Domínguez E., 2018).

Su prevalencia está asociada a diferentes factores como: hábitos alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física, hábitos tóxicos, estrés, no atención oportuna de las enfermedades cardiovasculares, cerebrales y renales que traen consigo la aceleración de la mortalidad (Alfonso- Prínce et al., 2017).

Constituye una patología que de no lograrse las metas terapéuticas en su control y complicaciones implica un alto costo del gasto médico (Perea- Sandoval & Cortes -Soto, 2015). En varios estudios realizados, se considera como uno de los factores clave para el control efectivo de la presión arterial es la adherencia al tratamiento, al permitir que el paciente mantenga su tratamiento mejore y establezca las cifras tensionales e incidan en su calidad de vida.

En la actualidad existen mejores condiciones para el diagnóstico, y variadas posibilidades farmacológicas, acceso a bases de datos con extensa información disponible, experiencias, evidencias y guías de práctica clínica que contribuyen a reducir la morbilidad y mortalidad en los pacientes hipertensos (Vela –Reyes & Cerna -Saenz, 2016).

Esta realidad ha repercutido en que HTA sea ampliamente investigada a escala mundial por ser una patología que de no ser atendida acertadamente puede deteriorar la salud de las personas y provocar daños severos e incluso la muerte (Alfonso- Prínce et al., 2017).

Como parte de los estudios que se realizan para contribuir a mejorar la prevalencia de la HTA, se redactó un documento en el que puntualizan los cambios y novedades propuestos en la guía de consenso sobre prevención, evaluación y tratamiento de la enfermedad hipertensiva en personas adultos, elaborada recientemente (2017) por el American College of Cardiology y por la American Heart Association (ACC/AHA) (Gijón-Conde et al., 2018).

Ambas enfatizan la necesidad de abordar y manejar la presión arterial según cada individuo. Realzan la importancia de aplicar estrategias para mejorar el control de la HTA (Gijón-Conde et al., 2018).

En el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019 uno de los objetivos propuestos se dirige a la implementación de intervenciones eficaces, basadas en la evidencia y costo-eficaces, para el tratamiento y el control de la hipertensión (OPS-OMS, 2014).

Estudio realizado en Ecuador reveló que el 41 % de los pacientes presentaron adherencia subóptima, el 40 % por lo general mantienen intermitencia en su terapéutica por dedicarse a sus ocupaciones diarias y el 46 % por no contar con recursos económicos necesarios para mantener la sistematicidad en la terapia (Ramón - Guzmán & Reyes-Tapia, 2018).

Ello evidencia que en esta área resulta necesario continuar trabajando y perfeccionando la atención a este grupo de personas, si se tiene en cuenta que la HTA, además de ser una enfermedad crónica, constituye un factor riesgo que las hacen vulnerables, pudiendo agudizarse y provocar daños graves, si no se les ofrece la terapia correspondiente.

Es por ello que constituye una preocupación para cada profesional responsabilizado con la salud de la población el diagnóstico para la detección de las personas con riesgo de padecer HTA.

La determinación del tratamiento y su seguimiento, si se tiene en cuenta que, en Ecuador, la estrategia de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con el Ministerio de Salud Pública de Ecuador para el período 2018-2022, en la prioridad estratégica 3 se plantea:

Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica y de registro de las enfermedades crónicas no transmisibles e incorporar herramientas para el análisis, la toma de decisiones y el estudio periódico de su prevalencia y la de sus factores de riesgo: ambientales, conductuales e intermedios (OPS, Oficina Regional para Las Américas de la OMS & MSP de Ecuador, 2016).

A nivel mundial se han realizado múltiples estudios dirigidos a estudiar la hipertensión arterial; su control; intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas; la adherencia al tratamiento y el éxito del mismo. Ha sido y es un tema recurrente en la literatura médica, donde se aportan experiencias y evidencias científicas (Trindade, Alfonso, De Barros, & Silva, 2014).

En Colombia después de realizar intervención educativa con 30 participantes entre 43 y 81 años pacientes y cuidadores, se aplicó el test de Morisky-Green-Levine, con fiabilidad de 61 %. El resultado obtenido en relación a la adherencia farmacológica mostro después de la intervención que el 80% de los participantes fueron adherentes; este dato muestra un incremento del 26,70 % con respecto a la fase inicial del estudio (53,30 %) (Martínez, Medrano & Sequeda, 2016).

En México, se valoraron los efectos de una intervención multidisciplinaria en la que participaron trece mujeres entre 55 y 70 años con HTA, intervención grupal de 16 sesiones. Como resultado se apreciaron cambios sustanciales en la calidad de vida y salud de las participantes, lo más significativo es que al finalizar la intervención, todas reportaron tomar los medicamentos tal como habían sido prescritos por el médico (García- Flores et al., 2018).

Un estudio en el que se evaluó la efectividad del cuidado domiciliario de enfermería en la adherencia al tratamiento e incluyó intervención educativa, se realizó en Perú con 80 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial primaria. Se identificó el nivel de adherencia al

tratamiento antes y después de la intervención en 5 fases. Utilizaron un grupo intervención y uno control (Chinguel- Lizana & Peredo- Rodríguez, 2018).

En Cuba se realizó un estudio con 350 hipertensos entre 20 y 70 años, consistente en una intervención educativa a través de escuelas para hipertensos con la finalidad de incrementar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos. Se obtuvo un aumento del control de la HTA que influyó positivamente en la calidad de vida de los pacientes (Achiong-Estupiñán et al., 2018).

Se ha estudiado también el comportamiento de la adherencia al tratamiento, como investigación realizada en México con 348 pacientes hipertensos, mayores de 18 años, (113 sexo masculino y 235 femenino). Se logró determinar que la mitad de los participantes no cumplía correctamente con las indicaciones médicas realizadas (Luna-Breceda, Haro-Vázquez, Uriostegui-Espíritu, Barajas-Gómez, Rosas-Navarro, 2017).

Otros estudios evalúan la adherencia al medicamento y la comorbilidad, en este caso, en Salvador se investigaron 378 pacientes con el objetivo de diagnosticar la adherencia a las guías de buenas prácticas clínicas de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.

Se investigó el cumplimiento de las indicaciones médicas para el tratamiento farmacológico, también el no farmacológico. De ellos, 194 hipertensos, 68 con esta y otra patología asociada y 5 que además de HTA dos enfermedades (Abarca- Guzmán, Aguilar- García, Alvarenga de Jiménez, 2017).

Como resultado, 92,8 % de los pacientes con hipertensión arterial consume el medicamento según las orientaciones médicas, se reconoce a los hipertensos como la población con mayor apego al tratamiento farmacológico, pero no sucede así con los pacientes que presentan más de una patología, que solo el 35,1 % lo cumple adecuadamente.

Evidenciando que la adherencia terapéutica disminuye a medida que aumenta la cantidad de patologías. El factor que más incidió en el incumplimiento, con 35.4 %, es el concerniente a los efectos adversos de los medicamentos (Abarca- Guzmán, Aguilar- García, Alvarenga de Jiménez, 2017).

Investigación realizada en Cuba, revela el comportamiento de la adherencia terapéutica y corrobora dificultades en la terapéutica antihipertensiva en los pacientes estudiados, pues solo el

18,5 % se adhiere totalmente al tratamiento indicado, mientras el 66 % muestra adherencia parcial y el 14,8 % no la posee (Pomares-Avalos, Vázquez-Núñez, & Ruíz-Domínguez, 2018).

En Ecuador en los últimos años se han realizado estudios relacionados con la prevalencia de hipertensión, adherencia al tratamiento antihipertensivo y comorbilidad. Sin embargo, no existe variedad de estudios relacionados con la evaluación de impacto como resultado de la aplicación de estrategias de intervención educativa para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que padecen la enfermedad.

En estudio realizado, con 516 pacientes mayores de 40 años, hospitalizados en servicio de clínica de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso con el objetivo de determinar la prevalencia de hipertensión, la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados (Orellana et al., 2016).

Se reveló prevalencia de hipertensión de 38,4 % y el 39,9 % es adherente al tratamiento. El factor más importante para la no adherencia fue el relacionado con el paciente (Orellana et al., 2016).

En la provincia de Guayas, 2018 en el Centro de Salud “24 de octubre” se estudió la percepción que tienen los pacientes con hipertensión arterial de la adherencia terapéutica. El género masculino es el más afectado, con 63 %.

El 40% de las personas encuestadas, por lo general presentan intermitencia en la terapéutica por cumplir sus ocupaciones diarias. El 31% de la población muestra adherencia óptima, 23% subóptima en la terapéutica y 46 % con déficit de adherencia (Ramón- Guzmán & Reyes-Tapia, 2018).

Un estudio en el que se establece la relación de la adherencia al tratamiento con crisis no normativa, se realizó con 209 hipertensos mayores de 30 años que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo.

Con los criterios de hubiesen consumido fármacos antihipertensivos de manera continua por más de un año, estaban controlados por el departamento de farmacia y hayan estado expuestos al terremoto el 16 de abril de 2016.

En estas condiciones, la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos alcanzó el 66,9 %. Constituyó preocupación para los autores la no adherencia en un grupo considerable de personas mayores de 55 años. No afloraron cambios significativos dados por la crisis (Rodríguez-Mejía & Valencia- Pachay, 2017).

En otro estudio realizado en el Barrio San Andrés, parroquia San Vicente se consideró la comorbilidad y se determinó la prevalencia de personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como los principales factores de riesgo asociados. La muestra constituida por 27 personas adultas, mayores de 40 años con diagnóstico de estas patologías (Lema-López, 2016).

La prevalencia de hipertensión fue de 59 % y el 30 % con ambas. El género masculino fue el más afectado con 52 % y las edades entre 55 y 64 años con 41 %, seguido de personas mayores de 65 años con 33 % (Lema-López, 2016).

2.2 Bases teóricas

La HTA está considerada como la más frecuente de las enfermedades no transmisibles que perjudican la salud de las personas adultas en todas las regiones del mundo. Representa también un factor de riesgo importante para otros padecimientos. Resultados científicos reflejan que esta patología afecta aproximadamente 1 billón de personas a nivel global; cifra que aumentará de no implementarse medidas eficaces para prevenirla (Pomares-Avalos et al., 2018).

La HTA es una patología multicausal, caracterizada por la elevación persistente de las cifras de presión arterial en cifras iguales o mayores a 140/90 mmHg (García- Flores et al., 2018). Esta enfermedad constituye una de las causas fundamentales de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Por lo que la adherencia al tratamiento es el requisito terapéutico e indispensable que garantiza el éxito de los tratamientos correspondientes a cada paciente (Morín- Suárez & Galindo- García, 2018).

Mejorar las cifras tensionales y los efectos que causa la hipertensión en la población requiere: la detección precoz, el grado de conocimiento y el control de la HTA (Alfonso- Príncipe, Salabert- Tortoló, Alfonso- Salabert, Morales- Díaz, García- Cruz & Acosta- Bouso, 2017).

Garantizar la atención al paciente hipertenso demanda adecuada individualización basada en aspectos relacionados con indicaciones médicas y preferencias personales del paciente que garanticen un balance adecuado del beneficio y riesgo al establecer los diferentes objetivos de presión arterial y reducir el riesgo cardiovascular (Gijón-Conde et al., 2018).

Como enfermedad crónica, la hipertensión requiere adherencia al plan de tratamiento de manera permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida y óptima observancia de las indicaciones médicas, entre ellas, ejecutar metódicamente la prescripción de los fármacos para esta dolencia, según lo convenido con su médico.

Sin embargo, varios estudios han demostrado que la mayoría de los pacientes hipertensos no cumplen convenientemente las instrucciones del personal de salud (Morín- Suárez & Galindo-García, 2018).

Los objetivos del tratamiento farmacológico se dirigen a: reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a la hipertensión y la prevención secundaria (Perea- Sandoval & Cortes -Soto, 2015).

