

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y posibles causas en pacientes hipertensos de los Centros de Salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca, 2023.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico


Autoras:

Erika Valeria Patiño Morocho

Ashly Stefany León Arévalo

Directora:

Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo

ORCID:  0000-0001-7874-4200

Cuenca, Ecuador

2023-10-6

Resumen

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo modificable para sufrir una enfermedad cardiovascular. El tratamiento antihipertensivo eficaz reduce las tasas de morbimortalidad. La adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es baja; la OMS la sitúa en torno al 50%. El incumplimiento del tratamiento antihipertensivo tiene trascendentales consecuencias sociales, sanitarias y económicas, siendo un verdadero problema de salud pública. El objetivo general fue determinar la frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y posibles causas en pacientes hipertensos de los Centros de Salud "Totoracocha" y "Mariano Estrella". Cuenca, 2023. El estudio fue descriptivo, transversal, conformado por 170 pacientes de los clubes de hipertensos de los centros de salud "Totoracocha" (120) y "Mariano Estrella" (50). Se utilizó un formulario para la caracterización de la población de estudio. Se aplicó el test Morisky-Green para medir la frecuencia de la no adherencia al tratamiento y preguntas de opción múltiple para conocer sus causas. Como resultados: la edad media fue de $67,2 \pm 11,5$; mujeres 68,8%, el 45,8% eran casados/as, el 75,2% terminó la primaria. La frecuencia de la no adherencia al tratamiento fue del 64,1%. Las principales causas fueron el olvido de la toma de medicamentos (83,49%), la falta de percepción de los riesgos para la salud (62,39%) y, la polifarmacia (44,95%). En conclusión, el 64,1% (109) es no adherente al tratamiento. Los adultos mayores presentaron menor adherencia; siendo la mayoría mujeres, casadas, nivel de instrucción primaria.

Palabras clave: hipertensión, adherencia terapéutica, frecuencia, causas



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Arterial hypertension is the main modifiable risk factor for cardiovascular disease. Effective antihypertensive treatment reduces morbidity and mortality rates. Adherence to the treatment of chronic diseases is low; the WHO (OMS) places it around 50%. Failure of antihypertensive treatment has transcendental social, health and economic consequences, being a real public health problem. The general objective was to determine the frequency of non-adherence to pharmacological treatment and possible causes in hypertensive patients of the "Totoracocha" and "Mariano Estrella" Health Centers. Cuenca, 2023. The study was descriptive, cross-sectional, was made up of 170 patients from the hypertensive clubs of the "Totoracocha" (120) and "Mariano Estrella" (50) Health Centers. A form was used to characterize the study population. The Morisky-Green test was applied to measure the frequency of non-adherence to treatment and multiple-choice questions were asked to determine the causes of non-adherence. As results: the mean age was 67.2 ± 11.5 ; 68.8% were women, 45.8% were married, 75.2% finished primary school. The frequency of non-adherence to treatment was 64.1%. The main causes were forgetting to take medication (83.49%), lack of perception of health risks (62.39%) and polypharmacy (44.95%). In conclusion, 64.1% (109) are non-adherent to treatment. Older adults presented lower adherence; most of them were women, married, and the school level was primary.

Keywords: hypertension, therapeutic adherence, frequency, causes



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Resumen	2
Abstract	3
Agradecimiento	8
Dedicatoria	10
Capítulo I	12
1.1 Introducción	12
1.2 Planteamiento del problema	13
1.3 Justificación	14
Capítulo II	16
2. Fundamento teórico.....	16
Capítulo III	23
3.1 Objetivo General.....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
Capítulo IV	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Área de estudio.....	24
4.3 Universo y Muestra	24
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	24
4.5 Variables	24
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	24
4.7 Procedimientos	25
4.8 Tabulación y análisis.....	25
4.9 Aspectos éticos.....	25
Capítulo V	26
5. Resultados	26
Capítulo VI	30
6. Discusión.....	30
Capítulo VII	32
7.1 Conclusiones.....	32
7.2 Recomendaciones.....	32
Referencias	33
Anexos	36
Anexo A. Operacionalización de las variables	36
Anexo B. Ficha de recolección de datos	38

Anexo C. Consentimiento informado	40
Anexo D. Carta de interés.....	43

Índice de figuras

Figura 1: Clasificación de la HTA	18
Figura 2: Algoritmo de manejo farmacológico de la HTA.....	19
Figura 3: Test de Morisky-Green.....	22

Índice de tablas

Tabla 1: Características demográficas de 170 pacientes con hipertensión arterial de los centros de salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca 2023.....	26
Tabla 2: Frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico en 170 pacientes de los centros de salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca 2023.....	27
Tabla 3: Causas de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en 170 pacientes de los centros de salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca 2023.	28
Tabla 4: No adherencia al tratamiento antihipertensivo en relación a variables sociodemográficas en 170 pacientes de los CS “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca 2023.....	29

Agradecimiento

Agradezco a Dios por brindarme salud, por acompañarme en cada momento y darme fuerzas para seguir adelante a pesar de todos los obstáculos, por ser mi luz en la oscuridad.

A mi familia por confiar en mí y apoyarme en todo momento, por ser mi motivación, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

De manera especial, al Programa de Becas Nacionales “Eloy Alfaro para estudios de grado 2017”, de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, por el apoyo económico brindado durante mi formación académica de pregrado.

A mi amiga, Stefany León, por su dedicación y responsabilidad en la realización de este trabajo.

A mi tutora, Dra. Lorena Mosquera, por ser nuestra guía, compartir sus conocimientos y apoyarnos a lo largo de este trabajo de titulación.

A mi querida Facultad de Ciencias Médicas, por abrirme sus puertas y ser la sede de los conocimientos y valores adquiridos en estos 6 años de carrera.

Erika Valeria Patiño Morocho

Agradecimiento

Quiero empezar agradeciendo a Dios por haberme brindado la vida, salud y guiarme en todo momento, a mis padres y hermanos que son el motor que me impulsan a cumplir mis metas quienes a pesar de la distancia estuvieron dándome sus consejos y apoyo.

A mi compañera de tesis Erika Patiño por el tiempo y esfuerzo dedicado durante la elaboración de nuestra tesis.

A mi tutora de tesis Dra. Lorena Mosquera por haber aceptado ser nuestra mentora y por los conocimientos impartidos que sin duda han sido fundamentales en este proceso.

A mis profesores de la Carrera de Medicina ya que nos han sabido transmitir conocimientos y valores a lo largo de estos años de formación académica.

A la Universidad de Cuenca por haberme abierto las puertas, haber sido mi segundo hogar y por la oportunidad de recibir una formación de calidad.

Ashly Stefany León Arévalo

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación se lo dedico a todas las personas que han confiado en mí y me han apoyado a lo largo de mi carrera.

De manera especial a mi querida madre, Carmen, por ser la gran mujer que es, por su sacrificio, amor y apoyo incondicional, por tenerme paciencia en los días grises y ser mi motivación para seguir adelante. ¡Este logro es suyo!

A mi hermano, Christian, por creer en mí y apoyarme siempre. A mis abuelos, Tránsito y Luis por sus sabios consejos y su apoyo incondicional.