La adherencia se basa en dos elementos fundamentales, estos son el cumplimiento de la prescripción y la persistencia (Vejar, Abufhele, Varleta, Araya, Escobar, Fernández, Akel, Dapelo, & Acevedo, 2016).

Estudios publicados a nivel mundial, registran que el porcentaje de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20 % y el 80 %, si bien la mayoría de ellos ofrecen porcentajes en torno al 50 %.

El incumplimiento está dado por numerosas causas, entre ellas destacan: olvido de toma de la medicación, desmotivación para tomar el tratamiento farmacológico, efectos adversos de los medicamentos, desconocimiento o falta de información sobre la enfermedad, tratamiento y consecuencias del abandono (Márquez-Hernández, Granados- Gámez & Roales-Nieto, 2013).

Si se tienen en cuenta los variados factores que se consideran como determinantes de la adherencia terapéutica, pueden ser clasificados en cuatro grupos: socioeconómicos, relacionados con el sistema y equipo de salud, con la terapia y con el paciente (Ramón- Guzmán & Reyes-Tapia, 2018).

Para lograr la adherencia al tratamiento es necesario cumplir las siguientes recomendaciones:
(Ramos- Morales, 2015).

- Convenir la prescripción de fármacos con el paciente garantizando la aceptación del paciente y el cumplimiento de la prescripción farmacológica.
- Definir la adherencia farmacológica como el grado de cumplimiento en el que el paciente se apega a las prescripciones médicas.
- Participación activa del paciente en las decisiones de prescripción de fármacos para el control de su enfermedad de base.
- Participación voluntaria del paciente en las acciones a realizar en torno al control de la actividad de la enfermedad de base.

En los últimos años se han llevado a la práctica variadas metodologías para desarrollar las intervenciones educativas, con tendencia marcada a propiciar la participación más activa del paciente. Así como la utilización de intervenciones educativas para lograr el aumento del nivel de conocimiento del paciente sobre la importancia de la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos (Menor- Rodríguez, Aguilar -Cordero, Mur- Villar & Santana -Mur, 2017).

El diseño de intervenciones para minimizar los obstáculos que hallan los pacientes al afrontar sus tratamientos es fundamental y posible. La aplicación de programas de intervención orientadas al usuario, el prestador y el servidor de salud han sido reportados como de buenos resultados (Ramos Morales, 2015).

La estrategia educativa que se diseñe dirigida a mejorar la adherencia al tratamiento debe lograr que el paciente y su familia adquieran una posición activa y responsable en el control de la hipertensión arterial, que lo conduzca a comprender y concientizar su condición de hipertensos para poder asumir su tratamiento, mejorar sus expectativas y calidad de vida (Martínez, Medrano & Sequeda, 2016).

Lo anterior nos conduce a considerar como indispensable el diseño de la estrategia de intervención educativa encaminada a modificar el comportamiento de los factores relacionados con la adherencia a los medicamentos acorde con los resultados diagnósticos y la evaluación de

su aplicación.

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Adherencia terapéutica

Según DiMatteo y DiNicola, proceso dinámico que incluye la participación activa, voluntaria y consiente del paciente en relación al cumplimiento de las indicaciones médicas realizadas. Se basa en el consentimiento del paciente, mediante su participación, de las acciones relacionadas con la determinación de su esquema terapéutico (Orellana et al., 2016).

2.3.2 Cumplimiento terapéutico

Se hace referencia al cumplimiento de las indicaciones médicas relacionadas con una enfermedad determinada o con situaciones o estados que puedan propiciar la aparición de las mismas (Martínez, Medrano & Sequeda, 2016).

2.3.3 Estrategia de intervención educativa

Conjunto de acciones ordenadas e interrelacionadas que partiendo del diagnóstico y evaluación inicial del paciente permiten modificar su comportamiento hacia determinados objetivos para mejoría de su calidad de vida (UNICEF, 2014).

2.3.4 Evaluación del impacto en salud

Combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos (OMS).

2.3.5 Hipertensión arterial

Estado en que la tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg (OMS).

2.3.6 Impacto

Cambios significativos y perdurables en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos y sus familiares como consecuencia de las acciones educativas ejecutadas a corto, mediano o largo plazo (Libera Bonilla, 2007).

2.3.7 Intervención educativa

Acción encaminada a aumentar el nivel de conocimiento sobre temas relacionados con la salud en personas individuales o grupos de personas. No necesariamente tiene que estar afectados por el tema de salud, sino que el mismo puede constituir una amenaza de salud para los participantes de estas actividades (Artiles-Visbal, Otero-Iglesias, & Barrios-Osuna, 2008; Gorrita, Brito, & Ruiz, 2016).

2.3.8 Nivel de conocimiento

Se refiere al conocimiento adquirido durante el de cursar de los años que sobre un tema específico tiene una persona o un grupo de ellas. Como concepto, el nivel de conocimiento se puede modificar por distintas razones de índole personal y social (Córdova & Bulnes, 2014).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo y diseño de la investigación

La investigación desarrollada fue de tipo aplicada, con un corte longitudinal y diseño cuasi experimental al realizar una intervención educativa en los pacientes hipertensos residentes en las comunidades San Guisel y San Bernardo.

3.2 Métodos de la investigación

Durante el transcurso de la investigación fueron utilizados distintos métodos de investigación: los métodos del nivel teórico son; el histórico lógico, el analítico sintético y el inductivo deductivo.

- El histórico-lógico permitió realizar un profundo estudio de todos los conceptos básicos relacionados con el tema de estudio. Facilitó la identificación y el estudio de todos los elementos relacionados con la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, así como las acciones que se pueden desarrollar para aumentar el nivel de conocimiento de la población sobre la importancia de este tema.
- El analítico-sintético permitió estudiar de manera independiente la HTA, los elementos relacionados con el diagnóstico, complicaciones y tratamiento de la enfermedad y el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la importancia de la adherencia terapéutica. El estudio independiente de cada uno de estos elementos facilitó la formulación de conclusiones basadas en la simbiosis de cada elemento.
- El método inductivo-deductivo permitió realizar un recorrido de lo general a lo particular de la problemática planteada y de los factores, elementos o condiciones que inciden favorable o negativamente en ella. Este análisis permitió la elaboración de conclusiones y recomendaciones como elementos finales de la investigación.

Los métodos del nivel estadísticos utilizados fueron:

- La prueba de Rangos con Signos de Wilcoxon, la cual fue la prueba estadística utilizada para determinar la significación estadística del cambio en el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos sobre la importancia de la adherencia terapéutica en la HTA. Otra prueba no paramétrica utilizada fue la prueba de McNemar con la cual se determinó la influencia de la intervención educativa aplicada en el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos; con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

3.3 Enfoque de la investigación

Al utilizar tanto elementos cuantitativos como cualitativos el enfoque del estudio fue mixto.

3.4 Alcance investigativo

Esta investigación se caracterizó por presentar un alcance de tipo descriptivo y correlacional; descriptivo ya que permitió estudiar los elementos generales relacionados con la HTA y la adherencia terapéutica, así como los factores que pueden incidir en ellos. También se determinaron correlaciones entre las distintas variables incluidas en la investigación.

3.5 Población de estudio

La población del estudio estuvo conformada por los 35 pacientes con diagnóstico confirmado de HTA que residen de forma permanente, y se encuentran dispenzarizados, en las comunidades San Guisel y San Bernardo.

3.6 Unidad de análisis

El estudio se realizó con la totalidad de los adultos hipertensos que residen de forma permanente en las comunidades San Guisel y San Bernardo.

3.7 Selección y tamaño de la muestra

La población de estudio estará conformada por la totalidad de pacientes con HTA de las comunidades San Guisel y San Bernardo (35); los mismos cumplieron los criterios de inclusión

definidos previamente para el estudio.

3.7.1 Criterios de inclusión

- Pacientes hipertensos, mayores de 15 años, que residen en el contexto de la investigación y aceptaron participar en el estudio (Anexo A).
- Pacientes con óptimo estado de salud físico y mental, corroborado por la dispensarización, que posibilitó su incorporación al estudio.

3.7.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con afección física o mental que les impida participar en el estudio.
- Pacientes que no estuvieron de acuerdo en formar parte de la investigación.

3.7.3 Criterios de salida

- Pacientes que decidan abandonar voluntariamente las actividades planificadas en la investigación.
- Pacientes con cambio temporal o permanente de domicilio fuera del contexto del estudio.
- Aparición de algún evento adverso que imposibilite al paciente a continuar cumplir con el curso de la investigación.
- Pacientes que no logren porcentajes de asistencia a las actividades superior al 80 %.

Como se trabajará con la totalidad de la población no es necesario realizar cálculo del tamaño muestral.

3.8 Identificación de variables

- Variable dependiente: adherencia farmacológica.
- Variables independientes: nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica.
- Variable interviniente: edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, convivencia, tiempo de diagnóstico de la HTA, frecuencia de controles al año, tipo de tratamiento, presencia de comorbilidades, tipo de comorbilidades.

3.9 Operacionalización de las variables

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	Entre 30 y 36 años Entre 37 y 43 años Entre 44 y 50 años Entre 51 y 57 años Entre 58 y 64 años De 65 años y mas	Según años cumplidos	Frecuencia y porcentaje de pacientes según grupos de edad.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según características fenotípicas	Frecuencia y porcentaje de pacientes según sexo.
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Bachiller Superior	Según último año de estudios terminados	Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel de instrucción.

Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Ama de casa Estudiante Trabajador/a Desempleado Jubilado/a Pensionado/a Otros	Según actividad ocupacional que realizan los pacientes	Frecuencia y porcentaje de pacientes según actividad ocupacional que realizan.
Convivencia	Cualitativa nominal dicotómica	Solo/a Acompañado/a	Según convivencia al momento de la entrevista	Frecuencia y porcentaje de pacientes según convivencia
Tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial	Cuantitativa continua	Menos de 10 años 10 años y más	Según años de diagnosticada la hipertensión arterial	Frecuencia y porcentaje de pacientes según el tiempo de diagnóstico de la HTA
Frecuencia de controles en el año	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	Según frecuencia de controles en el último año Adecuada: 3 o más controles en el año Inadecuada: menos de 3 controles en el año	Frecuencia y porcentaje de pacientes según frecuencia de los controles en el año
Tipo de tratamiento	Cualitativa ordinal	Monoterapia Terapia combinada	Monoterapia: tratamiento con un solo fármaco Terapia combinada: tratamiento con dos o más fármacos	Frecuencia y porcentaje de pacientes según tipo de tratamiento

Presencia de comorbilidad	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según presencia de enfermedad o padecimiento de salud distintos a la HTA.	Frecuencia y porcentaje de pacientes según presencia de comorbilidades.
Tipo de comorbilidad	Cualitativa nominal politómica	Diabetes mellitus Artritis reumatoide Hipotiroidismo Afección renal Obesidad Afectación cerebrovascular	Según el tipo de comorbilidad que presenta el paciente	Frecuencia y porcentaje de pacientes según tipo de comorbilidad
Adherencia farmacológica	Cualitativa nominal dicotómica	Adherente No adherente	Según del test de Morisky Green	Frecuencia y porcentaje de pacientes según adherencia al tratamiento

<p>Nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Satisfactorio No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas al conocimiento sobre la definición de adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial</p> <p>Bajo: menos del 40 % de las preguntas respondidas de forma correcta.</p> <p>Medio: entre 40 y 70 % de preguntas respondidas de forma correcta.</p> <p>Elevado: más del 70 % de preguntas respondidas de forma correcta</p>	<p>Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica</p>
---	---------------------------------------	---	--	--

3.10 Matriz de consistencia

3.10.1 Aspectos generales

Problema de investigación	Objetivo General	Hipótesis	Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
Existe un incremento de las complicaciones causadas por la falta de adherencia al tratamiento farmacológico asociado al desconocimiento de los pacientes hipertensos pertenecientes en las comunidades San Guisel y San Bernardo	Valorar el impacto de la aplicación de estrategia de intervención educativa para mejorar la situación en pacientes con hipertensión arterial. Colta, septiembre 2018 - julio 2019.	La implementación de la estrategia de intervención educativa si eleva el nivel de conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial	Variable dependiente Adherencia farmacológica	Frecuencia y porcentaje de pacientes según adherencia al tratamiento	Entrevista	Cuestionario de la investigación
			Variable independiente Nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica	Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica	Entrevista	Cuestionario de la investigación

3.10.2 Aspectos específicos

Preguntas de investigación	Objetivos específicos	Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los pacientes hipertensos de las comunidades San Guisel y San Bernardo sobre adherencia al tratamiento farmacológico?	Identificar el nivel de conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con hipertensión arterial.	Nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica	Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica	Entrevista	Cuestionario de la investigación
¿La aplicación de una intervención educativa mejorará la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial?	Aplicar la intervención educativa como mecanismo para mejorar la adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos pertenecientes al contexto de estudio.	Adherencia farmacológica	Frecuencia y porcentaje de pacientes según adherencia farmacológica.	Entrevista	Cuestionario de la investigación
¿La intervención aplicada mejorará el nivel de conocimiento sobre	Identificar la influencia ejercida por la estrategia de intervención	Nivel de conocimiento sobre adherencia	Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel de conocimiento sobre adherencia	Entrevista	Cuestionario de

adherencia del tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos?	educativa aplicada en el nivel de conocimiento sobre adherencia del tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos.	farmacológica	farmacológica		la investigación
		Adherencia farmacológica	Frecuencia y porcentaje de pacientes según adherencia farmacológica.	Entrevista	Cuestionario de la investigación

3.11 Instrumento de recolección de datos

Con la finalidad de recoger los datos primarios y secundarios, se utilizaron dos cuestionarios. El primero de ellos fue el test de Morisky-Green (Anexo B), que permitió obtener la información sobre el nivel de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos incluidos en el estudio; su aplicación durante el pretest permitió dar cumplimiento al objetivo específico número dos de la investigación y la comparación de los resultados de su aplicación en ambos momentos (pretest y posttest) posibilitó dar cumplimiento al objetivo específico número tres del estudio.

Este cuestionario consta de 4 preguntas específica, con posibilidad de respuesta dicotómica (si/no) cada una y cuya secuencia de respuestas ofrece la clasificación final del paciente en relación a si es o no adherente farmacológico. De todas las posibles combinaciones de respuestas solo una de ellas (No-Si-No-No) determina que el paciente es adherente farmacológico.

Este es un cuestionario genérico, sencillo, de fácil comprensión y que no llevó alrededor de 2 o 3 minutos su respuesta. Puede ser aplicado en personas de cualquier edad, sexo o etnia y es aplicable a todos los pacientes, en dependencia de la enfermedad que tenga el paciente. Es el cuestionario más utilizado para determinar adherencia terapéutica a nivel mundial.

El segundo cuestionario de investigación (Anexo C); utilizado se denomina “adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial” este fue diseñado y validado por Zúñiga (2016) y su utilización durante la primera etapa del estudio facilitó el cumplimiento del objetivo específico número uno de la investigación.

El cuestionario está conformado por 24 preguntas de respuestas múltiples que hacen un recorrido, además de por las características generales de los pacientes hipertensos, por los elementos y conceptos básicos de la adherencia farmacológica. Es un cuestionario de fácil aplicación y que toma alrededor de 8 minutos su aplicación.

3.12 Técnica de recolección de datos

La entrevista fue la técnica utilizada en la investigación para recoger el dato primario. La investigadora principal se entrevistó con cada paciente en ambos momentos del estudio.

Durante la entrevista se realizó la aclaración de todas las dudas que presentaron los pacientes; además que se le explicó claramente los objetivos y la metodología del estudio. Tanto en el pretest como en el postest se tuvieron en cuenta los elementos de seguridad, confort y privacidad establecidos para esta técnica.

La entrevista se realizó posterior a la aceptación de los pacientes, mediante la firma del consentimiento informado, para participar en la investigación y acompañó la aplicación del cuestionario.

La intervención educativa se llevó a cabo partiendo de los resultados obtenidos al inicio de la investigación con la aplicación de los cuestionarios (cuestionario de investigación y test de Morisky-Green).

La misma consistió en una serie de 6 encuentros oficiales de una hora de duración, donde se impartieron los elementos fundamentales relacionados con la HTA y con la adherencia terapéutica; los temas tratados fueron los siguientes:

- Características generales de la HTA
- Diagnóstico y control de la HTA
- Esquemas terapéuticos de la HTA
- Complicaciones de la HTA
- Características generales de la Adherencia farmacológica
- Importancia de la adherencia farmacológica en la HTA.

Además, se ofrecieron dos encuentros extras, después del tercer y sexto encuentro oficial, en el que los participantes en la investigación pudieron recuperar conocimientos no recibidos por ausencia justificada a los encuentros oficiales.

También, se utilizaron ambos encuentros como momentos de aclaración de dudas que no hayan surgido o no fueran totalmente esclarecidas en los encuentros oficiales. En cada encuentro se realizaba una pequeña evaluación inicial y final que permitió comprobar la adquisición de los conocimientos impartidos por parte de los pacientes hipertensos.

Tres meses después de terminar la intervención se volvió a aplicar el test de Morisky-Green para comprobar cómo se comportaba la adherencia farmacológica en el grupo de pacientes

intervenidos. Un elemento distintivo de toda la intervención fue que se les permitió la asistencia a otros pacientes con otras enfermedades crónicas (diabetes mellitus, artritis reumatoide, hipotiroidismo, etc.) ya que se consideró que muchos de los temas impartidos eran de interés común.

3.13 Procesamiento de la información

Se confeccionó una base de datos en el programa Microsoft Excel para unificar la información obtenida mediante la aplicación del cuestionario. Posteriormente se procedió a realizar el procesamiento estadístico de toda la información, de forma automatizada, con la ayuda del paquete estadístico SPSS en su versión 19.5 para Windows. Los resultados obtenidos fueron presentados mediante gráficos y tablas para su mejor comprensión e interpretación.

Durante el procesamiento estadístico se determinaron frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. El nivel de confianza se fijó en el 95 %, el margen de error en el 5 % y el nivel de significancia en $p < 0.05$.

Se utilizaron pruebas no paramétricas como la prueba de Rangos con Signos de Wilcoxon para identificar diferencia en las medianas del grupo de pacientes antes y después de la intervención educativa (muestra pareada).

También se determinó la influencia de la intervención educativa en la adherencia farmacológica de estos pacientes mediante la prueba de McNemar y los cambios en las proporciones, al tratarse de una muestra pareada (estudio antes y después) y ser variable de escala nominal dicotómica.

3.14 Normas éticas

Durante todo el tiempo que duró el estudio se tuvieron en cuenta todas las normas estipuladas para la realización de investigaciones en seres humanos aprobadas en la Declaración de Helsinki II. La inclusión de los pacientes en el estudio se realizó posterior a la confirmación del deseo de formar parte del mismo, a cada uno de ellos se les explicó minuciosamente los objetivos, metodologías y demás pormenores del estudio. Se les informó que el ingreso al estudio era opcional, que podían retirarse cuando lo decidieran sin necesidad de previa

autorización o comunicación, y que esta conducta no generaría ningún tipo de exclusión o represalia.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Después de realizar el procesamiento estadístico de los datos se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 1-4: Distribución de pacientes hipertensos según características generales.

Características generales	Muestra total de pacientes n=35
Promedio de edad	54,4 ± 10,2
Grupo de edades	
30 a 36	2 (5,7 %)
37 a 43	3 (8,6 %)
44 a 50	5 (14,3 %)
51 a 57	10 (28,6 %)
58 a 64	9 (25,7%)
65 y más	6 (17,1%)
Sexo	
Masculino	14 (40,0 %)
Femenino	21 (60,0 %)
Tiempo de diagnóstico	
Menos de 10 años	20 (57,1 %)
10 años o más	15 (42,9 %)
Frecuencia de controles	
Inadecuada	24 (68,6 %)
Adecuada	11 (31,4 %)
Tipo de tratamiento de HTA	
Monoterapia	27 (77,1 %)
Terapia combinada	8 (22,9 %)

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

Al analizar las características generales de los pacientes incluidos en el estudio se obtuvo una edad media de 54,4 años con una desviación estándar (DE) de 10.20 años. El grupo de edad predominante fue el que incluyó los, pacientes entre 51 y 57 años, con 10 pacientes (28,6 %), seguido del de 58 a 64 años con 9 pacientes (25,7 %). Hubo seis casos de 65 años y más (17,1 %) y 5 casos (14,3 %) entre 44 y 50 años. Por último, se presentaron 3 pacientes (8,6 %) entre 37 y 43 años y solo dos casos (5,7 %) tenían entre 30 y 36 años. El sexo que predominó fue el femenino con 21 pacientes (60,0 %).

Hubo 14 pacientes masculinos, que representaron el 40,0 % restante. El 57,1 % de los pacientes hipertensos (20 casos) llevaban menos de 10 años de diagnosticados, mientras que el 42,9 % restante (15 casos) llevaban 10 años y más de diagnosticados como hipertensos (tabla 1-4).

Al indagar acerca de la asistencia a consulta médica de control de la presión arterial se obtuvo que nueve pacientes nunca han acudido a su consulta en el último año, mientras que 15 casos asistieron con una frecuencia de 1 a dos veces y solo 11 casos (alrededor de 31,4 %) lo hizo durante 3 ocasiones o más, lo que es considerado como adecuada. Esto quiere decir que, en relación con la frecuencia de controles al año, en el mayor porcentaje de casos esta frecuencia fue inadecuada (24 casos, para un 68,6 %). Acerca del tratamiento indicado para el control de la HTA se obtuvo que el mayor porcentaje correspondió a los que presentaban un esquema terapéutico basado en la administración de un solo fármaco, es decir, en forma de monoterapia (27 casos, para un 77,1 %, mientras que ocho pacientes (22,9 %) tenían una terapia combinada, es decir más de un fármaco antihipertensivo (tabla 1-4).

Tabla 2-4: Distribución de pacientes hipertensos según nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	No.	%
Ninguno	6	17,1
Primaria	9	25,7
Secundaria	11	31,4
Bachiller	6	17,1
Superior	3	8,6
Total	35	100

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

Al estudiar el nivel de instrucción de los pacientes hipertensos (tabla 2-4) se pudo observar un predominio de casos con nivel de secundaria vencida (11 casos, 31,4 %); le siguieron, con 9 casos (25,7 %), los de nivel primario y los bachilleres y sin ninguna instrucción con idénticos 6 casos y 17,1 %. Los de nivel superior solo fueron 3 pacientes para un 8,6 %.

Tabla 3-4: Distribución de pacientes según ocupación.

Ocupación	No.	%
Ama de casa	4	11,4
Trabajador	18	51,4
Desempleado	8	22,9
Pensionado	3	8,6
Jubilado	2	5,7
Total	35	100

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

Según la ocupación (tabla 3-4) la mayor frecuencia de pacientes clasificó en la categoría de trabajador (18 casos, para un 51,4 %), seguida de la de desempleado (8 casos, 22,9 %). Hubo 4 amas de casa (11,4 %), tres pacientes pensionados (8,6 %) y dos jubilados (5,7 %).

Tabla 4-4: Distribución de pacientes según presencia de complicaciones

Ocupación	No.	%
Con comorbilidades	26	74,3
Sin comorbilidades	9	25,7
Total	35	100

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

En la distribución de pacientes hipertensos según la presencia o no de comorbilidades se obtuvo que el 74,3 % de los pacientes presentan además de la hipertensión, al menos otra enfermedad crónica. Solo el 25,7 % de ellos refirió no tener diagnóstico de otra afección crónica (tabla 4-4).

Tabla 5-4: Distribución de pacientes hipertensos según tipo de comorbilidades.