Erika Valeria Patiño Morocho

Dedicatoria

Este trabajo de titulación va dedicado especialmente a mis padres Zoila y Ángel, a mis hermanos Miguel y Cristian por ser mi fuente de inspiración, un gran ejemplo de vida y por siempre estar en los momentos que más los necesite. *“Todo lo que logre es gracias a ustedes, por haber confiado desde el primer momento y que sin duda no permitieron que me dé por vencida”*.

Dedico también a mis ángeles que están en el cielo mis abuelitos Miguel, Rosa, José y Natividad que a pesar de que les perdí pronto sé que siempre me están protegiendo.

Y a todas las personas que conocí durante esta linda trayectoria por la Universidad que sin duda llegaron en el momento indicado para brindarme algún consejo o conocimiento, los llevaré siempre en mi corazón.

Ashly Stefany León Arévalo

Capítulo I

1.1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT) son aquellas “enfermedades de larga duración y, en general, progresión lenta” (1), que no son consecuencia de una infección y, que en la actualidad constituyen una de las principales problemáticas de salud pública, convirtiéndose en un reto complejo a nivel mundial al representar una grave amenaza para el desarrollo económico y social (2).

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible que afecta a más del 30% de la población adulta en todo el mundo (3), por lo que es considerada como un verdadero problema de salud debido a que incrementa el riesgo de desarrollar cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades, siendo una de las causas de mortalidad precoz (4,5). En la actualidad la adherencia al tratamiento y la calidad de vida forman parte fundamental en la adaptabilidad del paciente para mejorar su salud (4,6).

En los países latinoamericanos la frecuencia de la HTA figura entorno al 20% (7). En nuestro país según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012), la prevalencia de HTA en los sujetos mayores de edad corresponde al 9,3%; siendo predominante en los varones (8). Según Armijos y colaboradores en el 2019 la ciudad de Cuenca presentó una prevalencia de HTA del 35,7%, aplicando los criterios del American College of Cardiology y la American Heart Association (ACC/AHA) (9).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la adherencia al tratamiento se define como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (10). Las enfermedades crónicas no transmisibles, destacándose entre ellas la HTA, debido a su naturaleza silenciosa en etapas iniciales implican una baja adherencia a la terapéutica. Es así que, en el estudio de ENSAT se encontró que menos del 50% de los pacientes hipertensos que inician un tratamiento antihipertensivo continúan tomando la medicación según las indicaciones pautadas por el médico, después de 6 meses de iniciado el esquema (48,15% de adherencia) (11).

La mayor parte de la población no adherente al tratamiento señala que entre las razones del incumplimiento figuran: olvidarse de tomar las tabletas, la naturaleza asintomática de la enfermedad y los efectos adversos de los antihipertensivos. Tan solo el 51,3% de los

pacientes hipertensos tiene conocimiento de su patología y cumplen adecuadamente el tratamiento farmacológico instaurado por el médico de cabecera, en contraste con el 48.7% de pacientes que conocen de su enfermedad, pero no se adhieren a la terapéutica (7).

Nuestro país no es ajeno a esta problemática, en los pocos estudios que se han realizado acerca del tema se ha visto que menos de la mitad de los hipertensos son adherentes al tratamiento, resultados similares a los encontrados en investigaciones realizadas en otros países.

1.2 Planteamiento del problema

El tratamiento antihipertensivo eficaz reduce las tasas de morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares (ECV), puesto que un adecuado control de la tensión arterial disminuye la incidencia de complicaciones tales como: cardiopatía coronaria, ictus o accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca (12). Pankaj y colaboradores manifiestan que la disminución relativamente pequeña en los valores de la Tensión Arterial (TA) se relacionan con la reducción en la mortalidad: una disminución de la Tensión arterial sistólica de 3 mmHg se asocia con una reducción del 8% de la mortalidad por ictus y del 5 % de la mortalidad por enfermedad coronaria (13).

El bajo nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de las enfermedades crónicas no transmisibles configura una problemática bastante frecuente en la atención primaria de la salud. De acuerdo a la OMS al menos la mitad de los pacientes no cumplen con el tratamiento farmacológico, y otros estudios indican que la prevalencia de la no adherencia varía entre el 25 y el 50 % (10). Los estudios muestran que solo una pequeña proporción de pacientes con HTA controlan su presión arterial, lo que resulta en una baja adherencia a los medicamentos antihipertensivos (14). Según los resultados obtenidos en la investigación ejecutada por Cajachagua y colaboradores, en Perú y Chile, solo el 41,6% de la población de estudio fue adherente al tratamiento farmacológico (15), valor similar al encontrado por López y colaboradores en su trabajo llevado a cabo en un policlínico de la Habana, donde el porcentaje de adherentes fue del 58,3 % (16).

La deficiencia en la adherencia terapéutica significa en la mayoría de los casos una elevación de los costes, lo cual responde al incremento de las hospitalizaciones y visitas a los centros de consulta externa y urgencias, por las complicaciones cardiovasculares que una HTA mal controlada conlleva. En una investigación elaborada por Lee y colaboradores, se evidenció que pacientes hipertensos con adherencia intermedia o mala a la medicación

antihipertensiva tenían un riesgo de ictus 1,13 veces y 1,27 veces mayor, respectivamente, que aquellos con adherencia alta (17). Por lo tanto, es necesario evaluar el cumplimiento o la adherencia al tratamiento hipotensor y determinar cuáles son las causas relacionadas con este fenómeno (18).

La no adherencia es consecuencia de un sinnúmero de causas tales como: falta de conocimiento del riesgo para la salud que implica un mal control de la HTA, olvido de la toma de los fármacos, creencias y actitudes de las personas hipertensas acerca de los efectos adversos de la medicación, complejidad del esquema terapéutico, nivel de instrucción, entre otras (14). Para hacer frente a esta problemática es necesario que las personas con HTA se empoderen y sean protagonistas del proceso, educándose acerca de su patología y las complicaciones que conlleva. Es ahí donde todos quienes pertenecemos al sector de la salud debemos actuar como facilitadores del proceso aportando con nuestros conocimientos y experiencia.

Con base en esta problemática, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y posibles causas en pacientes hipertensos de los Centros de Salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”?

1.3 Justificación

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo modificable para sufrir una enfermedad cardiovascular, siendo una de las principales causas de muerte prematura en el mundo, por ello, una de las metas mundiales contenidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% para 2025 (3,19). A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de la HTA, su prevalencia aún es elevada pues afecta a más de mil millones de personas a nivel mundial (20).

La deficiencia en el cumplimiento supone un incremento de los costes sanitarios. Varias son las razones por las que los pacientes hipertensos no cumplen con el tratamiento farmacológico, entre ellas se encuentran: bajo nivel de educación, efectos adversos, complejidad del régimen terapéutico, número de medicamentos a tomar, poca percepción del riesgo para la salud, olvido de las tomas, entre otras (21).

Nuestro trabajo se basó en la sexta línea de investigación propuesta por el MSP en donde engloba a las “Enfermedades cardiovasculares y circulatorias”. La importancia de esta patología radica no solo en su alta prevalencia sino también en las complicaciones que

implica, las secuelas y costos socio-sanitarias para el paciente, su familia y la sociedad en general (22,23).