Otras enfermedades	No.	%
Diabetes Mellitus	7	26,9
Hipotiroidismo	5	19,2
Obesidad	14	53,8
Afectación renal	9	34,6
Artritis reumatoide	3	11,5
Accidentes cerebrovasculares	6	23,0

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

La tabla 5-4 muestra las distintas comorbilidades que presentan los pacientes hipertensos. El 53,8 % de ellos resulto tener diagnóstico de obesidad; el 34,6 % presentaba daño renal y el 26,9% diabetes mellitus. Los accidentes cerebrovasculares se habían presentado en el 23,0 % de los casos, mientras que el 19,2 % refirió diagnóstico de hipotiroidismo y el 11,5 % artritis reumatoide.

Tabla 6-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica previo al comienzo de la investigación (pretest).

Adherencia farmacológica	No.	%
No adherentes	25	71,4
Adherentes	10	28,6

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

Al analizar la adherencia terapéutica, según las respuestas obtenidas mediante la aplicación del test de Morisky-Green, se obtuvo que el 71,4 % de los casos no son adherentes farmacológicos, mientras que solo el 28,6 % resultaron adherentes con el tratamiento farmacológico (tabla 6-4).

Tabla 7-4: Distribución de pacientes según respuestas ofrecidas en la aplicación del test de Morisky-Green.

Test Morisky-Green	Sí		No	
	No.	%	No.	%
Olvida alguna vez tomar los medicamentos	24	68,6	11	31,4
Toma los medicamentos a las horas indicadas	12	34,3	23	65,7
Cuando está bien deja de tomar la medicación	25	71,4	10	28,6
Si se siente mal deja de tomar la medicación	23	65,7	12	34,3

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

La tabla 7-4 ilustra las respuestas de los pacientes, en este sentido se observa que a la pregunta si en alguna ocasión olvida tomar los medicamentos el 68,6 % de los casos respondió afirmativamente, mientras que solo el 31,4 % dio la respuesta correcta que es No. Al preguntar sobre si toman los medicamentos en el horario indicado solo el 34,3 % de los pacientes dieron la respuesta correcta (Si), mientras que el 65,7 % respondió negativamente. El 71,4 % de los pacientes refirió que cuando se sienten bien abandonan los fármacos, mientras que el 28,6 % de los casos respondió negativamente a esta pregunta. Por último, el 65,7 % de los pacientes hipertensos refirieron que cuando se sentían mal abandonaban los fármacos.

Tabla 8-4: Distribución de pacientes según adherencia terapéutica (pretest), grupo de edades y sexo.

Características	Adherentes		No adherentes	
	No.	%	No.	%
Sexo				
Masculino	3	30,0	11	44,0
Femenino	7	70,0	14	56,0
Grupo de edades				
30 a 36	2	100,0	0	0,0
37 a 43	0	0,0	3	100,0
44 a 50	0	0,0	5	100,0
51 a 57	1	10,0	9	90,0
58 a 64	2	22,2	7	77,8
65 años y más	5	83,3	1	16,7

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

En la tabla 8-4 se identifica que el paciente del sexo masculino tiene menor incidencia de adherencia terapéutica, solo el 30,0 %, en comparación con los del sexo femenino (70,0 %). De los 11 pacientes masculinos solamente 3 son adherentes farmacológicos (27,3 %), además representan el 44,0 % del total de casos no adherentes farmacológicos.

Al realizar el análisis de la distribución de pacientes según grupo de edades y adherencia farmacológica (tabla 8-4) se observa que la totalidad de los pacientes entre 30 y 36 años (100,0 %) y el 83,3 % de los que cuentan con 65 años o más son adherentes farmacológicos. Mientras que la totalidad (100,0 %) de los pacientes entre 37 a 43 y de 44 a 50 años fueron catalogados como no adherentes. De igual forma sucedió con el 90,0 % de los casos entre 51 y 57 años y el 77,8 % de los pacientes entre 58 y 64 años de edad.

Tabla 9-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica (pretest) y nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	Adherentes		No adherentes	
	No.	%	No.	%
Ninguno	1	16,7	5	83,3
Primaria	1	11,1	8	88,9
Secundaria	3	27,3	8	72,7
Bachiller	3	50,0	3	50,0
Superior	2	66,7	1	33,1

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

En la tabla 9-4 se muestra el comportamiento de la adherencia terapéutica según el nivel de instrucción de los pacientes; en ella se observa que el 83,3 % de los pacientes sin nivel de instrucción fueron no adherentes, mientras que uno de ellos si resulto ser adherente.

El 88,9 % de los casos que presentaban un nivel primario de instrucción fueron definidos como no adherentes, en relación con el 11,1 % que si lo fueron. Los pacientes con nivel de instrucción secundario mostraron solo un 27,3 % de adherencia terapéutica frente al 72,7 % que no son adherentes terapéuticos.

Este mismo análisis, en los pacientes bachilleres muestra una paridad entre adherentes y no adherentes, ya que ambas categorías reúnen al 50,0 % de los casos con este nivel de instrucción. Los pacientes con estudios superiores mostraron un predominio de la adherencia farmacológica (66,7 %), en relación al 33,1 % que fueron catalogados como no adherentes (tabla 9-4).

Tabla 10-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica (pretest) y ocupación.

Ocupación	Adherentes		No adherentes	
	No.	%	No.	%
Ama de casa	2	50,0	2	50,0
Trabajador	6	33,3	12	66,7
Desempleado	1	12,5	7	87,5
Pensionado	1	33,3	2	66,7
Jubilado	0	0,0	2	100,0

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

El comportamiento de las amas de casa en relación a la adherencia farmacológica mostró que el 50,0 % de ellas se comportaron como adherentes y el restante 50,0 % como no adherentes. Solo el 33,3 % de los pacientes que trabajan son adherentes farmacológicos en relación al 66,7 % que no lo son. Solamente un paciente (12,5 %) desempleado fue catalogado como adherente farmacológico, mientras que los restantes 7 casos (87,5 %) con esta misma categoría (desempleados) fueron encontrados como no adherentes (tabla10-4).

Los pacientes pensionados mostraron un predominio de la no adherencia farmacológica en su consulta con un 66,7 % en relación a solo el 33,3 % de ellos que si mostraron una conducta positiva hacia el tratamiento farmacológico (adherentes). Sin embargo, los dos pacientes jubilados hipertensos (100,0 %) que participaron en la investigación fueron catalogados como no adherentes farmacológicos (tabla 10-4).

Tabla 11-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica (pretest) y presencia de comorbilidades.

Presencia de comorbilidades	Adherentes		No adherentes	
	No.	%	No.	%
Con comorbilidades	6	23,1	20	76,9
Sin comorbilidades	4	44,4	5	55,6

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

El 76,9 % de los pacientes con comorbilidades son no adherentes farmacológicos en comparación al 23,1 % que si los son. Los pacientes sin comorbilidades mostraron un 44,4 % de ellos adherencia farmacológica y el 55,6 % no adherentes (tabla 11-4).

Tabla 12-4: Relación de pacientes según nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica al inicio de la investigación (pretest).

Nivel de conocimiento	No.	%
Bajo	19	54,3
Medio	10	28,6
Alto	6	17,1

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

El nivel de conocimiento al inicio de la investigación evidenció que el 54,3 % de los casos tenía un nivel de conocimientos bajos y el 28,6 % un nivel medio. Solo el 17,1 % de los pacientes respondieron correctamente las preguntas realizadas evidenciando un nivel alto de conocimientos (tabla 12-4).

Tabla 13-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento (pretest), grupo de edades y sexo.

Características generales	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo						
Masculino	9	64,3	3	21,4	2	14,3
Femenino	10	47,6	7	33,3	4	19,1
Grupo de edades						
30 a 36	0	0,0	1	50,0	1	50,0
37 a 43	0	0,0	2	66,7	1	33,3
44 a 50	3	50,0	1	16,7	2	33,3
51 a 57	5	50,0	3	30,0	2	20,0
58 a 64	6	66,7	3	33,3	0	0,0
65 años y más	5	83,3	1	16,7	0	0,0

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

El análisis realizado según sexo, grupo de edades y nivel de conocimiento (tabla 13-4) muestra que el 64,3 % de los pacientes masculinos presenta un nivel de conocimientos bajos, el 21,4 % nivel de conocimientos medio y solo el 14,3 % de ellos respondió las preguntas de forma tal que se pudiera catalogar como nivel de conocimientos altos. Este mismo análisis, pero en el sexo femenino, evidenció que el 19,1 % presenta nivel de conocimientos altos, el 33,3 % medios y el 47,6 % tiene un nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica bajo.

En esta misma tabla (13-4) se pudo comprobar que, de los dos pacientes entre 30 y 36 años de edad, uno de ellos (50,0 %) presentó un nivel de conocimientos medio y el otro (50,0 %) nivel alto. En el caso de los pacientes entre 37 y 43 años existió un 66,7 % de ellos con nivel de conocimiento medio y el 33,3 % restante nivel alto. El 50,0 % de los pacientes con edades entre 44 y 5 años presentaban un nivel de conocimiento bajo, en relación al 16,7 % con nivel medio y al 33,3 % con nivel alto.

Algo similar se observó en los 10 pacientes con edad entre 51 y 57 años, en los cuales el 50,0 % de los casos presentaba un nivel de conocimientos bajos, el 30,0 % nivel medio y el 20,0 % un nivel de conocimientos altos. Ninguno de los pacientes con edad entre 58 y 64 años presentó un nivel de conocimiento alto, y el 33,3 % un nivel medio y el 66,7 % un nivel bajo. Por último, los pacientes con 65 años o más fueron los de mayor porcentaje en nivel de conocimiento bajo, con un 83,3 % y solo el 16,7 % de ellos presentó un nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológico que se consideró como medio (tabla 13-4).

Tabla 14-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento (pretest) y nivel de instrucción.

Nivel de Instrucción	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	4	66,7	2	33,3	0	0,0
Primaria	8	88,9	0	0,0	1	11,1
Secundaria	6	54,6	3	27,2	2	18,2
Bachiller	1	16,7	3	50,0	2	33,3
Superior	0	0,0	2	66,7	1	33,3

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

A pesar de no poseer nivel de instrucción alguno, 2 de los 4 pacientes (33,3 %) obtuvieron un nivel medio; el restante 66,7 % obtuvo calificaciones que los permitieron ubicar dentro del grupo de pacientes con nivel de conocimientos bajo. Los pacientes con nivel de instrucción de primaria presentaron predominantemente un nivel de conocimientos bajo (88,9 %), solo uno de estos pacientes alcanzó un nivel alto de conocimientos (11,1 %). Los pacientes con secundaria vencida mostraron nivel de conocimiento bajo el 54,6 %, medio el 27,2 % y el 18,2 % un nivel de conocimientos alto (tabla 14-4).

Los pacientes bachilleres presentaron en el 50,0 % un nivel medio de conocimiento, seguido por el nivel alto (33,3 %) y por el 16,7 % de casos con nivel de conocimiento bajo. Los pacientes con nivel de instrucción superior presentaron, en el 66,7 % de los casos, un nivel de conocimiento medio y el 33,3 % de ellos con un nivel alto (tabla 14-4).

Tabla 15-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento (pretest) y ocupación.

Ocupación	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	2	50,0	2	50,0	0	0,0
Trabajador	11	61,1	4	22,2	3	16,6
Desempleado	3	37,5	3	37,5	2	25,0
Pensionado	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Jubilado	2	100,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

Al analizar el nivel de conocimiento según la ocupación de los pacientes hipertensos incluidos en la investigación (tabla 15-4) se puede observar que en el caso de las amas de casa se comportaron en porcentajes iguales (50,0 %) tanto las de nivel bajo y las de nivel medio; ninguna paciente ama de casa alcanzó demostró niveles de conocimientos altos. En el caso de los pacientes que se encuentran trabajando se puede mencionar que el 61,1 % de ellos tenían un nivel bajo, el 22,2 % presentó un nivel medio y el 16,6 % un nivel alto.

Los pacientes desempleados tuvieron un comportamiento similar en los tres niveles de conocimientos; el 37,5 % tenían un nivel bajo, ese mismo porcentaje un nivel medio y el 25,0 % de ellos un nivel alto. Por su parte los pacientes pensionados mostraron idénticos porcentajes

(33,3 %) en los tres niveles de conocimiento y, por último, los dos pacientes jubilados (100,0 %) tenían un nivel bajo de conocimientos relacionado con la adherencia farmacológica (tabla 15-4).

Tabla 16-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento determinado en el pretest y presencia de comorbilidades.

Presencia de comorbilidades	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con comorbilidades	14	53,8	8	30,8	4	15,4
Sin comorbilidades	5	55,6	2	22,2	2	22,2

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

La tabla 16-4 muestra que de los pacientes que refirieron presentar al menos una comorbilidad asociada a la HTA, el 53,8 % de ellos presentaba un nivel de conocimientos bajos, el 30,8 % un nivel medio y solo el 15,4 % alcanzó un nivel de conocimientos alto. Este mismo análisis, pero en pacientes sin comorbilidades asociadas arrojó un idéntico 22,2 % de ellos con nivel de conocimiento alto y medio, el 55,6 % de ellos presentó un nivel de conocimientos bajo.

Tabla 17-4: Relación de pacientes según nivel de conocimiento (pretest) y adherencia farmacológica.

Adherencia farmacológica	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
No adherentes	19	76,0	4	16,0	2	8,0
Adherentes	0	0,0	6	60,0	4	40,0

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

Al analizar la relación existente entre el nivel de conocimiento de los pacientes y la adherencia farmacológica se obtuvo que el 76,0 % de los pacientes no adherentes tenían un nivel de conocimiento realmente bajo en el inicio de la investigación; el 16,0 % un nivel medio y el 8,0 % un nivel alto de conocimientos; no obstante, a pesar de tener niveles medios y altos de conocimiento fueron catalogados como no adherentes. Los pacientes que, según sus

respuestas, fueron catalogados como adherentes farmacológicos presentaban niveles medios y altos de conocimiento, en un 60,0 % y 40,0 % respectivamente (tabla 17-4).

Tabla 18-4: Distribución de pacientes según adherencia farmacológica posterior a la aplicación de la intervención (postest).

Adherencia farmacológica	No.	%
No adherentes	13	37,1
Adherentes	22	62,9

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

Después de realizar la intervención educativa el 62,9 % de los pacientes (22 pacientes) son calificados como adherentes y 13 de ellos (37,1 %) continuaban catalogados como no adherentes (tabla 18-4).

Tabla 19-4: Distribución de pacientes según nivel de conocimiento (postest).

Nivel de conocimiento	No.	%
Bajo	8	22,9
Medio	9	25,6
Alto	18	51,4

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

En la tabla 19-4 se aprecia que el nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica en la HTA predominante en los pacientes, posterior a la intervención educativa es el alto que estuvo presente en 18 casos (51,4 %). Un total de 9 pacientes alcanzaron el nivel medio de conocimiento (25,6 %) y las puntuaciones alcanzadas por 8 casos (22,9 %) aún se consideran como nivel de conocimiento bajo.

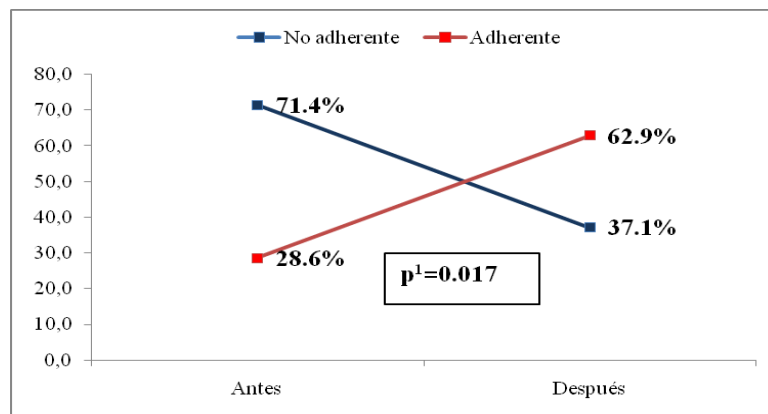


Gráfico 1-4: Resultados de la medición antes-después de la Intervención.

Nota: 1: Valor p de la prueba McNemar

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

Se realizó la prueba McNemar (gráfico 1-4) para identificar si hubo cambio en la proporción de pacientes luego de aplicada la intervención educativa y su resultado fue estadísticamente significativo ($p=0.017$), por tanto, puede afirmarse con un nivel de significación del 5 % que se obtuvo un porcentaje de adherentes mayor al finalizar la intervención.

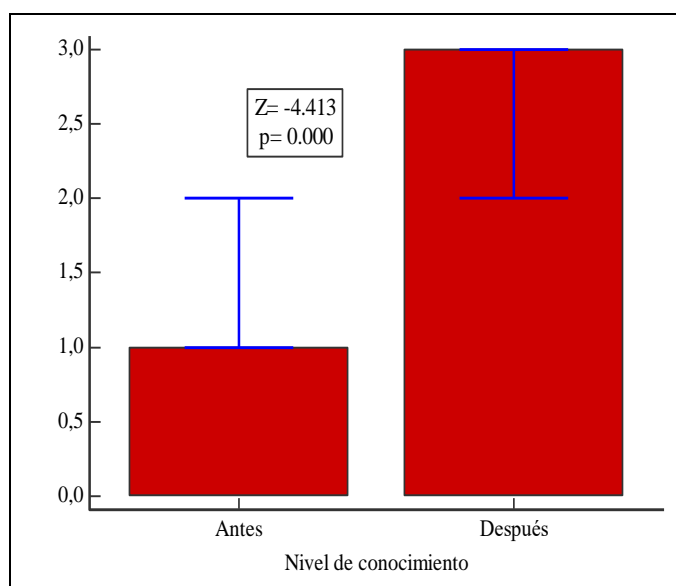


Gráfico 2-4: Diferencia de las medianas antes y después de realizada la intervención educativa.

Fuente: Cuestionario de investigación

Realizado por: María Espíndola

En relación con el nivel de conocimientos acerca de la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial se tuvo que antes de la intervención fue predominantemente bajo (19 casos, para un 54,3 %), seguido del nivel medio (10 pacientes, para un 28,6 %); solo seis casos clasificaron como nivel elevado. Al realizar la medición después de aplicada la intervención se observó un porcentaje mayor de casos clasificados en el nivel elevado de conocimiento (18 casos, para un 51,4 %) y solamente ocho casos clasificaron con un nivel bajo, como se ve en el gráfico 2-4.

Al realizar la prueba Rangos con signo de Wilcoxon se obtuvo un resultado estadísticamente significativo con un valor $Z=-4.413$ y una $p=0.001$; estos resultados permiten plantear que se obtuvo diferencia en las medianas antes y después, donde la mediana fue mayor para la medición realizada después de la intervención. Es decir, con la intervención educativa se logró aumentar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la adherencia farmacológica.

4.2 Discusión

La HTA ha sido considerada por la OMS como una de las grandes epidemias de salud; es una enfermedad crónica que de por sí sola genera una serie de complicaciones sistémicas que abarcan todos los órganos de la economía humana.

Además, ha sido señalada como un factor de riesgo para múltiples afecciones y condiciones negativas de salud que pueden llegar a causar la muerte del paciente; dentro de estas destacan las enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y renales entre otras (González Sánchez, Llapur Milián, Díaz Cuesta, Illa Cos, Yee López, & Pérez Bello, 2015).

Como enfermedad, a pesar de describirse un pico de incidencia por encima de los 50 años de edad puede presentarse en cualquier edad y condición. Se describen casos pediátricos de HTA, tanto primaria como secundaria, y presencia de distintas formas clínicas de HTA en mujeres embarazadas.

Es decir, tiene una distribución mundial y afecta a cualquier persona sin importar edad, sexo, raza o condición física (Llapur Milián, & González Sánchez, 2015; García Céspedes, Prusakov Martínez, Martínez, & Carbonell García, 2016).

Existen investigaciones que describen un aumento de la incidencia de la enfermedad por encima de los 50 años de edad; sin embargo, plantean que la aparición de comorbilidades y algunos defectos congénitos pueden resultar un punto importante en la aparición de la enfermedad por debajo de los 40 años de edad.

Otras investigaciones plantean que distintas situaciones sociales pueden influir en la resistencia periférica generando una contracción de pequeños vasos arteriales que condicionarían el aumento de la presión arterial (Pérez Caballero et al., 2017; García Flores, Acosta Quiroz, León Ibarra, Lagarda Vega, García Hernández, Sotelo Quiñonez, 2018).

Autores como García Castañeda y col (2016) reportan promedios de edad superiores a los 60 años, lo que se explica ya que su investigación se centró sobre todo en pacientes entre 50 y 80 años de edad. Otros autores como Juan Ramón Soto (2018) reporta promedios de edad alrededor de los 55 años, aunque destacan que a partir de los 40 años comienza a sucederse una serie de cambios cardiovasculares que son los que, unidos a condiciones medioambientales y hábitos inadecuados de salud, generan el comienzo de la enfermedad.

Las cifras reportadas en esta investigación son muy similares a las encontradas en este estudio en cuanto al promedio de edad y el predominio de grupo etéreo de 51 a 57 años; además se ajustan a los establecido por la OMS relacionado con la edad promedio y pico de incidencia de aparición de la HTA (Pérez Caballero y col, 2017).

Se describe que por tener una afectación mundial y universal puede afectar a cualquier persona sin que exista preferencia de afectación por algún sexo en específico. El predominio de uno u otro sexo en la HTA dependerá del tipo de estudio, la metodología utilizada y el área geográfica donde se realice la misma.

Un elemento a tener en cuenta es el aumento de la población mundial femenina en relación a la masculina, lo que hace que en muchas ocasiones exista un predominio irreal de algunas afecciones por el sexo femenino; pero en el caso de la HTA no se describe un predominio específico por un sexo determinado (García Flores, 2018).

Existen investigaciones que reportan predominio de pacientes masculinos y otros autores, al igual que en el presente estudio, reportan aumento de incidencia en el sexo femenino. Pero en ninguno de los casos plantean predilección por uno u otro sexo (OPS, 2011; Zubeldia Lauzurica,

2017).

Uno de los grandes problemas que enfrenta la salud pública es el control de las enfermedades crónicas. La agitada vida social y laboral que se vive en la mayoría de los países desarrollados y los planes deficientes de salud que se implementan en los países subdesarrollados son una de las causantes que influyen negativamente en la posibilidad de lograr este objetivo.

Otras condicionantes que también juegan un papel fundamental en este sentido son la falta de campañas de promoción de salud, el bajo nivel de instrucción de la población y los planes de salud implementados (Alfonso Príncipe, Salabert Tortoló, Alfonso Salabert, Morales Díaz, García Cruz, & Acosta Bouso, 2017).

En este estudio se encontró que la mayoría de los pacientes mostraba una frecuencia de asistencia a controles inadecuada; esta situación no permite establecer un control adecuado de la enfermedad. Es probable que las cifras de presión arterial se mantengan estables, aunque el paciente no asista a consulta; sin embargo, resulta vital establecer un chequeo periódico de los distintos órganos dianas de la enfermedad a través de distintos exámenes.

Resulta importante realizar exámenes sanguíneos para la determinación, entre otros elementos de la función renal, hepática y el estado de los lípidos; realizar un fondo de ojo permite verificar el estado de los vasos retinianos; un electrocardiograma y un ecocardiograma también ofrecen datos sobre la funcionabilidad cardiaca (Alfonso Príncipe, et al, 2017; Pérez Caballero, et al, 2017).

En estos chequeos también pueden indicarse otras mediciones y exámenes en dependencia del nivel de actividad de la enfermedad, de las comorbilidades existentes, de la afectación de órganos dianas o de los factores de riesgo cardiovasculares que presente el paciente. El control médico es el momento ideal para hacer una evaluación integral del paciente hipertenso (Alfonso Príncipe, et al, 2017; Pérez Caballero, et al, 2017).