Con base a lo antes expuesto se realizó este estudio, pues a nivel local en el primer nivel de atención no existen estudios sobre el tema, los resultados obtenidos nos permitieron conocer con mayor certeza la realidad de los pacientes hipertensos de los centros de salud de Totoracocha y Mariano Estrella en cuanto a la no adherencia al tratamiento farmacológico y sus posibles causas. Con esta información en un futuro se podrá realizar intervenciones educativas enfocadas en empoderar al paciente acerca de su enfermedad y, la importancia del cumplimiento del tratamiento para gozar de un mejor estado de salud.

Capítulo II

2. Fundamento teórico

Hipertensión arterial (HTA)

Teóricamente se considera como HTA: “La elevación sostenida de los valores de la presión arterial sobre los límites normales” (24). De acuerdo a las últimas actualizaciones de las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), Sociedad Europea de la Hipertensión (ESH) y el Instituto Nacional para la Calidad de la Sanidad y de la Asistencia (NICE) para hablar de HTA se debe constatar reiteradamente mediciones de la TA iguales o superiores a 140/90 mmHg, a diferencia de la guía del Colegio Americano de Cardiología / Asociación Americana del Corazón (ACC/AHA) que plantea una TA igual o superior a 130/80 mmHg (20). En el caso de una sola toma los valores de TA $\geq 180/110$ mmHg, evidencia de daño de órgano blanco o una emergencia hipertensiva (20,24).

Epidemiología

La hipertensión arterial tiene una prevalencia que supera el 30% en todo el mundo,(25) convirtiéndose en el principal factor de riesgo modificable para desarrollar cualquier tipo de enfermedad cardiovascular, tales como cardiopatía coronaria, ictus e insuficiencia cardíaca, y otras patologías como la insuficiencia renal crónica y demencia vascular (3,25). La HTA puede ser el resultado de algunos factores de riesgo, entre ellos: consumo de alcohol, tabaco, elevado consumo de sal, sedentarismo, además el sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemias (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia) (3,26).

La OMS señala que a nivel mundial existe más de 1 millón de personas entre 30 y 79 años de edad con HTA y que la gran parte de ellos habita en países de ingresos bajos y medianos (26). En los países subdesarrollados la prevalencia de la hipertensión arterial alcanza el 40%. En México, del total de los habitantes con nivel socioeconómico bajo, el 49,2% presenta hipertensión arterial y menos de la mitad de ellos son diagnosticados (25). En la población de las Américas, se estima una prevalencia entre el 30-40%, y en algunos países ese porcentaje obtiene el 48% (3,27). Entre las naciones con mayor número de personas hipertensas destacan en orden ascendente: Ecuador 28%, Venezuela 15-39%, Brasil 22-32%, Argentina 26-32% y Cuba 40% (7,28).

De acuerdo a los resultados de un estudio llevado a cabo en Ecuador en el año 2014, la prevalencia de prehipertensión en los jóvenes entre 10 y 17 años de edad alcanza el 14% por el contrario, en los mayores de 18 años, el porcentaje aumenta hasta un 37% (8,27). En cuanto a la HTA como tal, la prevalencia es del 9,3%; siendo predominante en los varones.(1) De acuerdo a Armijos y colaboradores en el 2019 en la ciudad de Cuenca la prevalencia de HTA es del 35,7%, aplicando los criterios del ACC/AHA (9).

En el Ecuador la HTA ocupa el cuarto lugar de mortalidad por enfermedades conocidas según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del año 2014 con una tasa del 22,09% (24).

Diagnóstico

Según la guía europea, un paciente tiene hipertensión arterial cuando la medida de la TAS es ≥ 140 mmHg y/o la TAD es ≥ 90 mmHg, en condiciones basales siempre y cuando este valor se repita en varias tomas ya sea en la consulta o en el domicilio mediante el método AMPA o MAPA (22). La GPC 2019 del MSP del Ecuador señala que se puede hacer el diagnóstico en una sola toma cuando la TAS sea ≥ 180 mmHg y/o la TAD ≥ 110 mmHg (1).

Tamizaje de la HTA

Se recomienda realizar el tamizaje de la HTA en las personas mayores de 18 años de la siguiente manera:

- Si tiene tensión arterial óptima, cada 5 años
- Tensión arterial normal, repetir cada 3 años.
- Tensión arterial normal-alta, control anual y medir fuera de la consulta (22).

Clasificación de la hipertensión arterial

Figura 1: Clasificación de la HTA

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

Modificado de: ESH/ESC 2018 (1)

Tratamiento

Para un tratamiento integral de la hipertensión arterial se cuenta con medidas farmacológicas y no farmacológicas (cambios en el estilo de vida).

Medidas no farmacológicas: Aumentar el consumo de frutas y verduras, reducir el consumo de carne roja, grasas y bebidas azucaradas, reducir la ingesta de sal (5-6gramos diarios), limitar el consumo de alcohol (máximo 30ml al día), dejar de fumar, moderar el consumo de café. Así mismo, practicar ejercicio físico aeróbico regularmente, evitar el sobrepeso, reducir el estrés, entre otras (20,22).

Medidas farmacológicas: Para alcanzar un adecuado control de la presión arterial, la gran parte de los pacientes requieren tratamiento farmacológico.

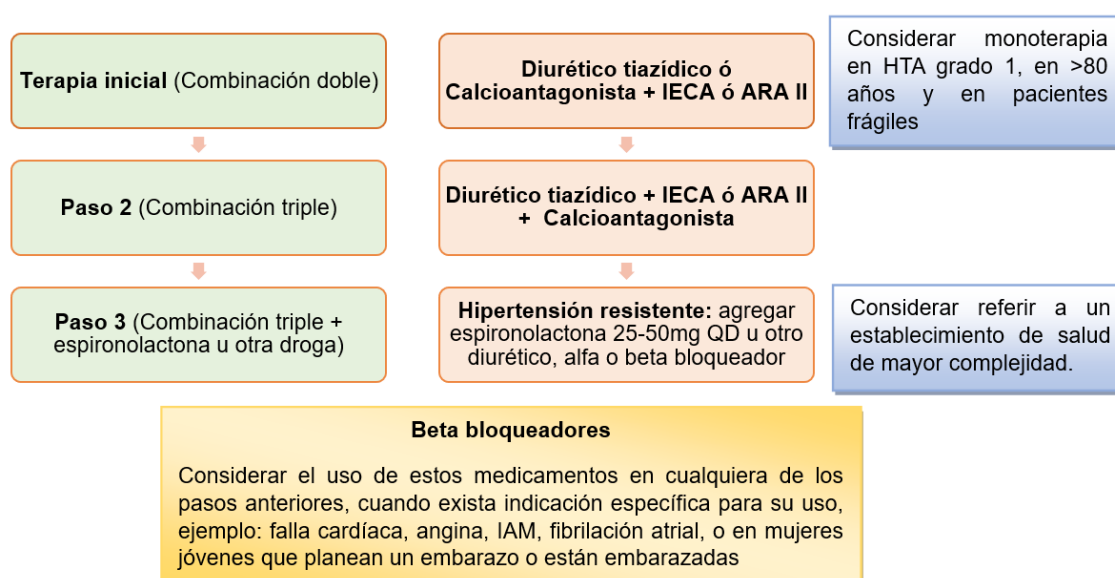
Todo paciente con hipertensión arterial grado 3, sin importar el riesgo cardiovascular (RCV) debe iniciar el tratamiento antihipertensivo. De igual manera, los pacientes con presión

arterial normal/alta, con riesgo cardiovascular alto o muy alto. La guía americana exhorta a los pacientes con hipertensión arterial grado 1 a iniciar el tratamiento tan pronto como sea posible, independientemente el RCV (20).