Múltiples son los esquemas terapéuticos descritos y aceptados para el control de la HTA, su elección dependerá de muchos factores y de las distintas guías de actuación aceptadas en los distintos países.

Se sugiere comenzar siempre con modificación de hábitos y estilos de vida y posterior a esto adicionar, en primer lugar, diuréticos y si no existe respuesta o aparecen reacciones adversas, entonces está indicado la asociación con otros fármacos (Alfonso Príncipe, et al, 2017; Pérez Caballero, et al, 2017). En esta investigación existió un predominio de pacientes con monoterapia.

El nivel de instrucción y la ocupación de los pacientes son elementos que, aunque no incide en la aparición de la enfermedad, ni constituyen factores de riesgo, si son determinante en otros aspectos de la enfermedad. Influyen de forma decisiva en la frecuencia de asistencia a consulta, en la adherencia terapéutica y en la actitud del paciente hacia y con la enfermedad (Pérez Caballero, et al, 2017).

Existen investigaciones que reportan que las mayores complicaciones se presentan fundamentalmente en pacientes de escaso nivel de instrucción: Se relaciona la mayor presencia de complicaciones, el menor porcentaje de asistencia a controles y la escasa adherencia terapéutica en pacientes con menor nivel de instrucción (Bell Castillo, George Carrión, García Céspedes, Delgado Bell, & George Bell, 2017).

En este estudio predominaron, de forma general, los pacientes con estudios terminados de secundaria o menos, ya que solamente 9 pacientes presentaron estudios superiores. En relación a la ocupación fue variada, existiendo representación en todos los subíndices incluidos, aunque con predominio de los pacientes trabajadores.

Como se ha señalado con anterioridad, el propio curso evolutivo de la HTA hace que se presenten otras comorbilidades, en ocasiones son ajenas a la enfermedad, pero en otras son derivadas directamente del aumento mantenido de la presión arterial en los vasos sanguíneos que causa daño en los distintos órganos dianas (Berenguer Guarnaluses, L.J., 2016).

La HTA genera un gran número de comorbilidades, pero su principal aspecto negativo en este sentido se relaciona con su condición de factor de riesgo para la aparición de otras enfermedades de tipo inflamatorias, inmunológicas y degenerativas que provocan distintos grados de discapacidad y generan importante disminución de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (Ortiz-Benavides, 2016).

La obesidad, la afectación renal y la diabetes mellitus fueron las comorbilidades que mayor presencia tuvieron en los pacientes incluidos en el estudio. En el caso de la obesidad y la

diabetes mellitus son afecciones que se reportan como factores de riesgo de aparición de la HTA.

En ambas existe un daño del endotelio vascular que genera la activación plaquetaria para reparar el daño endotelial. Este proceso de reparación continua, motivado por el aumento mantenido de los lípidos en sangre, provoca una disminución de la elasticidad de la fibra muscular y con esto un aumento de la resistencia periférica que ocasiona aumento de la presión arterial (Salazar Cáceres, Rotta Rotta, & Otiniano Costa, 2016).

En el caso de la afectación renal existe una simbiosis entre ambas afecciones; la HTA provoca daño a nivel del glomérulo renal que a su vez interrumpe la filtración normal de electrolitos con alteraciones del filtrado y la reabsorción principalmente de sodio y potasio.

El aumento de las concentraciones de sodio a nivel sanguíneo genera mayor aumento de la presión arterial y se convierte todo este mecanismo en un círculo vicioso (Pérez Ramos, Barber Fox, González Núñez, Barber Gutiérrez, & Victorio Fresneda, 2016; Linares Despaigne, Arrate Negret, Poll Pineda, Molina Hechavarría, & Bell Sánchez, 2017).

Otras comorbilidades presentes en el estudio, como son el caso de los accidentes cerebrovasculares, la artritis reumatoide y el hipotiroidismo parecen tener, además del propio efecto del aumento de la presión arterial, el proceso oxidativo y mecanismos inmunológicos como ejes fundamentales para su aparición.

Estas afecciones pueden aparecer secundariamente a la HTA en algunos casos, pero también generan mantenimiento del aumento de la presión arterial (Escobar Cruz, & Mariño Serrano, 2017; Solís Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018).

Al analizar la adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos, previo a la aplicación de la intervención, se obtuvo que la mayoría de ellos no eran adherentes farmacológicamente, según las respuestas aportadas al aplicar el test de Morisky-Grenn; en este sentido resulta importante destacar la adherencia farmacológica es uno de los grandes problemas que se vienen presentando en la actualidad para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En este sentido existen investigaciones, como la realizada por Terenchenko y col, que reportan, por ejemplo, que solo el 25 % de los pacientes diabéticos e hipertensos son adherentes con la totalidad del esquema terapéutico.

Otra investigación realizada en pacientes hipertensos y diabéticos en el año 2015 reportó que solo el 9,8 % de los pacientes fueron considerados como adherentes terapéuticos (Rodríguez-López, Varela, Rincón-Hoyos, Velasco, Caicedo, Méndez, & Gómez, 2015).

La adherencia farmacológica en las enfermedades crónicas, y principalmente en la HTA, ha sido señalada como un elemento fundamental en el control y mantenimiento de la actividad clínica de estas afecciones, esto permite la disminución de la aparición de complicaciones y de la intensidad de las mismas.

Existen investigaciones, como la realizada por López Sigüenza y colaboradores, que destacan que existe relación entre la adherencia farmacológica y características relacionadas con la personalidad individual del paciente, así como con aspectos inherentes a l esquema terapéutico aplicado.

La asociación de cada uno de ellos es individual y dependerá de factores socio económicos, relacionados con el equipo de salud, o con el propio paciente (López Sigüenza, Arévalos Astudillo, & López González, 2016).

La adherencia terapéutica en general ha sido definida por la OMS como el grado en el que el comportamiento de una persona, relacionado con su conducta hacia el esquema terapéutico (tomar medicamento, cumplir con las indicaciones dietéticas y cambiar hábitos y estilo de vida no saludables) (Vejar et al., 2016).

Se corresponde con las recomendaciones acordadas con algún profesional de la salud; donde el paciente juega un papel importante en la aceptación del esquema a utilizar tanto desde el punto de vista farmacológico como terapéutico (Vejar et al., 2016).

Se describe que existen dos componentes fundamentales de la adherencia; el cumplimiento y la persistencia. Al referirse al cumplimiento se toma en cuenta el tiempo en que el paciente, cumple con la administración correcta de los fármacos en relación a dosis y calidad, según la indicación establecida por el profesional de la salud.

La persistencia hace mención al período de tiempo que transcurre entre el inicio de la administración de las dosis y la fecha de la última dosis que ingirió el paciente antes de decidir abandonar el consumo del fármaco (Vejar, et al, 2016).

Se describen, desde la perspectiva de la OPS y la OMS, un total de 5 factores que son capaces de influir, negativa o positivamente, en la adherencia farmacológica; los mismos pueden abordarse desde 5 dimensiones diferentes: relacionadas con el equipo de salud, con el paciente, con el fármaco, con el tratamiento y las de origen socio económico (Vejar, et al, 2016).

Todas ellas, de forma individual o conjunta pueden influir en la decisión del paciente de continuar administrándose el fármaco o de suspender su administración. Cada una de ellas tendrá una implicación personal en cada paciente, por lo que al abordaje de esta problemática debe ser individualizado y no solo cernirse a estos 5 elementos, sino a otras contribuyentes que también pueden estar presentes en un momento y situación dado (Vejar, et al, 2016).

En esta investigación, como dato relevante e innovador, se realizó un estudio y análisis de las respuestas individuales de cada paciente ante la aplicación del test de Morisky-Green. Se obtuvo que el mayor porcentaje de pacientes refieren que al sentirse bien dejan de tomar los fármacos y que si se sienten mal también dejan de tomar la medicamentación.

Esta conducta inadecuada es el reflejo a los deficientes planes de atención médica abordados durante años en el país en el cual se basaba el objetivo de la atención en la curación del paciente.

Estas respuestas se ajustan a la creencia de los pacientes de que el sentirse bien se relaciona con la no necesidad de administración de fármacos. En las enfermedades crónicas el objetivo terapéutico es lograr el control de las mismas, con la ayuda de, entre otras, fármacos.

Los cuales deben de tomarse en un régimen indefinido por la enfermedad no desaparece, solamente se controla y con su control se minimizan las complicaciones, se disminuye la discapacidad y se aumenta la calidad de vida relacionada con la salud (Solis, et al, 2016).

Esta problemática detectada demanda del equipo de salud del primer nivel de atención, la realización de acciones e intervenciones, de carácter educativo fundamentalmente, que aumenten el nivel de conocimiento de los pacientes y aclaren conceptos sobre la adherencia terapéutica y farmacológica en los pacientes con enfermedades crónicas. Camino en el que aún queda mucho por hacer y avanzar.

En la presente investigación la adherencia terapéutica mostró un comportamiento más desfavorable en los pacientes del sexo femenino y en edades extremas, es decir, en los más jóvenes y longevos del estudio.

Esta situación puede explicarse en que los pacientes jóvenes tienen menores conocimientos sobre la gravedad de la HTA y las consecuencias que la misma puede acarrear sobre la salud humana; además que en edades tempranas de la vida la percepción de riesgo es subvalorada y no se le da la connotación de riesgo que en realidad amerita.

Los pacientes de edad avanzada tienen, por lo general, un menor nivel de instrucción, lo que les impide tener conocimientos consolidados sobre aspectos básicos y fundamentales de la HTA como es, entre otros, la adherencia farmacológica. Esta situación se ve influenciada negativamente también por el bajo nivel de conocimiento sobre el tema de estudio de los pacientes.

El nivel de instrucción es otro de los elementos que con frecuencia se asocia a la adherencia farmacológica, distintos estudios evidencian que mientras mayor es el nivel educacional o de instrucción, mayores son los porcentajes de adherencia farmacológica (López Sigüenza, et al, 2016; Villalobos Ríos, Villalobos, Percy, & Leguía-Cerna, 2017).

La presencia de comorbilidades, aunque no se encontraron trabajos comparativos, fue otro de los elementos analizados en esta investigación. Los pacientes que presentaban alguna comorbilidad presentaron porcentajes de adherencia menores que los pacientes que solamente presentaban como diagnóstico la HTA.

Esta situación es más preocupante aún, ya que si existe un número mayor de afecciones cobra mayor importancia y relevancia la adherencia farmacológica; no solo de los fármacos indicados para la HTA, sino para las otras comorbilidades presentes.

Resulta importante destacar que un paciente con más de una enfermedad crónica triplica sus posibilidades de aparición de enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares (López-Romero, Romero-Guevara, Parra, D., Rojas-Sánchez, 2016).

De forma general el nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica en los pacientes incluidos en la investigación, al inicio de la misma fue bajo. Este dato puede tener como punto

de partida el bajo nivel de instrucción de los pacientes y la falta de cobertura informativa sobre temas importantes de salud en el Ecuador.

A pesar de los grandes esfuerzos que realiza el Ministerio de Salud Pública, aún prima una práctica médica encaminada a la curación del paciente, obviando la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

Erróneamente se considera la curación como el objetivo final de la práctica médica y se pasa por alto que muchas afecciones, como la HTA tienen un curso y evolución crónica; donde no existe curación y si control. De ahí la importancia de lograr elevados índices y por cientos de adherencia farmacológica en estos casos (Pérez Rosabal, E., Soler Sánchez, Y.M., & Morales Ortiz, L. (2016).

Al igual que en otras investigaciones se puede observar que el bajo nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológico estuvo presente en pacientes con escasos nivel de instrucción, jubilados y edades avanzadas de la vida. Estos son factores que han sido señalados con anterioridad como elementos que impiden un conocimiento adecuado en los pacientes sobre el importante tema de la adherencia farmacológica (Varleta et al, 2015; Ramos Morales, 2015).

Al realizar la intervención educativa se obtuvo un mejoramiento de la adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos, se obtuvo un incremento considerable del número de pacientes adherentes; con una significación estadística que confirma la mejoría de la adherencia farmacológica en los pacientes hipertensos.

Un resultado similar se obtuvo en relación al aumento del nivel de conocimiento. Después de terminar la intervención se aprecia que aumento el nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica en este grupo de pacientes. El estadístico de la prueba y la significación estadística obtenida permiten plantear que la intervención educativa logró aumentar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la adherencia terapéutica.

Las intervenciones educativas han sido señaladas como una de las acciones más productivas en lograr aumento de los niveles de conocimiento de los pacientes y en lograr cambios satisfactorios en relación a la adherencia terapéutica en distintas enfermedades crónicas.

En Colombia se reportan aumento de más del 50 % de adherencia farmacológica en pacientes con artritis reumatoide, después de realizada una intervención educativa de 8 semanas (Ruiz Mejía, C., Parada Pérez, Urrego Vásquez, & Gallego González, 2016).

Otras investigaciones, realizadas en Cuba, Colombia y Venezuela, también reportan avances significativos en materia de conocimiento y adherencia farmacológica en distintas enfermedades crónicas después de realizadas intervenciones educativas.

Los esquemas y metodologías utilizadas son diferentes, pero en todas existe aumento de estos dos elementos (Hernández Galvis, 2015; Achiong Estupiñán, González Hernández, Vega Rico, Guillot Alzubiaga, Rodríguez Salvá, Díaz Piñera, & Londoño Agudelo, 2018; Mejía, Gil, Quintero, & D' Avila, 2018).

Las intervenciones educativas, con un esquema y una metodología adecuada, se convierten en un arma de inestimable valor para el equipo de salud para llegar de una forma amplia a un número considerable de pacientes con la finalidad de dar a conocer elementos importantes para lograr un adecuado estado de salud.

En las enfermedades crónicas resultan fundamentales en que los pacientes consoliden conocimientos relacionados con su enfermedad e interioricen la importancia de apearse, de forma correcta, al esquema terapéutico concientizado con el profesional de la salud.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

GUÍA PRÁCTICA Y SENCILLA PARA LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU FAMILIA

¿Qué es la hipertensión arterial?

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que se produce por el aumento de la fuerza de presión que ejerce la sangre sobre las arterias de forma sostenida. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar en complicaciones severas como infarto de corazón, accidente cerebrovascular, daño renal y ocular, entre otras complicaciones. Se puede evitar si se controla adecuadamente.

¿Cuál es el valor normal de la presión arterial?

La presión sanguínea se mide en milímetros de mercurio (mmHg); el valor normal de la presión arterial debe ser ***MENOR a 120/80 mmHg.***

Factores de riesgo

En el Ecuador la hipertensión se encuentra dentro de las primeras causas de muerte, los factores de riesgo son:

- Tabaquismo.
- Dislipidemia.
- Diabetes mellitus.
- Nefropatía.
- Edad mayor a 60 años.
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular en mujeres menores de 65 años y hombres mayores de 55 años.

¿Qué pasa si la presión arterial no se controla?

Al no existir un control adecuado de la presión arterial pueden aparecer daños a nivel del cerebro, del corazón, del riñón y de los ojos como: accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva; muchas veces de carácter irreversible.

Recomendaciones

- Tome la medicación que le haya recetado su médico; si le produce efectos secundarios no deje de tomarla sin más; hable con su médico acerca de los problemas que le causa.
- No tome ningún otro fármaco sin consultarlo antes con su médico.
- Controle el sobrepeso.
- Restrinja la ingesta de sal.
- Haga ejercicio físico durante al menos 30 minutos de 5 a 7 días a la semana.
- Siga una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras.
- Si es fumador deje el tabaco.
- Modere el consumo de alcohol.
- Realizar chequeos continuos para ayudar a mantener una presión adecuada.
- Evite en la medida de lo posible situaciones de estrés.

CONCLUSIONES

Una vez analizados todos los resultados obtenidos del presente estudio se pueden llegar a las siguientes conclusiones:

- Al inicio del estudio se comprobó que el nivel de conocimiento sobre la adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos fue bajo con 54,3 % del universo investigado.
- La intervención aplicada si mejoró el nivel de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos.
- La estrategia de intervención educativa incrementó considerablemente el nivel de adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos, motivado por el aumento del nivel de conocimiento sobre la importancia de cumplir adecuadamente con la administración de los fármacos orientados por los profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES

- Expandir la población de estudio a otras comunidades y ciudades del cantón, para hacer más abarcador los resultados de la misma.
- Implementar estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades en torno a temas que pueden ser abarcados mediante intervenciones educativas para aumentar el nivel de conocimiento de pacientes hipertensos y con otras enfermedades crónicas sobre temas inherentes a las mismas.
- Desarrollar estrategias de intervención inclusivas en pacientes con enfermedades crónicas para concientizar a la población sobre la importancia de la adherencia farmacológica en el control de la actividad de estas afecciones.
- Consolidar el trabajo de los equipos de salud en el primer nivel de atención en la búsqueda continua del control de enfermedades crónicas para disminuir la morbimortalidad por estas afecciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca Guzmán, O.J., Aguilar García, J.D., & Alvarenga de Jiménez, A.M. (2017). *Informe final adherencia a las “Guías de buenas prácticas clínicas de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica”, por parte de los pacientes, atendidos en la UCSF: Guazapa, Candelaria y San Juan Nahuistepeque, en el periodo de mayo a julio de 2017.* doi: ri.ues.edu.sv/id/eprint/16737
- Achiong Estupiñán, F., González Hernández, Y., Vega Rico, O., Guillot Alzubiaga, O., Rodríguez Salvá, A., Díaz Piñera, A., & Londoño Agudelo, E. (2018). Intervención educativa sobre conocimientos de hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Cárdenas, 2015. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 968-977. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400005&lng=es&tlng=es
- Alfonso Príncipe, J.C., Salabert Tortoló, I., Alfonso Salabert, I., Morales Díaz, M., García Cruz, D., & Acosta Bouso, A. (2017). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Revista Médica Electrónica*, 39(4), 987-994. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es&tlng=es
- Agámez P, A., Hernández, R., Cervera, L., & Rodriguez, Y. (sep.-oct de 2008). Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Archivo Médico de Camaguey. (AMC)*, 12(5).
- Artilles-Visbal, L., Otero-Iglesias, J., & Barrios-Osuna, I. *Metodología de la Investigación para las ciencias de la salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- Bell Castillo, J., George Carrión, W., García Céspedes, M.E., Delgado Bell, E., & George Bell, M.J. (2017). Identification of metabolic syndrome in patients with diabetes mellitus and hypertension. *MEDISAN*, 21(10), 3038-3045. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1029-30192017001000007&lng=es&tlng=en>

- Berenguer Guarnaluses, L.J. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN*, 20(11), 2434-2438. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015&lng=es&tlng=es
- Cardona, A., Jaiberth, A., & Vergara-Arango, M. (enero-junio de 2016). Prevalencia de la Hipertensión Arterial y factores de riesgos asociados en trabajadores de la plaza minorista José María, medellín, Colombia. Estudio descriptivo transversal. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Archivos de Medicina (Col)*,16(1),43-52.
- Chinguel Lizana, K.Y. & Peredo Rodríguez, B.S. (2018). *Efectividad del cuidado domiciliario de enfermería en la adherencia al tratamiento según la Teoría de Swanson en pacientes con hipertensión arterial en un Centro de Salud de Puente Piedra – 2017*. Tesis para optar por el título profesional de Licenciada en enfermería. Lima – Perú. Universidad peruana Cayetano Heredia. Recuperado de: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3809/Efectividad_ChinguelLizana_Karem.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Córdova Hernández, J., & Bulnes López, R. (2014). *Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007*. *HORIZONTE SANITARIO*,6(2),18-25.
- Escobar Cruz, L., & Mariño Serrano, R. (2017). Factores de riesgo de infarto agudo de Miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *MULTIMED*, 20(5), 129-143. Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/393>
- Espíndola Lara, M.B. (2017). *Análisis situacional integral de salud. Comunidades San Guisel Centro y San Bernardo*. Colta, 44-49.
- García-Castañeda, N.J., Cardona-Arango, D., Segura- Cardona, Á.M., & Garzón-Duque, M.O. (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(6), 528-534. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.02.002>
- García Céspedes, M., Prusakov Martínez, A., Martínez, E., Carbonell García, I. (2016). Tendencias y pronósticos de la hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba

(2001-2015). *MEDISAN*, 20(4),433-443. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/html/3684/368445189003/>

García Flores, R., Acosta Quiroz, CH.O., León Ibarra, Y.M., Lagarda Vega, B.M., García Hernández, C., Sotelo Quiñonez, T.I. (2018). Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria. *Psicología y Salud*, 28(1). Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2542>

González Sánchez, R., Llapur Milián, R., Díaz Cuesta, M., Illa Cos, M.R., Yee López, E., & Pérez Bello, D. (2015). Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*,87(3),273-284. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003&lng=es&tlng=es

Gijón-Conde, T. Gorostidi, M., Camafortd, M., Abad-Cardiel, M., Martín-Rioboo, E., Morales-Olivas, F., & Vinyoles, E., et al. (2018). Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Revista Hipertensión y Riesgo Vascular*; 35(3):119-129. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1889183718300333?token=9EFC7553CBE33EDCF62F303826DB4A7FA7E67EE36405988BFCEEFF5B27EF21AF4574C5560D8BEF0905BBD4324718AD9D>

Grupos HTA SAMFYC y semFYC. (2016). Declaración 2003 de la OMS/SIH sobre el manejo de la Hipertensión. Grupo de Redacción de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión. *Journal of Hypertension*, 21, 1983–1992.

Hernández Galvis, D.Y. (2015). Relação entre o estado de saúde e risco de não-adesão ao tratamento em pacientes em reabilitação cardíaca. *Avances en Enfermería*, 33(1), 114-123. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.41825>

Instituto Nacional de Estadística y censos (INEC). (2014). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador en Cifras*. Recuperado de:
www.ecuadorencifras.gob.ec/...2014/COMPENDIO_ESTADISTICO_%1F2014.xlsx

- Lema-López, Gabriela C. (2016). Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Parroquia San Vicente, Manabí, Ecuador. *Dominio de las Ciencias*. 2(4) 2016, 28-39. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761624>
- Libera Bonilla, BE. (2007). Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *ACIMED*, 15(3) Recuperado en 08 de marzo de 2019, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1024-94352007000300008&lng=es&tlng=es>
- Linares Despaigne, M.J., Arrate Negret, M.M., Poll Pineda, J.A., Molina Hechavarría, V., & Bell Sánchez, M.E. (2017). Factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes ghaneses. *MEDISAN*, 21(6), 688-694. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000600007&lng=es&tlng=es
- Llapur Milián, R, & González Sánchez, R. (2015). Hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(2), 135-139. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-75312015000200001&lng=es&tlng=es>
- López-Romero, L., Romero-Guevara, S., Parra, D., & Rojas-Sánchez, L. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=309146733010>
- López Sigüenza, D., Arévalos Astudillo, M.P., & López Gonzalez, M.S. (2016). *Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial crónica*. Tesis para optar por el título de doctor en medicina. Repositorio digital Universidad de Azuay. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4991>
- Luna-Breceda U., Haro-Vázquez S.R., Uriostegui-Espíritu L.C., Barajas-Gómez T.J., & Rosas-Navarro, DA. (2017). Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. *Atención Familiar.*; 24(3):116-120. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1405887117300408?token=34A82354630E3DD07B11E34FE0048D182D4D0E60E09FDFABD8C90F3D8952867DFFF59523FAE314B163E7A89CC1299713>