Algoritmo de manejo farmacológico de la hipertensión arterial

Según la guía europea la gran parte de los hipertensos deben empezar la terapia farmacológica combinada pues significa una mayor adherencia y el alcance del objetivo de TA de manera precoz (22). A continuación, se presenta un algoritmo terapéutico:

Figura 2: Algoritmo de manejo farmacológico de la HTA



Fuente: Algoritmo de la ESH/ESC 2018 (1)

Metas de la tensión arterial

Todos los pacientes tienen como meta principal una tensión arterial <140/90 mmHg, siempre y cuando toleren el tratamiento. Una vez instaurado el tratamiento se recomienda mantener una TA por debajo de 130/80mmHg. Los pacientes con comorbilidades como DMT2, ictus isquémico previo o AIT, cardiopatía coronaria y enfermedad renal crónica deben procurar una TA inferior a 130/80mmHg (1).

Adherencia al tratamiento.

La OMS define a la adherencia al tratamiento como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (10).

Dicha definición es bastante amplia, en la presente investigación se hará énfasis en el cumplimiento de la toma de los fármacos, es por ello que es importante conocer los diferentes tipos de no adherencias al tratamiento lo cual nos ayuda a entender de una manera más específica cuál es el problema que tiene nuestro paciente y brindarle la mejor solución para su caso particular.

Tipos de no adherencia

Existen varias formas para catalogar la adherencia, en esta ocasión se hablará de las más utilizadas.

Según la voluntad de paciente, la falta de adherencia puede ser: intencionada, cuando el usuario no desea no tomar los fármacos y, no intencionada cuando el paciente olvida tomar el medicamento ya sea porque el tratamiento es combinado, por la falta de hábitos o porque tiene periodos de amnesia o pérdida de su autonomía, entre otros (10,29).

De acuerdo con el tiempo de cumplimiento por parte del paciente, se tiene cinco tipos de incumplimiento:

- **Parcial**, cuando el paciente toma la medicación en ciertas ocasiones.
- **Completo**, el usuario abandona definitivamente el tratamiento, siendo más habitual en personas jóvenes.
- **Esporádico**, más frecuente en ancianos que suelen olvidar la toma e ingieren menos o más tabletas de las recomendadas por el médico.
- **Secuencial**, cuando el paciente no toma la medicación por espacios de tiempo, generalmente cuando no tiene molestias y vuelve a tomar cuando se siente mal.
- **Cumplimiento de bata blanca**, suele presentarse solo cuando se acerca la consulta de control con el médico, típico de paciente con enfermedades no transmisibles como la HTA o la DMT2 (10).

El grado de cumplimiento del tratamiento influye en la efectividad del mismo, de tal manera que la adherencia debe ser practicada de manera responsable y consciente para lograr la

meta terapéutica y prevenir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones. Pankaj y colaboradores en el 2016, mencionan que los cambios modestos en la adherencia pueden llevar a reducciones clínicamente significativas en la TA, de igual manera, la disminución relativamente pequeña en los valores de la TA se relaciona con una reducción en la mortalidad: una disminución de la TAS de 3 mmHg se asocia con una reducción del 8 % de la mortalidad por ictus y del 5 % de la mortalidad por enfermedad coronaria (13).

Estado actual de la adherencia al tratamiento

Desafortunadamente, la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es baja; tal como menciona la OMS esta ronda el 50 %, y otras investigaciones señalan que la prevalencia de la falta de adherencia va del 25 al 50 % (10), lo que depende en gran medida del periodo de tiempo en el que los profesionales de la salud hacen el seguimiento a los pacientes, los métodos utilizados para evaluar el cumplimiento y el esquema de tratamiento prescrito (10,29).

En un estudio analítico transversal realizado en el 2020 en 250 pacientes en tratamiento crónico en Perú y Chile, tan solo el 41,6% de los pacientes fueron adherentes (15), valor muy cercano al señalado por la Organización Mundial de Salud. A nivel local, en un estudio descriptivo transversal realizado por Campoverde en el 2020 en 48 participantes atendidos de manera ambulatoria en el área de consulta externa del Hospital de la Mujer y el Niño de Patamarca, y que participan en la terapia antihipertensiva, el cumplimiento del tratamiento fue solo del 50% (30).

Causas de la no adherencia al tratamiento

Son diversas las causas que contribuyen a la no adherencia al tratamiento, una de las más importantes es la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad (31). La HTA al ser un padecimiento a menudo asintomático y crónico, la percepción de riesgo por el paciente con frecuencia es baja, lo cual contribuye a disminuir su adhesión regular al tratamiento (13).

Otros determinantes potenciales de la adherencia son: nivel de instrucción, complejidad del esquema de tratamiento, la cantidad de fármacos a tomar, el número de dosis y efectos adversos entre otros (16,31).

Medición de la adherencia al tratamiento

Para cuantificar la adherencia se dispone de métodos directos e indirectos.

- **Directos**, entre ellos figuran la observación directa de la terapia y la cuantificación de los niveles del fármaco o su metabolito en el plasma. Estos proveen resultados más específicos y confiables, pero suponen un alto costo que la atención primaria no puede costear.
- **Indirectos**, aquí se encuentran el conteo de las tabletas sobrantes, número de veces que el paciente acude a retirar la medicación, el control de los valores de TA, la sintomatología, diario de los pacientes, y sus cuestionarios de autoinformes. Estos depende en gran medida del paciente, su familia o el personal de salud que le valora, pero son más económicos y fáciles de usar (32,33).

Test de Morisky-Green

El cuestionario de Morisky-Green también conocido como *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)* se desarrolló en 1986, consta de 4 preguntas sencillas de respuesta dicotómica, es altamente específico y posee un valor predictivo positivo elevado. Está validado a nivel mundial para emplearse en personas que padecen de enfermedades crónicas no transmisibles dentro de las cuales destacan: DMT2, HTA, dislipemia, enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos, enfermedad de Parkinson, entre otras, por lo que constituye el test más utilizado (34).

En un estudio analítico transversal realizado en el 2020 en 250 pacientes en tratamiento crónico en Perú y Chile, se evidenció que cerca del 50% de los pacientes fueron adherentes, al aplicar este cuestionario (15), resultado semejante al encontrado por López et al., en 245 hipertensos mayores de 60 años con tratamiento farmacológico, donde el porcentaje de adherencia fue también sólo del 58,3 % (16), así también en la investigación que realizó Zapattini y colaboradores en Paraguay, donde la prevalencia fue del 56,25% (35).

Interpretación

Se considera adherente al tratamiento solo si las preguntas 1, 3 y 4 son afirmativas y la pregunta 2 negativa.

Figura 3: Test de Morisky-Green

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento para su HTA?		
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
4. si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?		

Capítulo III

3.1 Objetivo General

- Determinar la frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y posibles causas en pacientes hipertensos de los Centros de Salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca, 2023.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características demográficas del grupo de estudio según edad, sexo, estado civil, instrucción.
- Establecer la frecuencia de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en el grupo de estudio.
- Determinar las causas de la no adherencia al tratamiento en el grupo de estudio: olvido de las tomas, sintomatología, percepción del riesgo para la salud, esquema terapéutico, polifarmacia, efectos adversos.

Capítulo IV

4.1 Tipo de estudio

El diseño del presente trabajo de investigación fue observacional, transversal de tipo descriptivo que se desarrolló en el periodo de marzo-mayo del 2023.

4.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud “Totoracocha”, ubicado en la parroquia Totoracocha, en la Avenida Yanahurco e Ignacio Cordero Esquina y en el Centro de Salud “Mariano Estrella”, ubicado en la calle Zenón vía Lazareto.

4.3 Universo y Muestra

La población que se estudió fue 170 pacientes que pertenecen a los clubes de hipertensos de los centros de salud “Totoracocha” (120) y “Mariano Estrella” (50).

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio a los pacientes con diagnóstico médico de HTA, en tratamiento con antihipertensivos, mayores de 40 años de edad, que firmaron el consentimiento informado y que pertenecían a los clubes de hipertensos. Se excluyó a las personas con trastornos psiquiátricos y discapacidad intelectual que les impedía llenar el formulario.

4.5 Variables

Las variables que se estudiaron fueron: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, adherencia al tratamiento y causas (olvido de las tomas, sintomatología, percepción del riesgo para la salud, esquema terapéutico, polifarmacia, efectos adversos). (Anexo 1)

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos

En la presente investigación para obtener la información requerida se empleó el método de aplicación de encuestas con preguntas cerradas y de opción múltiple.

Técnica: se aplicó un formulario a los pacientes hipertensos en diferentes fechas, en las salas de espera y en reuniones que realizaban en los centros de salud.

Los instrumentos fueron los formularios creados por las autoras que incluyeron las características demográficas y el Test Morisky-Green (34).

4.7 Procedimientos

- **Autorización:** se envió una solicitud de autorización al responsable de la oficina técnica Cuenca Norte Dr. Juan Carlos Espinoza, luego se obtuvo la carta de interés de los directivos de los centros de salud Totoracocha y Mariano Estrella.
- **Capacitación:** para la recolección, procesamiento y análisis de datos se recibió la capacitación por parte de la directora de tesis, Dra. Lorena Mosquera.
- **Supervisión:** el desarrollo de la presente investigación estuvo supervisado por la Dra. Lorena Mosquera, doctora en Medicina y Cirugía, y docente titular de la Universidad de Cuenca.

4.8 Tabulación y análisis

La tabulación de datos se realizó en el programa Microsoft Excel 2019 y para el análisis de los datos se empleó SPSS Statistics 21.0, cada variable se analizó por separado mediante porcentajes y frecuencias, representadas en tablas simples. Además, se realizaron dos tablas de doble entrada entre la adherencia y las variables sociodemográficas y sus posibles causas.

4.9 Aspectos éticos

Para garantizar la confidencialidad de la información en la base de datos se introdujo un código conformado por las iniciales del primer nombre y apellido y el número del formulario. Se colocó una clave en el archivo de Excel con la base de datos. Una vez finalizado el estudio y obtenida la calificación se eliminó la base de datos del disco duro del computador donde se procesó. Los datos se utilizaron única y exclusivamente con fines investigativos. Durante el estudio no hubo ningún beneficio directo sin embargo en un futuro servirá para realizar intervenciones posteriores. Además, no se detectaron riesgos evidentes durante el proceso.

Consentimiento informado: Se explicó en qué consistía la investigación, los beneficios y riesgos, una vez que las participantes entendieron firmaron el documento.

Para la ejecución de este trabajo de investigación se contó con la autorización del responsable de la Oficina Técnica OT01 Cuenca Norte, los directores de los centros de salud Totoracocha y Mariano Estrella y el Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Cuenca. Finalmente, para la realización de este estudio no hubo ningún conflicto de interés.

Capítulo V

5. Resultados

Una vez aplicadas las encuestas y obtenido los datos, estos se registraron en el programa Microsoft Excel 2019, el análisis se realizó en SPSS Statistics 21.0, y se obtuvieron los resultados que se analizan a continuación:

Tabla 1: Características demográficas de 170 pacientes con hipertensión arterial de los centros de salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca 2023.

Edad	Nº	%
40-64	64	37,65
65 y más	106	62,35
Sexo		
Mujer	117	68,82
Hombre	53	31,18
Estado Civil		
Soltero/a	38	22,35
Casado/a	78	45,88
Viudo/a	11	6,47
Divorciado/a	42	24,71
Unión libre	1	0,59
Nivel de instrucción		
Primaria	128	75,29
Secundaria	28	16,47
Tercer nivel	14	8,24

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Las autoras.

Con respecto a la tabla 1, de los 170 pacientes en estudio la edad media fue de $67,2 \pm 11,5$; más de la mitad son mujeres. Respecto al estado civil aproximadamente el 50% es

casado/a. En cuanto al nivel de instrucción las $\frac{3}{4}$ partes estudiaron la primaria y tan solo el 8,24% el tercer nivel.

Tabla 2: Frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico en 170 pacientes de los centros de salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca 2023.

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	No	%
Si	94	55,29
No	76	44,71
¿Toma la medicación a las horas indicadas?		
Si	106	62,35
No	64	37,65
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si	57	33,53
No	113	66,47
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomarla?		
Si	57	33,53
No	113	66,47
Adherencia según Test de Morisky Green		
No Adherente	109	64,12
Adherente	61	35,88

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Las autoras.

En relación a la tabla N°2, sobre la adherencia al tratamiento según el Test de Morisky-Green: 1 de cada 2 pacientes olvida tomar la medicación antihipertensiva, cerca del 40% no toma la medicación a las horas indicadas, el 33,53% deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien y cuando los fármacos antihipertensivos les producen molestias. Al aplicar el cuestionario de Morisky-Green el 64,1% (109) de los pacientes encuestados no son adherentes al tratamiento.

Tabla 3: Causas de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en 170 pacientes de los centros de salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca 2023.

	Adherencia			
	No adherente		Adherente	
Olvido de tomas	N°	%	N°	%
Si	91	83,49	1	1,64
No	18	16,51	60	98,36
Sintomatología				
Si	77	70,64	33	54,10
No	32	29,36	28	45,90
Percepción del riesgo para la salud				
Si	41	37,61	42	68,85
No	68	62,39	19	31,15
Esquema terapéutico				
Monoterapia	66	60,55	45	73,77
Combinada	43	39,45	16	26,23
Polifarmacia				
Menos de 3 fármacos	60	55,05	43	70,49
Más de 3 fármacos	49	44,95	18	29,51
Efectos adversos				
Si	13	11,93	2	3,28
No	96	88,07	59	96,72

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Las autoras.

En relación a la tabla N°3, entre las causas de la falta de adherencia en la población estudiada figuran: el olvido de la toma (83,49%), la falta de percepción de los riesgos para la salud (62,39%) y, la polifarmacia (44,95%); siendo menos frecuente, la naturaleza asintomática de la enfermedad (29,36%) y, los efectos adversos (11,93%). Entre los efectos adversos que más le aquejan a la población en estudio figuran la cefalea y el mareo.

Tabla 4: No adherencia al tratamiento antihipertensivo en relación a variables sociodemográficas en 170 pacientes de los CS “Totoracocha” y “Mariano Estrella”. Cuenca 2023.

	Adherencia			
	No adherente		Adherente	
Edad	N°	%	N°	%
40-64	48	44,04	16	26,23
≥65	61	55,96	45	73,77
Sexo				
Mujer	77	70,60	40	65,57
Hombre	32	29,40	21	34,43
Estado civil				
Soltero/a	21	19,27	17	27,87
Casado/a	49	44,95	29	47,54
Divorciado/a	11	10,09	0	0
Viudo/a	28	25,69	14	22,95
Unión libre	0	0	1	1,64
Nivel Instrucción				
Primaria	79	72,48	49	80,33
Secundaria	19	17,43	9	14,75
Tercer nivel	11	10,09	3	4,92

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: las autoras.

En la tabla N°4, se observa la no adherencia al tratamiento antihipertensivo según variables sociodemográficas. Pacientes adultos mayores presentaron menor adherencia (55,96%). Las mujeres fueron menos adherentes al tratamiento (70,6%). La mayoría de no adherentes eran casados/as (44,95%). La mayor parte de la población no adherente tenía un nivel de instrucción primaria (72,48%).

Capítulo VI

6. Discusión

La hipertensión arterial constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. El tratamiento antihipertensivo reduce significativamente las complicaciones cardiovasculares como enfermedad coronaria, eventos cerebrovasculares, así como enfermedad renal crónica. La presente investigación representa un avance en el conocimiento de la adherencia al tratamiento hipertensivo en la población de estudio que puede servir de base para futuras investigaciones e intervenciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

En un estudio realizado en Perú y Chile en 250 pacientes hipertensos, se reporta que el 58,4% no son adherentes al tratamiento antihipertensivo (15). Similar resultado se evidenció en un estudio llevado a cabo en Cuba, donde la cifra de hipertensos sin adherencia al tratamiento farmacológico representó el 58,8% (18). De igual manera, en Brasil un estudio reportó que el 61,2% tenía baja adherencia al tratamiento (36). A nivel local, en un estudio efectuado en el Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo fue del 61,6% (37). En la presente investigación la frecuencia de la no adherencia al aplicar el cuestionario MMAS-4 alcanzó el 64,1%.

En el presente trabajo se encontró que dentro de las causas más frecuentes de la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo se encuentran: el olvido de la toma (83,49%), la falta de percepción de los riesgos para la salud (62,39%) y, la polifarmacia (44,95%). Al igual que en una investigación llevada a cabo en Cuba, en donde la causa más frecuente fue el olvido con un 40% (16). A diferencia de los resultados obtenidos en un estudio llevado a cabo en Guantánamo-Cuba, donde el incumplimiento por las reacciones adversas de los medicamentos fue el motivo más frecuente (28,6%) (12).

Según las variables sociodemográficas en la presente investigación se evidenció que los pacientes adultos mayores presentaron menor adherencia (55,96%), resultado similar al encontrado en el estudio realizado por Solís y colaboradores donde los pacientes entre 50 y 69 años presentaron menos adherencia al tratamiento (19). En nuestro estudio las mujeres tuvieron mayor frecuencia de no adherencia (70,6%), al igual que en un estudio llevado a cabo en Colombia realizado por Pochuanca y colaboradores con un 64,38% (21). La mayoría de no adherentes eran casados/as (44,95%), tal como en el estudio realizado por Zapattini y colaboradores en Paraguay donde los casados fueron menos

adherentes con un 51%. Además, la mayor parte de no adherentes tenía un nivel de instrucción primaria (35).

La principal limitación de este estudio fue el diseño, se realizó en pacientes de los clubes de hipertensos de dos centros de salud de la ciudad conformados en su mayoría por mujeres; al no haber cálculo muestral y no ser un estudio aleatorio dificulta la generalización de los resultados. Otra debilidad es que al ser un estudio descriptivo no se pudo comparar las causas de la no adherencia al tratamiento con estudios analíticos. En futuras investigaciones en nuestra ciudad se podrían incluir todos los pacientes hipertensos que acuden a los centros de salud, realizar estudios de tipo analíticos que determinen la asociación estadísticamente significativa de los factores de no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

La presente investigación representa un importante avance en términos de salud pública, puesto que la hipertensión arterial es una de las patologías crónicas más frecuentes por las que consultan los pacientes en nuestro medio. Debido a su naturaleza asintomática, y a la falta de un control óptimo de los valores de TA conlleva un sinnúmero de complicaciones que impactan de manera negativa en la vida de quienes las padecen, su familia y la sociedad en general. Por ello, es importante implementar intervenciones educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde el sector de atención primaria de salud encaminados a empoderar a los pacientes en riesgo, de manera que sean ellos los protagonistas de los cambios necesarios para lograr un control adecuado de la tensión arterial, disminuir sus complicaciones y gozar de una mejor calidad de vida.

Capítulo VII

7.1 Conclusiones

- La mayor parte de la población de estudio fueron mayores de 65 años, mujeres, casadas, nivel de instrucción primaria.
- En cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo según el Test de Morisky-Green se obtuvo que el 64,1% (109 pacientes) es no adherente.
- Se identificó que dentro de las causas más frecuentes de la falta de adherencia destacan: el olvido de las tomas, la poca percepción de los riesgos para la salud y, la polifarmacia.
- Los pacientes adultos mayores presentaron menor adherencia; siendo la mayoría mujeres, casadas y, que terminaron la primaria.

7.2 Recomendaciones

- Es importante que desde el primer nivel de atención se brinde estrategias para mejorar el cumplimiento al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos al ser un grupo amplio que acude a este nivel y se evite complicaciones agudas y crónicas lo cual aumenta las tasas de mortalidad en la población.
- Para futuras investigaciones, se recomienda realizar un estudio de tipo aleatorio y analítico para conocer el grado de asociación entre las variables y la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.
- Se recomienda que la Universidad de Cuenca incentive a los estudiantes a realizar más investigación relacionada con el tema desde diferentes aspectos con un enfoque preventivo e integral y que los resultados sirvan para una mejor formación académica.

Referencias

1. Ministerio de salud pública del Ecuador. Hipertensión arterial. Guía de práctica clínica (GPC). Dirección Nacional de Normatización. 2019;1(1):11-70.
2. Formentin-Zayas M, Carbajales-León EB, Medina-Fuentes G, Formentin-Zayas DM, Formentin-Zayas M, Formentin-Zayas M, et al. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero”. Revista Información Científica [Internet]. agosto de 2021 [citado 4 de agosto de 2023];100(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000400001&lng=es&nrm=iso&tIng=es
3. OPS/OMS [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2023]. Hipertensión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
4. Contreras MPC, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Vásquez LCJ. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos Nabón. Arch Venez Farmacol Ter. 28 de junio de 2021;40(3):291.
5. Garcés JPG, Quillupangui SMQ, Delgado EPD, Ávila SAS, Samaniego XSS, Solórzano GAG, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 1 de febrero de 2021;15(5):323.
6. Oliveira DS de, Oliveira BC da S, Alves SRP, Torres V da SF, Oliveira RC de, Moraes CAC. Fatores relacionados í adesão ao tratamento anti-hipertensivo: fundamentação a partir da teoria de Imogene King. Nursing (São Paulo). 17 de mayo de 2021;24(276):5622-31.
7. Carrillo GPC. Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en Latinoamérica. Mediciencias UTA. 1 de junio de 2019;3(2):2-9.
8. Freire W, Ramires M, Belmont P, Mendieta M, Silva M, Romero N. Tomo1: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2014;1(1):674-5.
9. Armijos Zambrano IM, Condo Cabrera DP. Prevalencia de hipertensión arterial y uso de fármacos antihipertensivos en adultos de la ciudad de Cuenca, Ecuador. 2018 [Internet] [bachelorThesis]. Universidad de Cuenca; 2019 [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32600>
10. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). 2017;5-6.
11. Sabio R. Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. Revista Cubana de Salud Pública. septiembre de 2018;44(3):1-2.
12. González Boulí Y, Cardosa Aguilar E, Carbonell Noblet A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Rev inf cient. 2019;98(2):146-56.
13. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to Antihypertensive Therapy. Med Clin North Am. enero de 2017;101(1):229-45.

14. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2018;13:2425-41.
15. Cajachagua Castro MC, Vargas Ticona CV, Ingles Rayme MI, Chávez Sosa JC. Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40(4):389-95.
16. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. febrero de 2016;15(1):40-50.
17. Lee HJ, Jang SI, Park EC. Effect of adherence to antihypertensive medication on stroke incidence in patients with hypertension: a population-based retrospective cohort study. *BMJ Open*. 1 de junio de 2017;7(6):e014486.
18. Jiménez Fernández L, Mota D, Chala Tandrán JM, Brito Ferrer Y, Aramada Esmores Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud*. 22 de enero de 2017;9(1):10-8.
19. Solís A, Bergonzoli-Peláez G, Contreras-Rengifo A. Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. *Univ Salud*. 20 de diciembre de 2021;24(1):95-101.
20. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías. *Boletín Terapéutico Andaluz (BTA)*. 2020;35(4):39-49.
21. Pochuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y, Pochuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. julio de 2021;14(3):316-21.
22. Pallarés-Carratalá V, Divisón Garrote JA, Prieto Díaz MA, García Matarín L, Seoane Vicente MC, Molina Escribano F, et al. Posicionamiento para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria a partir del análisis crítico de las guías americana (2017) y europea (2018). *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)*. *Semergen*. 1 de mayo de 2019;45(4):251-72.
23. Tavares Gomes A, Santos Marques J, de Oliveira Meneses M, Vicente Torres M, Martins de Deus Leal SR, de Sousa Meneses Brandão SA, et al. Factores asociados con el cumplimiento de la medicación y el tratamiento sin medicación en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Enfermería [Internet]*. marzo de 2021 [citado 4 de agosto de 2023];37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192021000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. *Rev Med Clin Condes*. 1 de enero de 2018;29(1):12-20.
25. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Ramírez-Villalobos D, Hernández-Prado B, Barquera S. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut 2020. Salud Publica Mex*. 5 de noviembre de 2021;63(6, Nov-Dic):692-704.

26. OMS. Organización mundial de la salud. 2022 [citado 4 de agosto de 2023]. Hipertensión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
27. De la Rosa JM, Acosta Silva M. Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. Revista Archivo Médico de Camagüey. junio de 2017;21(3):361-9.
28. Caiche M, Panchana G. Creencias culturales y su relación con la hipertensión arterial en adultos mayores. Comuna Río Verde. Santa Elena. 2018- 2019 [Internet] [bachelorThesis]. [Santa Elena]: Universidad Estatal Península De Santa Elena; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4856/1/UPSE-TEN-2019-0011.pdf>
29. García E, Gil M, Murillo D, Vázquez J. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). 2017;8-68.
30. Campoverde Sigüenza ÁV. Adherencia farmacológica en pacientes con terapia antihipertensiva atendidos en el Hospital de la Mujer y el Niño de Patamarca [Internet] [bachelorThesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2021 [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/35643>
31. OMS, OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Adherence to the long-term treatments: tests for the action. 2004;3-170.
32. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. hpsal. 5 de junio de 2016;0121-7577(2462-8425):117-37.
33. Chaves Torres NM, Echeverri Sarmiento JE, Ballesteros DA, Quijano Rodriguez J, Camacho D. Validación de la Escala de Morisky de 8 Ítems en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Revista Med. julio de 2016;24(2):23-32.
34. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica (Internet). septiembre de 2018;59(3):163-72.
35. Zapattini DH, Ortiz I. Therapeutic adherence in hypertensive patients of the Internal Medicine office at the Hospital de Clínicas. An Fac Cienc Méd (Asunción). 30 de agosto de 2021;54(2):89-96.
36. Carvalho BL de, Palmeira CS, Macêdo TTS de. Adesão ao uso dos anti-hipertensivos avaliada pela escala de Morisky-Green. Revista de Divulgação Científica Sena Aires. 2021;10(2):400-10.
37. Cobos DFO, Abril KLC, Lazo JMQ, Serrano MEÁ. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. REVISTA MÉDICA HJCA. 28 de noviembre de 2016;8(3):252-8.

Anexos

Anexo A. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento del diagnóstico de DCC.	Tiempo.	Edad en años cumplidos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 40-49 años 2. 50-59 años 3. 60-69 años 4. 70-79 años 5. ≥80 años
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Características fenotípicas.	Observación de fenotipo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mujer 2. Hombre
Estado civil	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o de su mismo sexo.	Condición jurídica.	Cédula de identidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Viudo/a 5. Unión Libre
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos.	Conocimientos académicos.	Referido por el paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Tercer nivel 4. Cuarto nivel

Adherencia al tratamiento	Grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.	Cumplimiento del tratamiento.	Test de Morisky – Green Levine.	1. Adherente 2. No Adherente
Causas	Es la acción capaz de producir algo, que denominamos efecto o resultado, o aquello que es la razón de que algo ocurra.	Olvido de las tomas.	Referido por el paciente.	1. Si 2. No
		Sintomatología.	Referido por el paciente.	1. Sí 2. No
		Percepción del riesgo para la salud.	Referido por el paciente.	1. Si 2. No
		Esquema terapéutico.	Número de fármacos antihipertensivos	1. Monoterapia 2. Combinada
		Polifarmacia.	Número de fármacos en general.	1. Menos de 3 fármacos. 2. Más de 3 fármacos.
		Efectos adversos.	Lista de efectos adversos.	1. Si 2. No

Anexo B. Ficha de recolección de datos**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y posibles causas en pacientes hipertensos de los Centros de Salud “Totoracocha” y “Mariano Estrella”.

Formulario N°: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Sexo:

1. Mujer
2. Hombre

Estado civil

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Divorciado/a
4. Viudo/a
5. Unión Libre

Nivel de instrucción

1. Primaria
2. Secundaria
3. Tercer nivel
4. Cuarto nivel

Adherencia al tratamiento (Test de Morisky – Green)

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

Si No

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Si No

Quando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Si No

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

Si No

Causas de la no adherencia

Olvido de las tomas

¿Usted se olvida de tomar el medicamento para la presión alta?

1. Si
2. No

Sintomatología

¿La presión alta le produce molestias (dolor de cabeza, sangrado de la nariz, palpitaciones)?

1. Si
2. No

Percepción del riesgo para la salud

¿Conoce usted los riesgos de no tomar la medicación para la presión (infarto de miocardio, eventos cerebrovasculares, insuficiencia renal, entre otros)?

1. Si
2. No

Esquema terapéutico

¿Cuántos medicamentos toma para la presión alta?

1. Monoterapia (Toma un solo medicamento)
2. Combinada (Toma más de un medicamento)

Polifarmacia

¿Cuántos fármacos consume al día?

1. Menos de 3 fármacos
2. Más de 3 fármacos

Efectos adversos

¿El medicamento que usa para la presión alta le produce molestias?

1. Si
2. No

En caso de ser afirmativa la respuesta, ¿Qué molestias le produce el medicamento?

Anexo C. Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación FRECUENCIA DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y POSIBLES CAUSAS EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LOS CENTROS DE SALUD "TOTORACOCHA" Y "MARIANO ESTRELLA". CUENCA, 2023.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Directora.	Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo.	0101755379	Universidad de Cuenca.
Investigadora.	Erika Valeria Patiño Morocho.	0106181910	Universidad de Cuenca.
Investigadora.	Ashly Stefany León Arévalo	0106306384	Universidad de Cuenca.

¿De qué se trata este documento?

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

Introducción.

La hipertensión arterial afecta a más del 30% de la población adulta a nivel mundial, en América Latina la prevalencia alcanza el 20 %. En nuestro país según la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) la población entre los 18 a 59 años que presentan HTA es del 9.3%. De acuerdo a un estudio realizado por Armijos y colaboradores para el 2019 en Cuenca la prevalencia era del 35.7%, por lo que esta enfermedad es considerada como un verdadero problema de salud ya que su mal control incrementa el riesgo de desarrollar diversos tipos de enfermedades entre ellas se encuentran las cardiopatías, encefalopatías, nefropatías, entre otras, de modo que se a convertido en una causa importante de mortalidad precoz.

Desafortunadamente, la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es baja, puesto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sitúa en torno al 50 %, y otros estudios indican que la prevalencia de la no adherencia varía entre el 25 y el 50 %.

Ante ello hacemos hincapié en la necesidad de promover una buena adherencia al tratamiento ya que su cumplimiento ayuda a reducir los casos de complicaciones y muerte, a su vez mejorando la calidad de vida de los pacientes y de su familia.

Su participación es muy valiosa ya que al formar parte del grupo de pacientes con hipertensión arterial que asisten a los Centros de Salud seleccionados nos permiten entender cuál es la realidad en cuanto a la prevalencia de la no adherencia al tratamiento y sus causas, datos que son de gran ayuda para promover estrategias educativas en todos los niveles de atención de la salud.

Objetivo del estudio.

El objetivo de nuestra investigación es conocer la frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y sus causas en los pacientes hipertensos de los Centros de Salud "Totoracocha" y "Mariano Estrella" del Cantón Cuenca en el año 2022.

Descripción de los procedimientos.

Previa socialización del estudio a las autoridades de los Centros de Salud, se estima que la población participante es aproximadamente 170 personas, de los cuales 120 son del Centro de Salud "Totoracocha" y 50 del Centro de Salud "Mariano Estrella", la información será obtenida mediante la aplicación de una encuesta realizada por las autoras y el test de Morisky - Green a los miembros de los clubs de pacientes con Hipertensión Arterial que cumplan con los criterios de inclusión durante las reuniones.

Riesgos y beneficios.

Riesgos: La investigación tiene un riesgo mínimo ya que se guardará absoluta confidencialidad de la información obtenida, sin revelar nombres o datos personales que pudieran causar daño o incomodidad, pero no está exenta la posibilidad de generar ansiedad o vergüenza en los participantes al contestar las preguntas que involucran su cumplimiento del tratamiento.

Beneficios: Al ser parte de este estudio, se obtendrá un beneficio colectivo ya que se contará con información actualizada sobre la frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y sus posibles causas en los pacientes hipertensos de los Centros de Salud "Totoracocha" y "Mariano Estrella" del Cantón Cuenca en el año 2022, información que servirá de base para futuras investigaciones

Otras opciones si no participa en el estudio.

En caso de no querer formar parte de la investigación, ni responder la encuesta, debe quedar claro que tiene la total libertad de negarse sin que esto genere ningún tipo de problema en su contra.

Derechos de los participantes.

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 9) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 12) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 13) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto.


Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0986135268 que pertenece a Erika Patiño o envíe un correo electrónico a erika.patinom02@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado.

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

_____	_____	_____
Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/la investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha:
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Anexo D. Carta de interés



Ministerio de Salud Pública

SOLICITUD DE CARTA DE INTERÉS DATOS ANONIMIZADOS

CUENCA, 3 DE MARZO DE 2023.

Dr. Juan Carlos Espinoza.
RESPONSABLE DE LA OFICINA TÉCNICA CUENCA NORTE.

Presente. -

De mi consideración:


Por medio de la presente, solicito se designe a quién corresponda analizar el interés institucional y pertinencia de la investigación titulada: *"Frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y posibles causas en pacientes hipertensos de los Centros de Salud "Totoracocha" y "Mariano Estrella". Cuenca, 2023.*", para la emisión de la Carta de Interés, debido a que el estudio mencionado requiere del acceso a datos relativos a salud que recopilan en *Centros de salud: Mariano Estrella y Totoracocha* del Ministerio de Salud Pública del Ecuador,

Esta solicitud se realiza en atención a lo dispuesto en Artículo 16 del Acuerdo Ministerial Nro. 0015-2021, "Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos", publicado en el Registro Oficial -segundo Suplemento N° 573 el 9 de noviembre del 2021, "Los datos relativos a personas que reposen en instituciones que conforman el sistema Nacional de salud podrán ser tratado por personas naturales y/o jurídicas de derecho público o privado con fines de investigación observacional o estudios de intervención, siempre que se encuentran tratados de manera anonimizada o pseudoanonimizada. Dicho tratamiento debe ser autorizado por la máxima autoridad de la institución donde se resguarde los datos y estar en concordancia con las disposiciones de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales".

Para lo cual adjunto el documento del protocolo de investigación *Frecuencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico y posibles causas en pacientes hipertensos de los Centros de Salud "Totoracocha" y "Mariano Estrella". Cuenca, 2023*, que será realizado con los datos de *Centro de salud Totoracocha y Centro de salud Mariano Estrella*. Los datos de los sujetos de estudio que se requieren son: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, adherencia al tratamiento y causas (olvido de las tomas, sintomatología, percepción del riesgo para la salud, esquema terapéutico, polifarmacia, efectos adversos). Además, la investigación es autofinanciada por las autoras, la metodología de estudio será realizada a través de encuestas.

Se comunica que esta carta de interés es un requisito para realizar la tesis de titulación para la posterior obtención del título de grado de la Carrera de Medicina.

Atentamente,




FIRMA
ERIKA VALERIA PATIÑO MOROCHO
UNIVERSIDAD DE CUENCA
CARGO: ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA: 0106181910
CORREO ELECTRÓNICO: erika.patnom02@ucuenca.edu.ec

Código: EIRSPI-F-03

Versión: 1 Rev: MAY 2022

Página: Página 1 de 2



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
OFICINA TÉCNICA 01001 CUENCA

RECIBIDO

03-03-2023

16h44

NOMBRE: Ma. Jose Ordóñez

ANEXOS: 14/F