- Márquez-Hernández, V.V., Granados Gámez, G., & Roales-Nieto, J.G. (2015). Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Revista Atención Primaria*;47(2):83-89. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400136X/pdf?md5=a1bb29d6ea44f348f73bc1b7d8a5c337&pid=1-s2.0-S021265671400136X-main.pdf>
- Martínez, R., Medrano, S.P., & Sequeda, E.L. (2016). Eficacia de intervenciones educativas en la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos. *Revista Colombiana de Enfermería*. 12(11),41-48. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6547189.pdf>
- Mejía, M., Gil, Y., Quintero, O., & D' Avila, M. (2018). Intervención educativa en el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Trujillo. Venezuela. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*,16(1),34-46.
- Menor Rodríguez, M., Aguilar Cordero, M., Mur Villar, N., & Santana Mur, C. (2017). Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. *MEDISUR*,15(1),71-84. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es&tlng=pt
- Morín- Suárez, C.M., & Galindo- García, A.M. (2018). Comportamiento de la Adherencia al tratamiento médico ambulatorio en pacientes hipertensos de la sala profesional del INSAT. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018*. Recuperado de: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/518/405>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (s/a). *Evaluación del impacto de salud*. [on line]. Recuperado de: https://www.who.int/watersanitation_health/resources/hia/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo arterial, reduzca su riesgo*. Recuperado el 7 de 1 de 2018, de Centro de prensa. OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Primera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles*

/Internet/. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011. Disponible en: http://www.who.int/chp/steps/2011_STEPS_Paraguay_leaflet.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Oficina Regional para Las Américas de la OMS (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Recuperado de: <https://www.who.int/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *La hipertensión causa 800.000 muertes cada año en América Latina y el Caribe*. <http://www.unmultimedia.org/radio/spanish/2015/05/ops-la-hipertension-causa-800-000-muertes-cada-ano-en-america-latina-y-el-caribe/#.WILb-tLibcs>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para Las Américas de la OMS & MSP de Ecuador. (2016) *Estrategia de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud con el Ministerio de Salud Pública de Ecuador para el período 2018-2022*. Recuperado de: <https://www.who.int/countries/ecu/es/>

Orellana, D., Chacón, K., Quizhpi, J., & Álvarez, M. (2016) Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Revista Médica HJCA*, 8(3): 252-258. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Danilo_Orellana2/publication/312289073

Ortiz-Benavides, R.E. (2016). Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2),248-255. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2214>

Perea Sandoval, D.C., & Cortes Soto, S.M. (2016). *Efecto del programa Ruta para la gestión del autocuidado en el control de cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial en una EPS privada de Bogotá, en el año 2015*. Trabajo de investigación para optar al título de Especialista en Epidemiología. Bogotá D.C -Argentina. Universidad del Rosario. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/86436227.pdf>

- Pérez Caballero, M.D., León Álvarez, J.L., Dueñas Herrera, A., Alfonzo Guerra, J.P., Navarro Despaigne, D.A., de la Noval García, R., & del Pozo Jerez, H.A., et al. (2017). Cuban guide for hypertension diagnosis, evaluation and treatment. *Revista Cubana de Medicina*, 56(4),242-321. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es&tlng=en
- Pérez Ramos, A., Barber Fox, M., González Núñez, L., Barber Gutiérrez, E., & Victorio Fresneda, M. (2016). Manejo renal de sodio en un modelo experimental de hipertensión arterial inducido por valsartan en ratas. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*,7(2), 253-67. Recuperado de <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/322>
- Pérez Rosabal, E., Soler Sánchez, Y.M., & Morales Ortiz, L. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *MEDISAN*, 20(1), 3-9. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100002&lng=es&tlng=es
- Pomares-Avalos, A., Vázquez-Núñez, M., & Ruíz-Domínguez, E. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*.7(2):81-88. Recuperado de: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
- Ramón Guzmán, Y.B. & Reyes Tapia, A.A. (2018). *Percepción a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Centro de Salud “24 de octubre”*. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en enfermería. Guayaquil-Ecuador. Universidad de Guayaquil. Recuperado en 06 de febrero de 2019, de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/35691>
- Ramos Morales, L.E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat*, 16(2), 175-189. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&tlng=pt
- Rio-Valle, J.S., Cruz Quintana, F., Villaverde, C., & Prados, D. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo cualitativo. *Index Enferm*,15(54)

- Rodríguez-López, M.R., Varela, M.T., Rincón-Hoyos, H., Velasco, M.M., Caicedo, D.M., Méndez, F., & Gómez, O. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2),192-199. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12039090006>
- Rodríguez Mejía, E.M. &Valencia Pachay, Y.K. (2017). *Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16a, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera - Portoviejo. Julio a septiembre 2016*. Disertación previa a la obtención del título de Especialista en medicina familiar y comunitaria. Quito- Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12894>
- Ruiz Mejía, C., Parada Pérez, A.M., Urrego Vásquez, A., & Gallego González, D. (2016). Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300015&lng=es&tlng=es
- Sabio, R. (2018). Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. *Revista Cubana Salud Pública*,44(3), Carta al editor. Recuperado en 06 de febrero de 2019, de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n3/e1233/es/>
- Salazar Cáceres, P.M., Rotta Rotta, A., & Otiniano Costa, F. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 27(1), 60-66. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=es&tlng=es
- Sánchez-Guerra, J., López y López, G., García-Jiménez, S., Ávila-Jiménez, L., Gómez-Galicia, D., Carreras-Olivares, B., & Toledano-Jaimes, C. (2018). Impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre el control de la presión arterial de pacientes ambulatorios hipertensos y con síndrome metabólico en México. *Pharmaceutical Care España* 20(1): 3-26. Recuperado de: <https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/download/407/329>

- Santiago, A., López Vázquez, I., & Chávez Vega, R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd.* versión On-line, 15(1),0-0.
- Solis Cartas, U., & Calvopiña Bejarano, S.J. (2018). Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología*, 20(2), e17. <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1188918>
- Varleta, P., Akel, C., Acevedo, M., Salinas, C., Pino, J., Opazo, V., & García, A., et al. (2015). Assessment of adherence to antihypertensive therapy. *Revista médica de Chile*, 143(5), 569-576. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000500003>
- Trindade, C.A., Alfonso, L., De Barros, M., & Silva, S. (2014). Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*,22(4), 547-53.
- Vejar, M, Abufhele, A., Varleta, P., Araya, M.V., Escobar, E., Fernández, & Acevedo, M., el al. (2016). Adherencia farmacológica y prevención secundaria cardiovascular: una de las principales barreras en el tratamiento de la enfermedad aterosclerótica. Posición del Departamento de Prevención Cardiovascular de SOCHICAR en el uso de la polipíldora en prevención secundaria. *Revista chilena de cardiología*, 35(3),270-282. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602016000300010>
- Vela Reyes, R.L. & Cerna Saenz, K.F. (2016). *Factores que determinan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial*. Trabajo académico para optar el título en Cuidado enfermero en emergencias y desastres. Segunda especialidad en enfermería. Lima-Perú. Universidad privada Norbert Wiener. Recuperado en 06 de febrero de 2019, de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/433>
- Villalobos Ríos, M.C., Villalobos, C., Percy D., & Leguía-Cerna, J. (2017). La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Médica Herediana*, 28(3),218-219. Disponible en: <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.3194>

Zubeldia Lauzurica, L. (2017). Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 90(00), e40006. Recuperado de: Epub 20 Mar 2017. ISSN 2173-9110

Zuñiga, C. (2016). *Diseño de estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Barrio la Inmaculada, Guano, enero a junio 2016*. Tesis de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Chimborazo.

ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Belén Espíndola Lara, posgradista de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Impacto de la aplicación de estrategia de intervención educativa para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Colta, septiembre 2018 – julio 2019”, como requisito para obtener el título de especialista.

El objetivo del estudio es valorar el impacto de la aplicación de estrategia de intervención educativa para mejorar la situación en pacientes con hipertensión arterial. Colta, septiembre 2018 a julio 2019.

Se identificará el nivel de conocimiento sobre adherencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con hipertensión arterial, a partir de los resultados obtenidos, se aplicará la estrategia de intervención educativa como mecanismo para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y finalmente se determinara la influencia ejercida por la estrategia de intervención educativa aplicada en el nivel de conocimiento sobre adherencia del tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial.

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

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

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre los objetivos de la investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

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

Firma _____

ANEXO B. TEST DE MORISKY-GREEN

Fecha: _____

Código: _____

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

SI ___

NO ___

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI ___

NO ___

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

SI ___

NO ___

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

SI ___

NO ___

Gracias por su colaboración.

María Belén Espíndola Lara, posgradista de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria.

ANEXO C. CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es María Belén Espíndola Lara, soy posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, me encuentro realizando un proyecto de investigación que tiene por objetivo aplicar una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento sobre adherencia farmacológica de los adultos hipertensos pertenecientes a las comunidades San Guisel y San Bernardo del cantón Colta.

Agradezco anticipadamente su colaboración, respondiendo el siguiente cuestionario que tomará un tiempo aproximado de 10 minutos. Toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad, de uso exclusivo para la investigación, por lo que se le solicita responda con toda honestidad y veracidad las preguntas, una vez que haya leído detenidamente las distintas opciones de respuesta, seleccionando solo una opción.

Fecha: _____

Código_____

DATOS INFORMATIVOS

Cuestionario

1. ¿Cuál es su edad actual?

30-36 años.....

37-43 años.....

44-50 años.....

51 -57años.....

58-64.....

65 y más.....

2. Sexo:

Masculino..... Femenino.....

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

Ninguno

Básica sin terminar

Básica

Bachiller

Superior

4. ¿Cuál es su estado conyugal actual?

Soltero/a..... Casado/a-..... Unión libre.....

Viudo/a..... Divorciado/a/..... Separado/a.....

5. ¿Cuál es su actual ocupación?

Amas de casa.....

Trabajador/a.....

Desempleado/a.....

Pensionado/a....

Jubilado/a.....

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

Menos de 10 años..... 10 años y más.

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

Colesterol y triglicéridos altos.....

Enfermedades del corazón.....

Enfermedades del riñón.....

Diabetes Mellitus.....

Trastornos de la Tiroides.....

Gastropatías.....

Obesidad.....

ACV.....

Ninguna.....

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

Ninguna

1 a 2 consultas al año.....

3 y más consultas anuales.....

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

Un medicamento (1)

(2 y más)

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

Sí.... No.... No se.....

11. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

Sí.... No.... No se.....

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

Sí.... No.... No se.....

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

120/80 mm Hg.... > 140/90mm Hg.... < 130/90 mm Hg.... No se....

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

Sí.... No.... No se.....

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

Sí.... No.... No se.....

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

Sí.... No.... No se.....

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

Tos.....

Hinchazón de las piernas....

Dolor de cabeza.....

Estreñimiento.....

Caída del cabello....

Alteraciones de la glucosa.....

Diarrea.....

Acidez estomacal.....

Ansiedad.....

Reacciones en la piel.....

Trastornos del sueño....

Calambres.....

Ninguna.....

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

Sí.... No.... No se.....

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

Desconocimiento de la gravedad de la enfermedad....

Ausencia de síntomas al momento....

Costo del tratamiento....

Descontento con la atención medica recibida....

No tiene tiempo para tomar la medicación.....

Falta de apoyo familiar....

No acude a consulta médica....

Las molestias del tratamiento.....

No sabe....

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

Elevación de las cifras de la presión arterial.....

Ataque cardiaco.....

Trastornos del sueño.....

Mantiene valores normales de la tensión arterial.....

Enfermedad cerebrovascular.....

Ansiedad y depresión.....

Insuficiencia renal

Aumento de peso.....

Trastornos visuales.....

No sabe

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

Del centro de salud....

Del médico tratante....

Del paciente....

De la familia del paciente....

Del personal de salud, del paciente y su familia....

No sabe....

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

Sí.... No.... No se.....

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

Sí.... No.... No se.....

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

A la misma hora todos los días....

En horas diferentes del día.....

No se....

Gracias por su colaboración

María Belén Espíndola Lara, posgradista de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria.