



Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Policlínico Universitario
“Policlínico Universitario
Área V “Manuel Piti Fajardo”

Título: Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V.,2020-2021

Autora: Dra. Yaniris Alfonso González
Residente de primer año de la Especialidad de Medicina General Integral

Tutora: Dra. Rujaine López Sánchez.
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Asesora: Lic. Dalia Rosa Ruiz Rojas
Licenciada en GIS. Profesor Instructor.

Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado de Medicina
General Integral

2022
“Año 63 de la Revolución”

EXERGO

“... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva,..., en fin será un “Guardián de la Salud”.

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a:

✚ “A Dios mi señor por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.”

✚ “A mis Padres y familiares: Fuente inagotable de amor e inspiración, que con profunda devoción y amor me han entregado gran parte de sus vidas para poder ser y hacer, de quien he recibido aliento, estímulo y comprensión aliviándome siempre la fatiga y el cansancio del estudio, quienes a lo largo de este tiempo me brindaron su apoyo innegable, dejándome uno de los más grandes legados, mi profesión, la cual llevaré con el mayor de los agrados y responsabilidad para aportar con mi sabiduría a construir un mundo mejor. ”

AGRADECIMIENTOS:

Nuestro empeño es exitoso solo si bebemos de la fuente del talento y la experiencia acumulada por otros que en su tiempo se nutrieron del saber de quienes los antecedieron. Por esta razón quiero agradecer a:

- ✚ A la Revolución y Especialmente a Nuestro Comandante por haberme permitido lograr mis objetivos, sin lo cual hoy no sería quien soy.
- ✚ A Dios por darme la fuerza para recorrer este largo camino.
- ✚ Todos los profesores que contribuyeron a mi formación aplicando sus conocimientos y exigencias.
- ✚ A mi tutora , Dra. Rujaine López Sánchez., por su constante ayuda y valiosos conocimientos para la confección del trabajo con una calidad adecuada..
- ✚ A mis padres, y a mi familia por motivarme a culminar este peldaño más en mi vida profesional.
- ✚ En especial a: Lic. Dalia Rosa Rojas Ruiz por su valioso aporte de conocimientos metodológicos y su especial atención cuando lo necesité.
- ✚ A todos aquellos que me han dado su apoyo incondicional brindándome su caudal de conocimientos, sin escatimar esfuerzos y sacrificios.

ETERNAMENTE AGRADECIDO.

RESUMEN

Fundamentación: La adecuada adherencia al tratamiento farmacológico es crucial para tener la certeza y confianza que el esquema terapéutico brindado por el médico puede dar o no resultados satisfactorios en el control de la hipertensión arterial. **Objetivo:** Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V., 2020-2022. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, del 1ro de enero de 2020 -1 junio del 2022. **Universo: quedo conformado por** 160 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial **Muestra:** Quedo conformada por 114 pacientes, elegidos mediante un muestreo de tipo probabilístico. Se estudiaron variables sociodemográficas, adherencia al tratamiento, sociodemográficas, factores que inciden en la adherencia o no al tratamiento, la información se recogió de historia clínica, encuesta y instrumentos aplicados. procesándose en SPSS.21.0.. Los resultados se mostraron en tablas en frecuencias absolutas, se solicitó los avales de consentimiento de las autoridades de salud y pacientes. **Resultados:** predominio en :sexo masculino **70.2%**, grupo etáreo 50-59 años **64.9%**. Técnico medio 50.9 %, trabajadores por cuenta propia **55.3 %**, 37.7% unión libre, nivel socioeconómico regular **57%**, Sobrepeso **56.14 %**, **58.8** no controla la HTA, **62.3 %** no adherencia al tratamiento, con incidencia en el grupo **50-59** años 41.2 %. factores que influyeron en la no adherencia Factores relacionados con la terapia **50 %**, Factores Socioeconómicos **41.2 %**. **Conclusiones:** Los paciente no se adhieren al cumplimiento del tratamiento, el puntajes en las pruebas aplicadas, demostró la existencia de la problemática en la población de estudiada

ÍNDICE

EXERGO	
DEDICATORIA:	
AGRADECIMIENTOS:	
RESUMEN:	
INTRODUCCIÓN:	1
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	9
OBJETIVOS:	37
DISEÑO METODOLÓGICO	28
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	43
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica y sintomática que exige tratamiento de por vida. Así mismo, diversos estudios evidencian que muchos pacientes no comprenden o entienden la enfermedad y su medicación.

Se define como elevación de la presión dentro de las arterias. En ellas se manejan dos tipos de presión arterial: La presión arterial sistólica, que es originada por parte del bombeo cardiaco de sangre a las arterias y la diastólica es la presión originada por la contracción de las arterias. Es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo para otras enfermedades, como la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular, enfermedad renal crónica, y contribuye significativamente a la retinopatía hipertensiva. Existen elementos de riesgo manejados en la comunidad médica que también predisponen a los individuos a padecer hipertensión arterial dentro de los que podemos citar la descendencia de afroamericanos, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, la ansiedad, beber alcohol, la sal en la dieta, los antecedentes familiares de hipertensión arterial, y entidades como la diabetes y el hábito de fumar. No obstante, la mayoría de las veces no se identifica causa alguna de presión alta, lo cual se denomina hipertensión esencial.¹

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y fallo renal, que son causas de alta mortalidad.² La HTA es una enfermedad que generalmente necesita tratamiento farmacológico. Los medicamentos hipotensores más usados universalmente y considerados de primera línea en su tratamiento son: los diuréticos, los betabloqueadores, los bloqueadores de los canales de calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y, más recientemente, los antagonistas de los receptores de la angiotensina II.^{3,4}

Se presenta a nivel mundial como una de las principales causas de muerte y discapacidad. Una de las grandes problemáticas de esta enfermedad crónica es la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Esta realidad hace que muchos pacientes no logren tener un buen control de la tensión arterial y aumenten el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, deteriorando en gran medida su calidad de vida.⁵

Se estima que la prevalencia de la hipertensión arterial aumentará en un 30% para el año 2025. Aproximadamente 43% a 65.5% de los pacientes que no se adhieren a los regímenes prescritos son pacientes hipertensos.⁶

Una adhesión terapéutica deficiente da como resultado una salud deficiente y un incremento en los costos sanitarios. Se ha calculado que el 40% de los casos de infarto de miocardio grave o de derrame cerebral son atribuibles a la HTA y algunos estudios han demostrado que, a pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, menos del 25% de los pacientes con tratamiento alcanzan una presión arterial óptima.⁷

La falta de adherencia al tratamiento ha sido identificada como uno de los principales factores que inciden en su mantenimiento. Si bien el nivel exacto de adherencia en esta patología es difícil de determinar, alrededor de la mitad de los pacientes son considerados no adherentes, con rangos que oscilan entre el 40% y el 80%.^{7, 9,}

Según la OMS la diferencia principal está dada por el hecho que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, mientras que el segundo término implica que el propósito de recetar es conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico. Se recomienda que los pacientes deben colaborar activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados.⁸

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Es una de las causas

principales del pobre control de la presión arterial, sólo la mitad de las personas con enfermedades crónicas realizan correctamente el tratamiento indicado, lo que quiere decir que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o muerte prematura. Es necesario evaluar el cumplimiento o la adherencia al tratamiento hipotensor y determinar cuáles son los factores relacionados con este fenómeno.⁹

Se han descritos múltiples factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos, entre ellos se destacan:¹⁰ desde actos involuntarios como un simple olvido o la confusión en la toma del medicamento hasta situaciones voluntarias como dejar de tomarlo por no considerar el tratamiento necesario, por considerarlo dañino o porque simplemente siente una mejoría y abandona el tratamiento. La identificación de factores que pueden influir en la no adherencia al tratamiento, permitirán tomar acciones y decisiones para mejorar la relación médico-paciente, en la cual exista una actitud proactiva y participativa en el proceso de mantenimiento de la salud.

La adherencia al tratamiento se define según la OMS como “el grado en que el comportamiento de una persona - tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario, y ejecutar cambios en el estilo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”^{8,11}. Por lo que a pesar de que en las últimas décadas se han producido múltiples esfuerzos para mejorar los procesos diagnósticos y el tratamiento de enfermedades crónicas, la falta de adherencia a los regímenes de tratamiento sigue siendo un obstáculo para cumplir con las metas establecidas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Adicionalmente la OMS en su proyecto sobre adherencia hace referencia a un conjunto de 5 factores, que están relacionados con la adherencia al tratamiento los cuales son: factores sociales y económicos, factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con las características de la enfermedad, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente⁶. Por lo que la adherencia al tratamiento es

el resultado de múltiples factores que deben ser objeto de estudio, para desarrollar estrategias efectivas en la práctica clínica. ¹¹

Existen numerosos estudios que evalúan el nivel de control adecuado de la HTA en diversos países, oscilando entre 36 y 85% . En todos los pacientes hipertensos se debe realizar un tratamiento higiénico-dietético que incluya el control de sobrepeso, la realización de ejercicio físico y la disminución de la ingesta de sal en la dieta. El tratamiento farmacológico de la HTA según el JNC 8 puede iniciarse con cualquiera de estas opciones: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, bloqueantes del receptor de la angiotensina, bloqueantes cálcicos y diuréticos, aunque la selección de ellas debe basarse en cada situación clínica. Puede iniciarse con una de ellas o asociarse según respuesta . ^{13,12}

Existen formas de medir directamente el apego al tratamiento, como la prueba de MoriskyGreen-Levine (MGL), con el que se ha demostrado un alto potencial predictivo positivo del autoinforme en el apego con capacidad para predecir el control de la presión arterial¹⁴ Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí/no), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento de un tratamiento. Se pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas se deben realizar entremezcladas con la conversación y en forma cordial ; son las siguientes:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
- Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomarla? ¹³

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y

promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, fundamentalmente la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.¹⁴

A nivel mundial la hipertensión arterial es una enfermedad que ha ido incrementando su prevalencia. Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, en donde la hipertensión es uno de sus factores de riesgo clave considerándose un problema de salud pública mundial . Sus complicaciones causan anualmente 9,4 millones de muertes ² , el 45% de las muertes es por cardiopatías y el 51% de las muertes es por accidente cerebrovascular.⁸ En el mundo hoy mueren alrededor de siete millones de personas al año por hipertensión arterial no controlada.

Las proyecciones a largo plazo sugieren que, para 2025, el 29 por ciento de los adultos en todo el mundo tendría HTA (es decir, 1,56 mil millones de personas en todo el mundo. La Organización Panamericana de la Salud refiere que para el año 2025 la hipertensión habrá aumentado en países desarrollados y en países en vía de desarrollo un 24 y 80% respectivamente, a su vez la prevalencia en América Latina y el Caribe oscila entre el 8 y el 30%.¹⁵

Mundialmente existen 1130 millones de personas con hipertensión arterial y 420 millones son de países en vías de desarrollo. Los investigadores señalan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas.¹⁶ la proporción de pacientes que cumplen con su terapia hipertensiva, varía del 27% en Gambia, 43% en China y el 51% en Estados Unidos. En el caso de los pacientes tratados que presentan un buen control de la presión arterial son el 30% en los EE.UU, el 7% en el Reino Unido y el 4,5% en Venezuela .En la región de América Latina, estudios relacionados a la interrupción del tratamiento se encontró un índice de adhesión de 44 a 90%. ¹⁷

Los estudios disponibles a nivel mundial, señalan que el porcentaje de pacientes diagnosticados de hipertensión (HTA) que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20% y el 80% ,si bien la mayoría de ellos ofrecen porcentajes entorno al 50% .Igualmente, estudios llevados a cabo en España han indicado que entre el 40% y el 80% de los pacientes hipertensos no cumplen correctamente el tratamiento .¹⁴

En América Latina y el Caribe, de acuerdo a los datos de la Organización

Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de HTA oscila entre el 8% y el 30%.^{18,19} En Latinoamérica se encuentra que en Chile el 59,8% de la población hipertensa tiene conciencia de su enfermedad, sin embargo, solo el 36,3% se encuentra en tratamiento y el 11, 8% tiene su hipertensión controlada ¹⁰, se calcula también que la adherencia al tratamiento farmacológico en el Programa Salud Cardiovascular de este país es del 54% a los 4 meses de iniciada la terapéutica y de 35% a los 12 meses de tratamiento, porcentaje limitado teniendo en cuenta que la persona con hipertensión está comprometido a ingerir fármacos desde el primer mes en adelante .²⁴

En Cuba existen casi dos millones y medio de pacientes hipertensos, exactamente ¹³, la hipertensión arterial (HTA), como enfermedad primaria se encuentra entre las tres primeras causas de muerte, se estima que existen alrededor de 2 millones de hipertensos (25% de la población mayor de 15 años y casi el doble en mayores de 60 años), por lo que constituye un problema de salud que se enfrenta con un enfoque multidisciplinario, tanto en la población urbana como rural, donde alcanza la prevalencia del 30 % y el 15 % respectivamente; a partir de 1974 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) ha participado conjuntamente con la OMS en la elaboración e implantación de un programa nacional para la prevención y control de la HTA, este se ha rediscutido, actualizado según acorde a la mejor evidencia internacional a través de los años, enfatizándose en lo que le corresponde a la Atención Primaria de Salud (APS).^{20 ,21}

Investigaciones en Cienfuegos dan cuenta que la HTA afecta alrededor del 19.9 % de la población mayor de 15 años del municipio cabecera, prevaleciendo más en los hombres, que en las mujeres; más frecuente en las mujeres negras que en las blancas y sin diferencias entre los hombres negros y los hombres blancos. La prevalencia aumenta con la edad en hombres y en mujeres, con cambios considerables en los hombres a partir de los 35 - 44 años y en las mujeres una década después. Tal información es relevante para guiar las acciones de prevención primaria y de detección temprana de la enfermedad^{.29,22,23}

En la primera medición del Proyecto CARMEN, en el año 2007, encontró que más del 70 % de los hipertensos refirió conocer que padecía la enfermedad, el 61 % llevaba tratamiento para esta y el 65 % de los tratados conseguían cifras de PA < 140/90 mmHg. La tasa total de control en la población llegó al 40 %, una de las tasas de control más elevadas del mundo. Tales resultados se justifican por las acciones promovidas por el Programa Nacional para el manejo de la HTA, particularmente a nivel de la APS.^{13,28, 24,25}

El Proyecto Global Cienfuegos después de cuatro años redujo la prevalecía de Hipertensión Arterial de 43,9% a 38,5%. Dentro del proyecto nacional emprendido para el control de la Hipertensión Arterial le corresponde un papel muy importante a la atención primaria de salud pero como todo sistema se hace imprescindible la interrelación de todos y cada uno de los factores, de ahí al primer escalón del frente de batalla el Consultorio del Médico de Familia

La carga de mortalidad cardiovascular de Cienfuegos no difiere de la observada en el resto del país. Los servicios de salud en la provincia están organizados en un sistema centralizado y están basados en consultorios atendidos por un médico y una enfermera de la familia. En la provincia de Cienfuegos en el año 2014 se arrojaron cifras de 91403 pacientes hipertensos, el cual tuvo un aumento en el año 2015 a 92230 pacientes. El comportamiento de la enfermedad es similar en la provincia de Cienfuegos con el de la nación.²⁶

A pesar de que existe un amplio conocimiento sobre cómo prevenir y tratar esta afección, en la población del **consultorio 7. Área V del Municipio de Cienfuegos** su la prevalencia va en aumento en los últimos cinco años por lo que constituye un problema de salud a resolver, **lo que esta dado por la** falta de un adecuado control del tratamiento, es decir falta de adherencia al tratamiento que al igual que todas las enfermedades crónicas, necesitan de tratamiento a largo plazo; a pesar de ello, existen dificultades en el cumplimiento de los tratamientos en pacientes hipertensos. Por este motivo, formulo las siguientes interrogantes.

¿Cómo se comporta la adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V.,2020-2022?

Justificación del problema:

Los actuales indicadores globales de hipertensión arterial, va en aumento en los últimos cinco años, aumentando sus consecuencias en el medio social y familiar que afectan a la población a nivel mundial, nacional como provincial justifican la realización del presente estudio, siendo el conocimiento sobre los factores que inciden en la no adherencia al tratamiento farmacológico el eslabón fundamental para la prevención oportuna, la única vía capaz de atenuar la problemática. Por este motivo, un estudio como éste, realizado en nuestra región, brindara información valiosa al médico de atención primaria, para tener acceso a datos de nuestra realidad a tener en cuenta para asegurar una adecuada adherencia en la población del **consultorio 7. Área V del Municipio de Cienfuegos**. De igual modo, servirá como base para futuros trabajos de investigación. Es por eso, que considero de gran importancia realizar un estudio sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos usando el test de Morisky Green,

Marco teórico

Marco referencial

Domínguez Gallardo ²⁷, en su investigación: Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, menciona que el estudio sociodemográfico de la población es importante para iniciar una investigación exhaustiva, no solo en este grupo de edad, también en las demás etapas de la vida, en los cuales podemos encontrar otras causas diferentes o similares a las que aqueja a este grupo; al estudiar 338 pacientes, se identificó que el 66% de la población fue de sexo femenino con una edad media de 56 ± 7 años presentando en el 70% la falta de adherencia al tratamiento, el cual se asocia a la presencia de complicaciones crónicas en el 53%, la monoterapia farmacológica 35%, la presencia de efectos adversos medicamentosos 17%, el tiempo de evolución mayor a diez años 16% y la mala relación enfermera-paciente 16%, como consecuencia, se reconoce que el estudio de estas características es relevante y proporciona una visión holística de la situación poblacional referente a la adherencia, necesarios para calcular indicadores relacionados a la salud y enfocarnos en la educación acorde a la realidad de los pacientes con el fin de mejorar su cumplimiento terapéutico.

Luna U, Haro S²⁸. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco. México 2016. Objetivo: Determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar. Métodos: Estudio descriptivo y transversal. Se utilizó el instrumento de Morisky-Green-Levine. Resultados: Se encontró que 52.01% (181) contaba con adecuada adherencia terapéutica y 47.99% (167) no tenía adherencia terapéutica. Conclusiones: Se logró determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Alrededor de 50% de la población con hipertensión no tenía un apego adecuado al tratamiento.

Damián Foronda JL et al²⁹ , concluyeron con que existen múltiples determinantes que condicionan una menor adherencia en los pacientes hipertensos, entre los cuales citan a la edad, el nivel de conocimiento de la enfermedad, las comorbilidades, el nivel de conocimiento de la medicación, y el trato adecuado a los pacientes .

Hamdidouche I et al³⁰ Concluyeron que la adherencia terapéutica es subóptima en la hipertensión, y que no existe solo una explicación para este fenómeno; sin embargo, resaltan que la adherencia al tratamiento antihipertensivo es bien reconocida como una clave crucial en la efectividad de las drogas antihipertensivas para cumplir con las metas terapéuticas de reducción de la presión arterial.

Khayyat SM et al³¹ , concluyeron que la adherencia a los antihipertensivos fue alarmantemente baja en Arabia Saudita, y que ello podría explicar el pobre control de la presión arterial; resaltaron la necesidad de educar a los pacientes sobre la importancia del cumplimiento terapéutico y su impacto en el control de la enfermedad .

Kurdi AI et al³²,concluyeron que la adherencia a los antihipertensivos fue subóptima; además, muchos factores del paciente fueron confirmados como determinantes de la adherencia a las clases de antihipertensivos y a la terapia en general. Estos permiten la identificación de los pacientes en riesgo de no adherencia, los cuales pueden ser direccionados para intervenciones de mejora **de adherencia y mayor seguimiento.**

Raimi TH³³,concluyó que la adherencia a los antihipertensivos en su estudio fue baja, y que tanto el sistema de salud como los factores relacionados a los pacientes contribuyeron a ello; determinó que las razones más comunes de no adherencia fueron los altos costos de los fármacos y la falta de recursos económicos .

Bases Teóricas o Científicas

Marco teórico.

En el siglo III d. C., el médico indio Súsruta menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión. La comprensión moderna de la hipertensión se inició con el trabajo del médico William Harvey (1578-1657), quien en su libro de texto *De motu cordis* fue el primero en describir correctamente la circulación sanguínea sistémica bombeada alrededor del cuerpo por el corazón.¹⁻³ En 1733, Stephen Hales realizó la primera medición de la presión arterial (PA) registrada en la historia. En 1808, Thomas Young realizó una descripción inicial de la hipertensión como enfermedad, pero no fue hasta el año 1905 que Nikolái Sergueyéovich Korotkov inventó un método para medir la presión sanguínea, que sigue siendo la base de los aparatos modernos del siglo XXI.⁽⁴⁾

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) o presión arterial alta, es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o presión arterial diastólica (PAD).⁽³⁴⁾

En la población adulta (mayor o igual a 18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140 milímetros de mercurio (mmHg) y para la diastólica es mayor o igual a 90 mmHg. El riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal. Sin embargo, se debe establecer el riesgo adicional teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes, así como el compromiso clínico o subclínico de órgano o sistema blanco (estratificación de riesgo global). ⁽³²⁾

La enfermedad hipertensiva no es curable, pero se considera que la reducción efectiva de la presión arterial (PA) es un objetivo fundamental para la reducción de los **eventos cardiovasculares**.⁽³²⁾

Etiología

Hipertensión primaria (esencial o idiopática)

Es aquella en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados, pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial.⁽³²⁾

A continuación, se muestra la clasificación más reciente de presión arterial para adultos de 18 años y más, que se basa en valores de las cifras y tiene el propósito de identificar individuos en riesgo de padecer HTA (prehipertensos), así como facilitar el tratamiento y la evolución de los ya enfermos o hipertensos.⁽⁴¹⁾

Categoría	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Normal	menos de 120	menos de 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión	140-159	80-99
Grado I	160-179	100-109
Grado II	180 y más	110 y más
Grado III	140 y más	menos de 90
Hipertensión sistólica aislada	menos de 120	menos de 80

Diagnóstico

La hipertensión arterial suele diagnosticarse de forma casual, al realizarse una determinación de la tensión arterial por una revisión médica o simplemente por curiosidad. En este caso conviene comprobar que la medición ha sido correcta. Aun así, es recomendable realizar alguna otra determinación (al menos dos más).

Por desgracia, con cierta frecuencia la hipertensión arterial se descubre al aparecer alguna de las consecuencias nocivas sobre la salud (problemas de corazón, insuficiencia renal, o lesiones cerebrales).

Los estudios deben ir dirigidos a averiguar el posible origen de la hipertensión arterial, los mecanismos implicados en su aparición, la existencia de otras alteraciones que aumenten el riesgo de presentar algún problema cardiovascular (hipercolesterolemia, hiperglucemia, etc.), la repercusión que haya producido a nivel de diversos órganos, y determinar que tratamiento es el mejor.⁽³²⁾

En los exámenes auxiliares incluyen un examen de la función renal, un estudio del sedimento urinario, determinar las cifras de glucosa, lípidos (incluidas sus diferentes fracciones) así como la determinación de los electrolitos más importantes del organismo (sodio, potasio y calcio). Es conveniente un estudio cardiológico que debe incluir un electrocardiograma y a ser posible una exploración ecocardiográfica. Finalmente es útil la realización de una radiografía de tórax y de un examen ecográfico abdominal intentando visualizar el tamaño y morfología de los riñones e incluso su irrigación mediante técnicas de ecografía Doppler. La oportunidad de realizar otros estudios dependerá de la facilidad de control, gravedad y posible causa de la hipertensión arterial (monitorizaciones continuas de la tensión, ecografías, TAC o estudios isotópicos, radiológicos vasculares y endocrinológicos).⁽³²⁾

Tratamiento:

Aunque la hipertensión no se puede, en general, curar (sólo en algunos casos de hipertensión secundaria), afortunadamente se puede controlar y mantener

controlada. Para conseguir esta reducción en las cifras de presión arterial, se debe seguir un tratamiento continuado y, de esta forma, se podrán evitar las consecuencias que para la salud tendría el permanecer con la presión alta. Al hablar de tratamiento no nos referimos sólo al tratamiento con medicamentos. En algunos casos, la instauración de unas normas higiénicas dietéticas puede ser suficiente para controlar la presión. ⁽³³⁾

Tratamiento dietético y actividad física

Son las fundamentales, pueden retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivos; por lo que, es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva. ⁽³²⁾

Las medidas con demostrada capacidad para reducir la PA son:

- A). Dieta.
- B). Cuidar el peso. ⁽³⁵⁾
- C. Ejercicio físico. ^(36,35)

Tratamiento farmacológico.

El primer objetivo del tratamiento de la HTA es reducir y controlar la PA del paciente y más a largo plazo reducir la morbilidad y mortalidad, fundamentalmente de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales asociadas a la HTA.

Son innumerables los medicamentos indicados para el tratamiento de la

Hipertensión arterial. Hay diversas familias de fármacos útiles para el tratamiento de la hipertensión arterial, algunos actúan sobre el corazón disminuyendo la fuerza (y casi siempre la frecuencia) del latido, otros disminuyen la resistencia de la sangre dilatando las arterias (de forma directa o bloqueando los estímulos que los contraen muchas veces procedentes del sistema nervioso central), algunos mejoran el manejo de la sal por parte del riñón o favorecen la pérdida de líquidos.

Complicaciones

El exceso de presión en las arterias mantenida durante un período de años y no tratada puede llevar a un gran número de complicaciones.

A continuación, se describen las complicaciones que dependen del compromiso clínico o subclínico de los distintos órganos blanco como:

- Riñón: daño renal, microalbuminuria, nefropatía, insuficiencia renal.
- Cerebro: arterioesclerosis, microaneurisma, infartos lacunares silentes, trombosis cerebral, hemorragia, embolia cerebral y demencia
- Corazón: trombosis coronaria, infarto del miocardio, muerte súbita o pérdida del músculo e hipertrofia ventricular izquierda
- Ojo: ruptura de pequeños capilares de la retina del ojo y puede causar ceguera .(32,37)

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ⁽³⁸⁾

Factor de riesgo es un atributo o característica que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad o alteración de la salud. Es la susceptibilidad individual en términos probabilísticos. Es un factor de riesgo cualquier fenómeno físico, químico, biológico o psicosocial, o alguna enfermedad anterior al efecto que se esté estudiando, que por su presencia o ausencia esté relacionado con la enfermedad investigada. También lo es si estos fenómenos ya mencionados pueden ser causa de aparición de enfermedad o daño en personas bajo determinadas condiciones de lugar y de tiempo. Algunos definen los factores

de riesgo como agentes causales mientras no se demuestre lo contrario. Para hablar de factor de riesgo tienen que existir ciertos hábitos, rasgos o características asociadas con un incremento de la susceptibilidad que pueda medirse, para que se desarrolle una enfermedad en su forma prematura.

Según Álvarez Síntesis se define como riesgo la probabilidad de enfermar o morir de una determinada afección o accidente; los factores de riesgo son el conjunto de fenómenos de los cuales depende esta probabilidad. Por dicha razón la estrategia de prevención de enfermedades debe dar máxima prioridad a la lucha contra los principales factores de riesgo. En la medida en que un factor de riesgo gana evidencias científicas como resultado de la investigación, su relación causal con el factor se hace más fuerte, y el factor de riesgo gana la categoría de determinante para la enfermedad. Los factores de riesgo son los que más interés tienen en salud pública, ya que con su posible cambio se puede interrumpir el desarrollo de la afección. ⁽¹⁶⁾

También, existen otros conceptos como el enfoque de riesgo sin embargo en los últimos años se le ha venido dando gran importancia a la estrategia de alto riesgo. Este término se aplica a la identificación de grupos poblacionales con una mayor susceptibilidad de sufrir enfermedades no transmisibles. Así, llamamos grupos de alto riesgo al conjunto de personas en los que confluyen varios factores de riesgo o que muestran niveles de estos que están muy por encima de la media poblacional, con valores extremos por exceso. Dicho de otra forma, grupos poblacionales son un conjunto de factores de riesgo que presentan niveles de valores extremos marcados por exceso. De ahí que hablemos de grupos de alto riesgo coronario. ⁽³⁹⁾

Para que una determinada condición se pueda considerar como factor de riesgo lo que establece la probable relación causal entre esta y el daño provocado ha de cumplir indispensablemente con los siguientes requisitos:

- ✓ Asociarse con una frecuencia significativa a determinada enfermedad o problema de salud. Pero debe existir una forma de relación entre ellas: un aumento o

disminución del factor se acompaña de un aumento o disminución de la enfermedad.

- ✓ Preceder a la enfermedad durante un periodo determinado de tiempo: relación de precedencia temporal.
- ✓ Poseer un carácter patogénico evidente, es decir un respaldo teórico bien fundamentado que explique la aparición del daño: plausibilidad biológica.
- ✓ Predecir la posterior aparición de la enfermedad a la cual predisponen

En la literatura actual sobre epidemiología se habla de factor de riesgo como aquel de origen endógeno o exógeno, que puede ser controlado-tabaco: bronquitis crónica; obesidad: hipertensión, y se emplea el término de marcador de riesgo como un concepto reservado a las variables de personas y, por tanto, endógenas, que no son controlables y definen a los individuos particularmente vulnerables. Los marcadores señalan un aumento del riesgo de padecer la enfermedad, aunque no tienen influencia directa en su producción – edad, sexo, etc. ^(17,37)

Clasificación de los factores de riesgo

Los factores de riesgo se han clasificado de acuerdo con diversos criterios: entre ellos mayores y menores, relacionados con la fuerza de su asociación y consistencia con la aparición del efecto posible, modificable y no modificable, según pueda ser cambiado a través de medidas de salud o no:

No modificables:

Edad.

Sexo.

Historia Familiar.

Color de la piel.

Modificables

Obesidad.

Hiperlipidemia.

Hábito de fumar.

Hábitos alimentarios inadecuados.

Sedentarismo.

Estrés.

Consumo de alcohol.

Según Álvarez Síntesis los factores de riesgo para la hipertensión arterial son: obesidad, edad sexo y estrés.

No modificables:

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.⁽¹³⁾

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado.

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Además de ser un instrumento de la promoción de salud es asimismo, una parte del proceso asistencial, presente durante todo el proceso desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, transversalizando la atención integral. ⁽¹³⁾

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. ⁽¹³⁾

Existen dos métodos para evaluar la adherencia al tratamiento clasificado en directos e indirectos:

- **Los métodos directos** se basan en la medición del fármaco de muestras biológicas de orina, sangre u otro fluido, por lo que requieren implementación sofisticada para su aplicación, no están disponibles para todos los medicamentos y no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana.⁴⁰
- **Los métodos indirectos** utilizan información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado; siendo más sencillos en su utilización y disponibilidad en los establecimientos de salud, el más utilizado de los métodos indirectos es el

test Morisky Green, diseñado y validado para medir adherencia en el tratamiento , es económico, fácil de aplicar y de comprender, tiene alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión.⁶¹

- El Test de Morisky Green es uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación, consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras y una correcta adherencia terapéutica; validado por Val Jiménez en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas.⁶¹

El test de Batalla analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su patología, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad representa un mayor grado de cumplimiento, además, es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, fundamento en el conocimiento de la enfermedad, si el paciente falla en alguna de ellas, se considera no adherente ⁴

Factores que intervienen en la adherencia

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima, con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema, existen varios factores que pueden desencadenar la falta de adherencia y la mayoría de ellos está estrechamente relacionados. ⁴¹

Factores modificables y no modificables

Entre los factores no modificables se encuentran las características demográficas y psicosociales del paciente o la naturaleza de la enfermedad, por ejemplo, los pacientes con edades entre 65-75 años y con buena capacidad cognitiva son mejores cumplidores que otros adultos jóvenes; las enfermedades silentes crónicas registran una menor adherencia que las enfermedades crónicas

sintomáticas, ya que, al tratarse en estas últimas el enfermo puede observar una clara mejoría de sus síntomas.⁴²

En los factores modificables relacionados con el tratamiento farmacológico se encuentran la capacitación y motivación del equipo asistencial, el número de medicamentos prescritos, la frecuencia de administración diaria, la relación de confianza médico-paciente y la participación de otros profesionales de la salud mejora la adherencia al tratamiento.⁴³

Según la OMS los factores que influyen en la adherencia se pueden agrupar en cinco ítems al que se le añade el contexto de salud por pandemia covid-19.

-  Factores socioeconomicos.
-  Factores relacionados con el tratamiento.
-  Factores relacionados con el pacientes.
-  Factores relacionados con la enfermedad.
-  Factores relacionados con el equipo de salud.
-  Contexto actual de salud pandemia por Covid-19

Factores socioeconómicos

Entre ellos está la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento, además de las condiciones de vida inestables, el costo elevado del transporte y la medicación, las situaciones ambientales cambiantes y la disfunción familiar.⁴⁴

Factores relacionados con el tratamiento

Los más relevantes se vinculan con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento y los cambios constantes, además de los fracasos

terapéuticos anteriores, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.⁴⁵

Factores relacionados con el paciente

Entre los factores relacionados con el paciente se destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, edad, sexo, problemas psicológicos/psiquiátricos, vergüenza por el estigma social, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza con el médico y autoeficacia.⁶²

Factores relacionados al sistema sanitario

Presenta efectos negativos en la adherencia terapéutica factores como centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento de las enfermedades, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla (Ortega Cerda et al., 2019).

Para lo cual se requiere evaluar las áreas en donde se puede intervenir identificado el problema que interfiere en la adherencia terapéutica, permitiendo construir de manera individualizada las estrategias e intervenciones.⁶⁶

Factores relacionados con la enfermedad

Algunos determinantes están relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos, la depresión es un factor comúnmente relacionado con la falta de apego al tratamiento, por esta razón, ante la sospecha de un cuadro depresivo se debe realizar una valoración psicológica de forma inmediata y así disminuir la falta de adherencia terapéutica.⁶⁶

La no adherencia al tratamiento antihipertensivo es un problema de salud pública ampliamente demostrada. El no cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial trae consigo a largo plazo consecuencias clínicas cardiovasculares, renales, oculares y de otros órganos diana, además de económicas, considerándose un problema de salud pública ⁴ no solo por las complicaciones que trae a la enfermedad, sino también a nivel personal, de la familia, de la comunidad y del Estado.^{10, 11}

10 Consecuencias

Las consecuencias de una deficiente adherencia terapéutica se expresan en diferentes esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud pública y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población con vínculos de influencia entre ellos⁶⁶

1. Empeora la calidad de vida del adulto mayor
2. Impide el control de la enfermedad
3. Genera una mayor probabilidad de recaídas y agravamiento
4. Aumenta la frecuencia de consultas en asistencia primaria, especializada, urgencias y en ingresos hospitalarios
5. Incrementa el uso de pruebas diagnósticas o de control innecesarias
6. Tratamientos ineficaces por la aparición de resistencias
7. Acelera la intensificación de los tratamientos con el consiguiente aumento de reacciones adversas por el uso de medicamentos más potentes
8. Puede inducir a la aparición de efectos secundarios o intoxicaciones
9. Incrementa la posibilidad de fallecimiento
10. Aumento de los costos sanitarios.

11. Estrategias para promover la adherencia

Las estrategias para promover la adherencia al tratamiento pretenden proponer técnicas que modifiquen la conducta y habilidades del paciente, para ello se extrae de la guía (ADHE), Protocolo de la guía de Dispensación, adherencia y uso racional del medicamento las siguientes intervenciones. ⁶⁸

Técnicas

- Simplificación de la pauta posológica
- Pensar en la aceptación del tratamiento
- Evitar cambios frecuentes del tratamiento
- Características organolépticas, rutinas del paciente, cronoterapia

Conductuales

- Recordatorios
- Organizadores de medicación
- Monitorización de las tomas
- Seguimiento
- Mensajes (sms, WhatsApp), alarmas, asociación de tomas con actividades cotidianas
- Pastilleros
- Calendarios de tomas
- Citas presenciales o telefónica

Educativas

- -Aumentar el conocimiento de la enfermedad y tratamiento
- Disminuir las preocupaciones asociadas a la toma de la medicación
- -Manejo de las RAM (Reacción Adversa a Medicamentos)
- -Fomento del autocuidado y auto monitorización

De apoyo social y familiar

- ❖ Mejora del apoyo social
- ❖ Implicación de la familia y cuidadores
- ❖ Programas de ayuda domiciliaria, copago y aumento de la financiación de los tratamientos

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V.,2020-2022.

ESPECIFICOS:

1. Caracterizar los pacientes según variables sociodemográficas seleccionadas
2. Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos de la población objeto de estudio ; según Cuestionario para evaluar los factores que influyen en la adherencia de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales
3. Identificar y relacionar el porcentaje de pacientes adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo, según el test de Morisky- Green- Levine.

Conveniencia: la investigación se realizará con el objetivo de diseñar una intervención educativa sobre alcoholismo y los factores de riesgo seleccionados en jóvenes entre 15-24 de edad pertenecientes al Consejo Popular Rafaelito del municipio de Cumanayagua durante el período 2021-2022, así como tratar un tema poco investigado.

Relevancia Social: estará dada no solo por describir el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre el tema, sino que le permitirán a los facultativos intervenir de manera oportuna en esta patología evitando así futuras complicaciones que puedan producir un problema social y esto a su vez permitirá elaborar estrategias para elevar los niveles de satisfacción de la población y su calidad de vida.

Implicaciones prácticas: se podrá determinar las causas por lo el cual este problema de salud se ha incrementando con el transcurso de los años y así poder tomar medidas afines para su tratamiento y/o prevención.

Novedad Científica:

La novedad científica está dada precisamente por estudiar un tema poco investigado ya que han realizados estudios anteriores sobre adherencia al tratamiento farmacológico, pero no se ha tenido incluido en el estudio los factores que han incidido en ello.

Diseño metodológico

Clasificación de la investigación:

x Investigación Desarrollo

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal⁴⁶

Contexto temporal y geográfico: Desde el 1ro de enero de 2020 al 1 junio del 2022 en el Consultorio Médico de la Familia 7, perteneciente al Área V. Manuel Piti Fajardo de Cienfuegos.

Universo: 160 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que reciben tratamiento farmacológico

Muestra: Quedo conformada por 114 pacientes los cuales han sido elegida mediante un muestreo de tipo probabilístico, seleccionado porque todos los pacientes tienen características similares para su selección, se calculó la muestra de la siguiente manera:

$$N = \frac{Z^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

$$1 + \left(\frac{Z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)$$

$$e^2 N$$

En donde

n Tamaño de la muestra 113.16

N Tamaño de la población 160

Z Nivel de confianza (al 95%) 1.96

e Error de estimación máximo (5%) 5%

p Probabilidad de éxito 50% q (1 - p)

Probabilidad de fracaso 50%

 Criterios de inclusión:

- ❖ Pacientes de ambos sexo con diagnóstico médico de hipertensión arterial perteneciente al Área V. Manuel Piti Fajardo de Cienfuegos.
- ❖ Paciente que reciban tratamiento farmacológico

 Criterios de exclusión:

- ❖ Los que no cumplan con los criterios de inclusión.
- ❖ Los que en más de una ocasión de ser convocados para aplicar los instrumentos y la encuesta no acudan.
- ❖ Aquellos con alteraciones de la esfera cognoscitiva y con enfermedades psíquicas severas que no permitieran una adecuada comprensión de la técnica aplicada, y los que no dieron su consentimiento para participar en el estudio.

 Criterio de salida

- ❖ Pacientes pertenecientes perteneciente al Área V. Manuel Piti Fajardo de Cienfuegos, que decidan abandonar el estudio después de haber aceptado participar en el mismo
- ❖ Pacientes pertenecientes al Área V. Manuel Piti Fajardo de Cienfuegos, que fallezcan.

Métodos, técnicas y procedimientos.

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos trazados y lograr mayor efectividad en esta investigación se seleccionaron los siguientes métodos:

➤ Del nivel teórico:

1. Analítico -- sintético.
2. Inductivo – deductivo.
3. Histórico – lógico.

➤ Del nivel empírico:

1. Observación.

2. Encuesta.

➤ Del nivel matemático:

1. Análisis porcentual.
2. Cálculo de numérico y porcentual.

Obtención de la información.

Método:

Métodos de investigación: la perspectiva metodológica de la investigación se apoyó en la complementación de la metodología cualitativa y la cuantitativa a la luz del método materialista-dialéctico.

En el desarrollo de esta investigación se utilizaron los siguientes métodos de investigación:

Del nivel teórico:

Analítico-Sintético: se utilizó en el análisis de las diferentes fuentes bibliográficas consultadas y de la información recopilada a través de todos los instrumentos

aplicados lo que permitió conocer el comportamiento de esta problemática en otras partes de Cuba y del mundo, así como las experiencias de otros autores en el tema.

Inductivo-Deductivo: se utilizó para el trabajo con la bibliografía, así como para la valoración de los resultados de la investigación.

Histórico-Lógico: se aplicó en la sistematización de los antecedentes del problema de investigación teniendo en cuenta la experiencia de otros investigadores lo que permitió el estudio detallado de todos los antecedentes y condiciones históricas en que se desenvuelve los pacientes hipertensos.

Métodos empíricos:

Análisis documental: se utilizó para el estudio de los documentos emanados a la luz de la literatura referente a hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico , factores que inciden en la adherencia al tratamiento en los pacientes objetos de estudio .

Los métodos empíricos permitieron la recolección de datos, fueron aplicados:

- ✓ La observación a los contextos de actuación de los participantes en el estudio , para conocer como s comporta la problemática estudiada.
- ✓ Una encuesta con el fin de determinar la adherencia al tratamiento y los factores que inciden en la misma.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

En primera instancia se procedió a obtener los permisos correspondientes de las autoridades del área e salud (Anexos #1). Posteriormente con previamente identificados los el pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión , con previa comunicación de los objetivos del estudio , se le solicito su aceptación con la firma del consentimiento informado para su participación en el estudio (Anexo # 3).

Se revisaron las historias de salud individuales de los pacientes, y se seleccionó una muestra 114 hipertensos con tratamiento farmacológico. Para comenzar la investigación se solicitó la aprobación a la dirección del área y Consejo Científicos del Municipio (Anexos # 1, 2),ante los cuales quedo plasmado , las características e importancia del trabajo que se llevaría a cabo. Se realizó un encuentro con los participantes en el estudio donde se les expuso la importancia de esta investigación y sus objetivos al motivarles en su participación y de esta forma se dan cumplimiento a las consideraciones éticas, y se obtuvo así el consentimiento de los participantes y su disposición a colaborar. (Anexo# 3).

El estudio se realizó en dos etapas.

- Etapa de diagnostico esta etapa le da cumplimiento al los objetivo 1,2,3 de la investigación se aplica una encuesta para identificar y determinar las características sociodemográficas, identificar la adherencia o no al tratamiento y los factores de riesgos que incidieron sobre el problema de salud que se estudio.
- Etapa de Análisis y discusión de los resultados: etapa le da seguimiento a los objetivos 1,2,3 y cumplimiento al objetivo general del estudio, en función de lograr una mejor comprensión de la problemática estudiada.

Métodos de Recolección de la Información.

Se efectuó una entrevista individual a los pacientes, donde en primera instancia se procedió a obtener los permisos correspondientes de la institución implicada en el estudio (Anexos #1). Posteriormente con previamente identificados los el pacientes con Hipertensión arterial que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión ,se le comunica los objetivos del estudio , se solicita su aceptación con la firma del consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo # 3).

Instrumento de recolección de datos

Posteriormente a la obtención de lo avales de permisos de las autoridades Salud

de la institución ejecutora del estudio y el consejo científico y de los pacientes para la realizar el estudio, se procedió a llenar la encuesta (Anexo # 4), la cual ha sido aplicad en investigación publicada y consultada⁴⁷ formulario que cuenta con variables sociodemográficas y conocimientos. Se aplicó el Test de adherencia al tratamiento Morisky Green-4, instrumento desarrollado Ang, Krousel-Wood y Ward, publicado en el 2008 y validado en 3 idiomas internacionalmente incluido el español, así integrado en nuestro país en varios estudios, con una sensibilidad de 93% y especificidad de 53%, arrojando un alfa de Cronbach de 0.83; lo cual le brinda fiabilidad para ser aplicable sobre la población objetivo, midiendo la adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus, de la siguiente manera: en ella tenemos dos tipos de respuesta, del ítem 1 al 7, la respuesta es dicotómica, “Sí” o “NO” , la respuesta contestada con “NO”, puntúa como un (1) punto y cada respuesta contestada con un “Sí” puntúa con un cero (0). Para garantizar que los resultados del instrumento no se viciaran se aplicó simultáneamente a los 114 sujetos de la muestra. Asignándole un número de orden a cada involucrado en la investigación para la posterior evaluación y análisis de los resultados de los instrumentos aplicados encuestas. Dando cumplimiento al objetivo número 1 .2 y 3 y a la etapa de diagnóstico.

Se efectúo revisión documental de la Historia Clínica Familiar e Individual Una vez recogida toda la información necesaria, la misma fue llevada a una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS en su versión 21.0 que permitió el procesamiento de los datos y la obtención y análisis de los resultados que se muestran en tablas de frecuencias y de relación de variables expresados en número y por ciento.

Técnicas y Procedimientos

De Procesamiento de Datos.

Obtenido el dato primario se confeccionó una base de datos para su procesamiento, lo que se hizo empleando el software estadístico SPSS versión 21.0 para Windows.

De Análisis, Discusión y Síntesis: Los resultados obtenidos y agrupados en tablas estadísticas se analizaron y discutieron, utilizando una amplia y profunda revisión de la literatura nacional e internacional sobre el tema y contrastando los resultados con los obtenidos por otros investigadores, este proceder permitió arribar a conclusiones y ofrecer recomendaciones. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (estadística descriptiva) como medida de resumen.

Limitaciones del estudio: No existieron limitaciones dado a que las pacientes se sentían motivadas por los resultados del estudio y cooperaron en todos los aspectos relacionados al mismo.

Operacionalización de las variables

Variables	Calcificación de las variables	Descripción operacional		
		Descripción	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido de una persona a partir de su nacimiento	30-39 años 40-49 años 50-59 años	Número y porcentual
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Condición sexual que distingue a las personas	Masculino Femenino	Número y porcentual
Escolaridad	Cualitativa nominal pólitómica	Periodo de tiempo que asistió a la escuela durante	Primaria Secundaria Preuniversitario	Número y porcentual

		la enseñanza obligatoria y grados aprobados	Técnico Medio Universitaria	
Ocupación	Cualitativa nominal politomoca	Actividad, profesión y oficio del cual la persona genera sus ingresos.	Amas de cas Trabajador estatal Trabajador por cuenta propia Desocupad	Número y porcentual
Estado Civil	Cualitativa nominal politóloga	Condición civil n que se encuentra en el momento del estudio	Soltero/a Casado/a Viudo/a Unión libre	Número y porcentual
Convivencia	Cualitativa nominal dicotomica	Forma de convivencia en el momento del	Solo Acompañado	Número y porcentual

		estudio		
Nivel Socioeconómico	Cualitativa nominal politomoca	Según ingreso per cápita por personas	Bueno____ Regular____ Malo____	Número y porcentual
Índice de Masa Corporal IMC:	Cualitativa nominal politomoca	Es la relación entre el peso del paciente en Kg y la talla del paciente al cuadrado en metros. $IMC = \text{Peso} / \text{talla}^2$.	Normo peso Obes0 Sobrepeso Bajo peso	Número y porcentual
Tiempo del diagnosticaron	Cuantitativa ordinal	Tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el	5 años de diagnostico Mayor de 5 años de diagnostico	Número y porcentual

		momento en que se efectuó la investigación.		
Control de la presión arterial en hipertensos.	Cualitativa nominal dicotómica	Cuando los resultados de los niveles de presión óptima o normal en la escala de clasificación de hipertensión arterial arterial se encuentran dentro de la categoría	Si controlada No controlada	Número y porcentual

Antihipertensivos prescritos nsivos	Cualitativa nominal politomoca	Medicamentos indicados para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada con el exceso de presión arterial (PA)	Amlodipino_____ Atenolol_____ Captopril_____ Enalapril_____ Metildopa_____ Nifedipino_____ Propranolol_____ Clortalidona_____ Hidroclorotiazida_____	Número y porcentual
Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo	Cualitativa nominal politomoca	Es el conjunto factores que influyen la adherencia terapéutica	Factores socioeconómicos Factores relacionados con el proveedor de salud: Sistema y Equipo de Salud	Número y porcentual ,según Cuestionario para evaluar los factores que influyen en la

			Factores relacionados con la terapia Factores del paciente	adherencia de Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales
Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos	Cualitativa nominal dicotómica	Es el grado en el cual una persona sigue las prescripciones farmacológicas según lo indicado ligada a la hipertensión arterial (34)	1. -¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento? 2. -¿Toma la medicación a la hora indicada? 3. -Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	Número y porcentual ,según Adherente: se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas del Test Morisky-

			4. -Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación	Green- Levine. No-adherente: Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas del Test Morisky-Green- Levine.
--	--	--	---	--

Consideraciones éticas

Se le da cumplimiento con la solicitud de los avales de aprobación para la realización del estudio a las autoridades pertinentes del área de salud donde se ejecuto el estudio y consejo científico (Anexos #1 y 2). La privacidad, dignidad, respeto y confidencialidad de los investigados se basó en la Declaración de Helsinki, por lo que a todos los pacientes que ingresaron al estudio se les explicó acerca del estudio y la importancia, firmaron un consentimiento informado que se encuentra relacionado en el (Anexo # 3), tomando en consideración que en cualquier etapa de la investigación podían desistir de participar en el estudio, a los que se le explico la finalidad del estudio y la privacidad en la divulgación de los datos obtenidos , que solo se atizarán con fines investigativos.

Análisis y discusión de los resultados

La hipertensión arterial (HTA), es una enfermedad de elevada prevalencia y a su vez el principal factor de riesgo de las afecciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales; principales causas de muerte en el mundo, y en Cuba. Existen evidencias de que aproximadamente la mitad de las personas con hipertensión dejan de tomar sus medicamentos dentro del primer año del diagnóstico, solo el 31 % toma al menos 80 % de la medicación prescrita y entre el 60 y 90 % no cumplen las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos.⁴⁸

Se estima que entre el 20 y 50 % de los pacientes no toman sus medicaciones como están prescritas, las tasas de incumplimiento pueden variar según la enfermedad. Uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación.⁴⁹

Tabla # 1. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V; según edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
30-39	9	7.9	4	3.5	13	11.4
40-49	18	15.8	9	7.9	27	23.7
50-59	53	46.5	21	18.4	74	64.9
Total	80	70.2	34	29.8	114	100

Fuente: Encuesta aplicada y historia clínica individual.

La distribución de la muestra según sexo y grupos etarios seleccionados se expresa en la tabla número 1. En la presente investigación se puede observar, en los pacientes objeto de estudio, predominio en el sexo masculino con **80(70.2%)** y el grupo etáreo de 50-59 años en el **74(64.9 %)**.

Resultados que coinciden con la literatura consultada donde se señala , que el sexo masculino constituye un factor de riesgo para la hipertensión arterial.^{50, 51}

Piloto L, et al. Refiere que la hipertensión arterial predomina con más frecuencia en el sexo masculino hasta los 40 años de edad y, a partir de este momento, en el sexo femenino. Esto se atribuye a los cambios en los patrones hormonales que aparecen en las mujeres a partir de esa edad. Resultados que no coinciden con lo encontrado en su estudio donde se muestra un predominio del sexo masculino en el 58,1 %. ²⁶

Solís ,Bergonzoli y Contreras ⁴⁸, en su estudio donde mostraron que la ocurrencia de no adherencia aumenta con la edad, incrementándose tres veces más por cada 10 años de aumento, a partir de los 50 años. El **sexo, no presentaron significancia estadística.**

Benítez y colaboradores⁵² a pacientes con tratamiento antihipertensivo , se aprecia predomina la , **edad mayor de 50 años en el 89.3%**, se aprecia predominio del sexo femenino de 79%.

Otros autores^{50,51,53} señalan que el sexo masculino constituye un factor de riesgo para la hipertensión arterial.

Los resultados del presente estudio no coincide con los observados en otras investigaciones resulta , donde existe un predominio en edades superior a los 60 años:⁵⁴,

Hernández Quintero et al.⁵⁴ El 47,5 % de los pacientes estudiados se adhirieron al tratamiento antihipertensivo y el 20 % de la adherencia terapéutica estuvo representada por el grupo de edad de 65 años y más., resultó ser más frecuente en el sexo femenino con un 31,3 %

Por otra parte, en la investigación de adherencia al tratamiento antihipertensivo de Carrión y otros, en relación a las variables sociodemográficas , se tuvo como resultado que el 29% de pacientes se encuentra en un rango de edad entre 64 y 74 años.⁵⁵

Ortiz Vázquez D, et al⁵⁶ ,en investigación realizada sobre adherencia terapéutica y conocimiento sobre HTA muestra un predominio de los pacientes en el grupo de los mayores de 65 años, seguido de los pacientes entre 51 a 64 años, con relación

al sexo predominaron las mujeres en un 53,6 %.

Tabla # 2. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V, según escolaridad, ocupación.

Variable sociodemográfica seleccionada	Hipertensos	
	No	%
Nivel de escolaridad		
Primaria	3	2.6
Secundaria	34	29.8
Técnico medio	58	50.9
Preuniversitario	14	12.3
Universitario	5	4.4
Total	114	100
Ocupación		
Amas de casa.	6	5.3
Trabajador estatal.	29	25.4
Trabajador por cuenta propia.	63	55.3
Desocupado.	16	14.0
Total	114	100

Fuente : Encuesta aplicada

Cuando distribuimos la muestra estudio según nivel de escolaridad y ocupación. Podemos observar que predominaron los pacientes con nivel de escolaridad Técnico medio con 50 pacientes para un 50.9 % y seguido de el de secundaria para un 29.8%. Destacándose en la ocupación los trabajadores por cuenta propia con un 55.3 %. (Tabla # 2)

Resultados que coinciden con Rodríguez-San⁵⁷ en su estudio realizado pudo observar en cuanto escolaridad que los pacientes objeto de estudio contaban con nivel de escolaridad medio superior

Zubeldia y col.⁵⁸ (53,9 % de los pacientes de su tienen estudios medios completos),

No coincidiendolos resultados con :

Hernández Quintero et al ⁵⁴, donde el , 17,5 % de los pacientes que están adheridos al tratamiento, correspondieron al grupo de preuniversitario .

Carrión y otros⁵⁵, en relación a las variables sociodemográficas , en relación a las variables sociodemográficas , se tuvo como resultado que el 56% de pacientes pertenecen al sexo femenino y en menor porcentaje el sexo masculino con el 44%,se observó que el 57% de paciente terminó la primaria, un 18% la secundaria

Hidalgo y Hualpa ⁵⁹Con respecto al grado de instrucción de los encuestados, halló que el 38% culminó satisfactoriamente la educación básica regular es decir secundaria completa.

El estudio realizado por **Benítez y colaboradores⁵²** a pacientes con tratamiento antihipertensivo , se aprecia predominio en amas de casa .

En literatura consultadas varios autores plantean que una escolaridad baja y media conspira contra, la percepción de los factores de riesgo y las posibles consecuencias, por lo que ejerce un efecto negativo en el autocuidado de estos enfermos.^{18, 60, 61}

Tabla # 3. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V, según estado civil y convivencia.

Variable sociodemográfica seleccionada	Hipertensos	
	No	%
Estado civil		
Soltero/a	14	12.3
Casado/a	32	28.0
Viudo/a	25	21.9
Unión libre	43	37.7
Total	114	100
Convivencia		
Solo	39	34.2
Acompañado	75	65.8
Total	114	100

Fuente: Encuesta

En lo que corresponde a las características sociodemográficas, según estado civil y convivencia, la mayor parte de los sujetos respecto al estado civil el 37.7%, mantienen una unión libre encontrándose el **65.8 % acompañados**

Carrión y otros⁵⁵, en relación a las variables sociodemográficas en hipertensión arterial se tuvo como resultado en estado civil el 51% está casado y un 23% viudo.

Abbas et al⁶². Destaca el 13.8% de los participantes informaron que vivían solos y

77.3% de los participantes estaban acompañados por un familia .

A criterio de la autora el vivir solo es un factor que repercute en que el paciente hipertenso , olvide tomar sus medicamentos y no cumpla con los horarios establecidos ya que no cuenta con apoyo familiar que lo motive en el cumplimiento de lo prescrito por el facultativo de salud.

Tabla # 4. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V, según nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	Hipertensos	
	No	%
Bueno	18	15.8
Regular	65	57.0
Malo	31	27.2
Total	114	100

Fuente: Encuesta

En lo que corresponde al **nivel socioeconómico** las existe predominio del regular con 65 pacientes para un **57%**, **seguido del malo con 27.2 % y en tercer lugar el bueno con solo el 15.8 %**

Zúñiga Vaca ^{63 (32)} señala que los factores socioeconómicos y demográficos, presentan dificultades en la adherencia a los tratamientos de larga duración se presenta

tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos aspectos socioeconómicos tales como: el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación, se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica; señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece los costos de la salud pública al menos en el 20 %.

Muñoz Salgado⁶⁴ plantea en su estudio: La mayoría de pacientes viven de la ayuda económica que reciben, esto limita la capacidad adquisitiva limitando los cambios en el estilo de vida como la alimentación. La condición económica de la población influye en la adherencia a los tratamientos antihipertensivos.

A criterio de la autora el nivel socioeconómico de los pacientes del presente estudio esta en correspondencia con la ocupación ya que la mayoría de los pacientes son trabajador por cuenta propia, encontrándose empleado con otro contrapropista por lo que en algunas ocasiones no reciben ingreso por crisis en los establecimiento influenciado por la defines en los producto que ofertan, lo que repercute en que el nivel socioeconómico sea regular y malo.

Tabla # 5. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V, según IMC.

IMC	Hipertensos	
	No	%
Bajo peso.	-	-
Normopeso	12	10.52
Sobrepeso.	64	56.14
Obeso	38	33.33
Total	114	100

Fuente: Historia clínica individual.

Cuando analizamos el índice de masa corporal en los pacientes estudiados el 56.14 % de los pacientes son Sobrepeso, seguido del 33.33 % que son Obesos

Resultados que coinciden con los del estudio de Limaylla La Torre⁶⁵ donde un factor de riesgo determinante en la enfermedad crónica de hipertensión arterial fue el índice de masa corporal (IMC), constituyendo un factor peligroso relevante en el estado de salud, asociado con la obesidad.

Muestro estudio coincide con el de Rodríguez Trujillo⁶⁶ donde en su estudio en la población hipertensa del municipio de Oporapa Huila: 66% sufren de sobrepeso,

por lo cual se concluye que esta población están haciendo caso omiso a las indicaciones dadas por su médico tratante; omitiendo en su estilo de vida actividad física y dietas bajas en sodio y azúcares, lo que aumenta los riesgos de enfermedades cardíacas.

Tabla # 6. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V, según control de la hipertensión en pacientes atendidos.

Control de la hipertensión	Nº	%
No controlado	67	58.8
Controlado	47	41.2
Total	114	100

Fuente: Historia clínica individual y encuesta aplicada

Cuando analizamos los pacientes estudiados según HTA y control del nivel de presión arterial en hipertensos el 58.8 % no controla la HTA.

Veliz Rojas⁶⁷ plantea que la HTA no controlada produce cambios estructurales en el sistema arterial que afectan a los órganos dianas, determinando las principales complicaciones de esta enfermedad, que en orden de frecuencia son los accidentes vasculares, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y ateromatosis periférica. Nuestro estudio coincide con investigación realizada por el autor, donde el 61.8 % de la población estudiada no tenía control de la hipertensión arterial.

González-Rodríguez y cols⁶⁸ plantean que la dificultad para lograr un buen control se debe a diversos motivos, dentro de ellos se encuentra la falta de adherencia al tratamiento por factores educativos, socioeconómicos, cantidad de drogas, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución silente de la enfermedad, que conlleva a la suspensión de la medicación.

Tabla # 7. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V, según tratamiento.

Antihipertensivos	Hipertensos	
	No	%
Amlodipino	3	2.6
Atenolol	5	4.4
Captopril	17	14.9
Enalapril	38	33.3
Metildopa	8	7.0
Nifedipino	2	1.7
Propranol	10	8.8
Clortalidona	18	15.9
Hidroclorotiazida	102	89.5

Fuente: Historia clínica individual. Tarjeta de control de medicamentos

prescrito

Se puede demostrar que el medicamento más común entre la población hipertensa estudiada en primer lugar el Enalapril con el 33.3 %,seguido de la **Hidroclorotiazida** 89,5 % y en tercer lugar el **Clortalidona** con 15.9 %.

Nuestro resultado coincide con los resultados de Rodríguez Trujillo⁶⁹ quien observó en su investigación que el medicamento más común entre la población hipertensa fue el Captopril con un 31 % y el Enalapril con 25 % seguida de la Hidroclorotiazida con 21%

Domínguez E .⁷⁰ plantea en su estudio al analizar la adherencia terapéutica, el predominio de la adherencia parcial al tratamiento, lo que nos permite corroborar que se mantienen dificultades en la terapéutica antihipertensiva en los pacientes estudiados, ya que solo el (18,5 %) de ellos se adhieren totalmente al tratamiento indicado.

Rodríguez-Salvá y cols⁷¹ en estudio realizado en un área metropolitana de La Habana un para medir la adherencia al tratamiento farmacológico utilizó el test de Morisky, los principales resultados fueron que el 20,7 % eran descuidados en el horario de toma de medicamentos y entre el 10 y el 11 % olvidaban tomárselo o lo dejaban de tomar, tanto si se sentían bien o mal. Partiendo de estas premisas, la adherencia terapéutica fue de 50,7 % (IC95 % 46,4 – 55,0). Las principales brechas detectadas en el tratamiento fueron: No orientación y cumplimiento sobre cambios en el estilo de vida (tratamiento no farmacológico). No adherencia farmacológica. Desconocimiento del personal de salud en el uso de combinaciones de medicamentos y sus dosis, así como su falta en el cuadro nacional de medicamentos.

Tabla # 8. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V, según adherencia al tratamiento y grupo etáreo.

Edad	Adherencia al tratamiento				Total	
	Adherente		No adherente		No	%
	No	%	No	%		
30-39	4	3.5	9	7.9	13	11.4
40-49	12	10.5	15	13.1	27	23.7
50-59	27	23.7	47	41.2	74	64.9
Total	43	37.7	71	62.3	114	100

Fuente: Instrumento aplicado .(Preguntas Test Morisky-Green)

En la distribución de la población según grupo etáreo y adherencia al tratamiento se observa que el 62.3 % de los pacientes estudiados de no se adhiere al tratamiento farmacológico , con mayor incidencia en el grupo 50-59 años en un 41.2 %. Cuando analizamos las respuestas de los pacientes según Adherencia: Test de Morisky – Green podemos observar que 43% de los pacientes en alguna ocasión ha olvidado tomar los medicamentos , el 32% no respeta el horario, el 18 % de los pacientes cundo se siente bien deja de tomar los medicamentos y el 7 % abandona el tratamiento por RA.

Paisig Ilatas, N Y y Vásquez Segovia M⁷². En su estudio en los adultos atendidos en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2021; obtuvo porcentaje del 4,14% de adherencia terapéutica frente a un 95,86% de no adherencia. en cuanto al sexo existe mayor relación con estas patologías en las mujeres con 63,4%, casadas un 57,2%, con

respecto a la edad es más alto entre las edades de 40 a 49 años y estudios primarios el 47,6%.

Otros estudios^{73,74} realizados en Cuba donde prevalece la adherencia parcial al tratamiento. Esto significa que los pacientes se encuentran en una fase contemplativa, donde no existe una plena conciencia de la enfermedad y sus riesgos asociados, los resultados demuestran que esto es un asunto al cual hay que prestar especial atención, pues la no adherencia conlleva a dificultades en el control de la enfermedad hipertensiva, y genera complicaciones clínicas que incluso pueden comprometer la vida de los pacientes, además de las repercusiones socioeconómicas y familiares que esto trae consigo.

Nuestros resultados coinciden con los de Limaylla La Torre⁷⁵ donde las respuestas dada por los pacientes fue de si,no,si,si, existiendo mala adherencia al tratamiento farmacológico

Jiménez Fernández⁷⁶ quieren en los resultados de su estudio El olvido de los medicamentos constituyó la causa más frecuente de no adherencia terapéutica y se presentó en el 71,6% de los pacientes, seguido del no respeto del horario de los medicamentos en el 58.3% de los hipertensos no cumplidores.

A criterio de la autora. La falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales del pobre control de la presión arterial, sólo la mitad de las personas con enfermedades crónicas realizan correctamente el tratamiento indicado, lo que quiere decir que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o muerte prematura. La no adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos los expone a la aparición de complicaciones cardiovasculares, con la repercusión que conlleva para el individuo, la familia y la sociedad. Se hace necesario considerar desde el campo de las ciencias de la salud y de las otras ciencias afines, la necesidad de educar a las personas que sufren hipertensión arterial para que puedan adoptar comportamientos saludables que propicien el cuidado y mantenimiento de su salud, potenciando de esta manera la adherencia terapéutica. Según las respuestas dadas por los pacientes que participan en la investigación podemos afirmar que existe mala

adherencia al tratamiento ya que las respuestas fueron (si,no,si,si) y Morisky-Green para considerar buena adherencia, las respuestas a las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Muñoz Salgado plantea en su estudio que la condición económica de la población influye en la adherencia a los tratamientos antihipertensivos, como se ha mencionado anteriormente los países en desarrollo presentan mayor prevalencia. ^{(67)}}

Tabla # 9. Distribución de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V, según factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

Factores	No	%
Factores Socioeconómicos Costeo de medicamentos	47	41.2
Factores del proveedor de salud: Sistema y Equipo de Salud Información sobre el tratamiento	15	13.1
Factores relacionados con la terapia Costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar	57	50
Factores del paciente Convencido del tratamiento	59	51.7

Fuente: Instrumento aplicado .(Preguntas cuestionario Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez de Reales)

Al analizar el factor socioeconómico como factor influyente de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos de 30 a 59 año del Consultorio 7. Área V., se observa en los resultados de la encuesta aplicada en la presente investigación, los factores que más influyeron en la no adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos ,con mayor incidencia en el estudio del Factores del paciente Convencido del tratamiento con un 51,7 % , seguido del Factores relacionados con la terapia Costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar 50 % y el Factores Socioeconómicos Costeo de medicamentos 41.2 %

Resultado que se encuentra en correspondencias con otros análisis efectuados en la presente investigación sobre control de la enfermedad y adherencia farmacológica, donde se ha observado que los pacientes han olvidado el tratamiento, no respeta el horario de tratamiento, lo que ha traído como consecuencia que el 62.3 % de los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológicos

Los resultados de esta investigación difieren con los estudio realizado por :

Cuenca por Orellana, Chacón y otros⁷⁷, en los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, se evidenció otro dato distinto, siendo los factores relacionados con el paciente los más influyentes para la no adherencia seguido del factor socioeconómico, de la terapia y del proveedor de salud -

Velásquez Montenegro⁷⁸, demuestra en su estudio que los factores socioeconómicos, relacionados con el proveedor, terapia y el paciente resultaron asociados a menor frecuencia de no adherencia terapéutica. En la regresión múltiple, se observó que las personas con riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento por factores socioeconómicos (RP: 0.67, IC95%: 0,50 - 0,91) y factores relacionados al proveedor (RP: 0.71, IC95%: 0,54 - 0,92) tienen menor frecuencia de no adherencia al tratamiento en comparación con las personas que tienen adherencia

Cumbal Imbaquingolos⁷⁹ en los resultado de su investigación demuestra, que factores que más influyeron en la no adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos lo constituyeron los factores socioeconómicos (38%) en la cual los pacientes manifestaron que a veces es difícil costearse los medicamentos que no se dispone en el Centro de Salud, seguido de los

factores relacionados con la terapia (29%) en el cual se refirió que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.

Jorge Andrés ⁸⁰En el cuestionario de Bonilla se llegó al resultado que, debido a diversos factores como el olvido, la distancia del centro de salud que impiden que continúen los pacientes con las citas médicas, mantener dudas sin aclarar sobre los beneficios y uso de los medicamentos, etc. En conclusión, existe riesgo de adherencia al tratamiento debido a que los pacientes no obtuvieron buenos puntajes en las pruebas aplicadas en el estudio, demostrando la existencia de la problemática de incumplimiento del tratamiento farmacológico en la población de estudio. Palabras

Se ha analizado hasta aquí los resultados del presente estudio , los que han aportado elementos que nos ha permitido dar cumplimientos al os objetivos trazados, que nos permitido incorporar conocimiento sobre el comportamiento de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V.,2020-2022, evidencias científicas que permitirá diseñar acciones de promoción de la salud .

Conclusiones

En el presente trabajo y a partir de un diagnóstico inicial se pudo observar predominio en :

- ❖ sexo masculino con **80(70.2%)** y el grupo etáreo de 50-59 años en el **74(64.9 %)**.
- ❖ nivel de escolaridad Técnico medio con **50** pacientes para un 50.9 % y en ocupación los trabajadores por cuenta propia con un **55.3 %**.
- ❖ estado civil y convivencia, la mayor parte de los sujetos respecto al estado civil el 37.7%, mantienen una unión libre encontrándose el **65.8 %** acompañados
- ❖ nivel socioeconómico predominio del regular con 65 pacientes para un **57%**.
- ❖ predominio índice de masa corporal los pacientes son Sobrepeso **56.14 %**.
- ❖ el **58.8 %** de los pacientes estudiados no controla la HTA.
- ❖ los medicamentos mas utilizado por la población hipertensa estudiada seon: Enalapril con el **33.3 %**, Hidroclorotiazida **89,5 %** , Clortalidona con **15.9 %**.
- ❖ el **62.3 %** de los pacientes estudiados d, no se adhiere al tratamiento farmacológico , con mayor incidencia en el grupo **50-59** años en un 41.2 %.
- ❖ los factores que más influyeron en la no adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos ,con mayor incidencia en el estudio el Factores del paciente Convencido del tratamiento con un **51,7 %** , seguido del Factores relacionados con la terapia Costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar **50 %** y el Factores Socioeconómicos Costeo de medicamentos **41.2 %**,

Los paciente no se adhieren al cumplimiento del tratamiento farmacológico , el puntajes en las pruebas aplicadas en el estudio, demostró la existencia de la problemática en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la población de estudio.

Recomendaciones

Se recomienda continuar el desarrollo de esta línea de investigación dirigida a la evaluación de la adherencia al tratamiento en otras enfermedades crónicas; replicar el estudio con hipertensos en poblaciones más amplias (en todo el municipio), con el fin de apoyar el desarrollo de acciones dirigidas intervenir para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Evaluar de una forma regular el grado de adherencia que tienen los pacientes que acuden a la consulta médica. Involucrar la participación activa de distintos profesionales del ámbito sanitario para la prevención, detección y abordaje de la baja adherencia al tratamiento. Socializar a los equipos básicos de salud del municipio con los resultados obtenidos en el estudio y lograr que se ejecuten intervención educativa. Aplicar intervención educativa, encaminada a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y mejorar la calidad de vida de los hipertensos.

-
1. Mainegra Fernández O L, Miranda Mainegra J J, Blanco Solís R. Un programa de capacitación comunitaria: experiencia preventiva en la Hipertensión Arterial. Mendeive. Revista de Educación[Internet]. abril-junio 2019 [citado 31 de enero de 2020]; 17(2): 240-253. Disponible en : <http://mendeive.upr.edu.cu/index.php/MendeiveUPR/article/view/1544/html>
 2. Martínez Fajardo E J, García Valdezb K , Álvarez Villaseñor A S. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. Med Gen Fam [Revista en Internet]. 2019 [citado 31 enero de 2020];8(2). Disponible en : <http://mgyf.org/adherencia-al-tratamiento-farmacologico-en-pacientes-con-hipertension-arterial-de-un-consultorio-auxiliar/>
 3. López Sánchez R. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos .Consultorio # 39.Cumanayagua, 2015-2016. [Tesis] Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos .Policlínico universitario “Araceli Rodríguez Castellón”.cumanayagua,2017.
 4. Jiménez Fernández Liset, Siverio Mota Dany, Chala Tandrón Juan Miguel, Brito Ferrer Yudileidy, Armada Esmores Zoila. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. CorSalud [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Jun 12] ; 9(1): 10-18. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/211/588>
 5. Mora Orozco AM. Percepción y adherencia a un programa de hipertensión arterial en un municipio de Risaralda, Colombia. Rev. Salud Pública (Córdoba) [Internet]. 20 de diciembre de 2018 [citado 31 de enero de 2020];22(3):48-6. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/20652>
 6. Rojas de Campos A L. Adherencia a tratamientos antihipertensivos farmacológicos en adultos de poblaciones Latinoamericanas del año 2015 al 2019. Tesis de Especialidad . Universidad de el Salvador . San Salvador; noviembre de 2019

-
7. Martín Alfonso L, Bayarre Vea H, Corugedo Rodríguez MC, Ventolznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Públ. [Internet]. 2015 [citado 18 Dic 2020];41. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>
8. Lira MT. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. Rev Med Clin Condes. 2015; 26:156-63
9. Kunert JA. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. Rev Virtual Soc Parag MedInt. 2015;2:43-51
10. Fernández Vázquez N, García Zurita A, Felipez Agrelo I M, Castro Dios D J, Rodríguez Factores B r. Factores relacionados en la adherencia terapéutica en pacientes a tratamiento hipertensivo, Revista Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia. [Internet]. 2020 [citado 2020 Jan 31];17. Disponible en : <http://ciberindex.com/index.php/ev/index>
11. Solórzano R. M Y. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. enero- mayo 2015. Tesis de Especialidad. Universidad de Carabobo. Valencia, 2015
12. Torres P, Medina Cubilla R M, Arací J. Control adecuado de la presión arterial en adultos con medicación antihipertensiva de dos Unidades de Salud Familiar de Luque y Fernando de la Mora, Paraguay. [Internet]. 2018 [citado 2020 Jan 31]; 2312-3893-spmi-6-01-31.pdf. Disponible en : <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v6n1/2312-3893-spmi-6-01-31.pdf>
13. Aid Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. Rev Virtual Soc. Paraguay Medicina Interna. 2015; 2: 43-51.
14. Alcazar, J.M., Oliveras, A., Orte Martínez, L. M., Jiménez, S., & Segura, J. Hipertensión arterial esencial. Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología. Med Gen Fam[revista en Internet]. 2019 [citado 31 enero de 2020].

Diasponible en : <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>

15. Marquina Pacherre Roosevelt. Nivel de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en los adultos mayores servicio de medicina Hospital Nacional dos de mayo diciembre 2016. [tesis];2018

16 . Choquepuma Peralta k D, Flores Méndez, C I. “Comunicación terapéutica y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial hospital municipal, Arequipa-2019”. [tesis en Internet]. 2019 [citado 31 enero de 2020]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa . Disponible en : <http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/URP/1312/68%20GARAUNDO%20MEZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17 . Pacherre Roosevelt. nivel de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en los adultos mayores servicio de Medicina Hospital Nacional dos de Mayo diciembre 2016. [tesis en internet]. 2018 [citado 31 enero de 2020]. universidad privada San Juan Bautista Facultad de Ciencias de la Salud. Lima – Perú. Disponible en :

18 . Riveros Sullca, Jaime Luis. “Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Max Arias Schreiber, la Victoria – 2019”. [tesis en Internet]. 2019 [citado 31 enero de 2020]. Universidad Privada Norbert Wiener Facultad de Ciencias de la Salud. Lima – Perú. Disponible en : <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3044/TESES%20Riveros%20Jaime.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. López S. ,Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años; 2016. ”. Rev haban cienc méd. [Internet]. 2017 [citado 31 enero de 2020] ;15(1).Disponible en:<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1036>

-
20. Menéndez E et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. RevEspCardiol. [Internet] 2016 [citado 2 de mayo 2020];69 (06);[aprox 76 p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-diagnosticotratamiento-control-hipertension/articulo/90453753/>
- 21 .Cayambe Ashqui E D. Calidad de vida en salud en el adulto mayor con Hipertensión Arterial. Consultorio No. 5. Cumanayagua. [Tesis] . Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticos Torrado" .. Policlínico "Aracelio Rodríguez Castellón". Cumanayagua. Policlínico "Aracelio Rodríguez Castellón". Cumanayagua. Cienfuegos, 2018.
22. Delgado-Acosta H, Lastre-Navarro K, Valdés-Gómez M, Benet-Rodríguez M, Morejón-Giraldoni A, Zerquera-Rodríguez J. Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos. Segunda medición de la iniciativa CARMEN. Revista Finlay [revista en Internet]. 2015 [citado 2020 Jun 2]; 5(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/322>
23. Oficina Nacional de Estadística e Información. Provincia de Cienfuegos, 2015. [monografía en Internet] 2016 [citado 2 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.one.cu/aed2015/27Cienfuegos/01%20TERRITORIO.pdf>
24. Cruz-Betancourt A, Martínez-García E, Lara-Delgado H, Vargas-Ramírez L, Pérez-Pérez A. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. Correo Científico Médico [revista en Internet]. 2015 [citado 2020 Jun 21]; 19(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2163>
- 25 . Departamento Municipal de Estadística. Informe estadístico de Salud del año 2019. Cumanayagua, 2019.

26. Piloto Hernández Leyanis, Palma López María Elena, Rodríguez Álvarez Leonel, Carmona Brito Jeiller. Principales causas de muerte en pacientes hipertensos. Rev cubana med [Internet]. 2015 Mar [citado 2020 Jun 02]; 54(1): 14-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232015000100003&lng=es

27. Domínguez Gallardo, L. A., & Ortega Filártiga, E. Factors associated with lack of adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. [Internet]. 2019 [citado 2020 Agosto 28]; 6(1), 63-74. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)63074](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)63074)

28. Luna U, Haro S. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco. México. 2017 Enero 05; 24(3): p. 116 - 120.

29. Damián Foronda JL, Vera Guerra LB, Falcón Povis MÁ, Miñano Bolaños JC, Baca Corales PA. Factores de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos. Chimbote, 2016. Repositorio Institucional Universidad San Pedro. 2017.

30. Hamdidouche I, Jullien V, Boutouyrie P, Billaud E, Azizi M, Laurent S. Drug adherence in hypertension: from methodological issues to cardiovascular outcomes. J Hypertens. [Internet]. 2017 [citado 2020 Agosto 28]; 35 (6): 1133-44. . Disponible en: 10.1097/HJH.0000000000001299

31. Khayyat SM, Khayyat SMS, Hyat Alhazmi RS, Mohamed MMA, Abdul Hadi M. Predictors of Medication Adherence and Blood Pressure Control among Saudi Hypertensive Patients Attending Primary Care Clinics: A Cross Sectional Study. PLoS ONE. [Internet]. 2017 [citado 2020 Agosto 28]; 12 (1): e0171255. Disponible en: 10.1371/journal.pone.0171255.

32.Kurdi AI, Chen LC, Elliott RA. Exploring factors associated with patients' adherence to antihypertensive drugs among people with primary hypertension in the United Kingdom. J Hypertens. [Internet]. 2017 [citado 2020 Agosto 28] 2017; 35 (9): 1881-90. Disponible en : 10.1097/HJH.0000000000001382

33.Raimi TH. Factors influencing medication adherence among patients with diabetes mellitus and hypertension in Nigeria. EJBMSR. 2017; 5 (7):18-26

34 Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA.Guía

de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la

Enfermedad Hipertensiva.Perú [Internet] 2015. [citado 08 Marzo 2020).).Disponible En

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195692-031-2015-minsa>

35 Sanz C. Tensión Bajo Control. Creación de un Programa de Educación Sanitaria.

[Tesis Licenciatura]. España: Universidad de Lleida; 2015 [citado 10 diciembre 2019].

Disponible en:

<https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/46938/csanzs.pdf?sequence=1>

36 Carretero Moral Pascual, Campos Calero Álvaro. Un pueblo sometido a la

hipertensión arterial. Index Enferm [Internet]. 2016 Sep [citado 2020 Mar 12] ; 25(3):

207-210. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200018&lng=es.

37 Ávila C. La Hipertensión Arterial: Importancia de su Prevención. [Tesis En Internet].

2015 [citado 14 marzo de 2020]. España: Universidad Complutense .Disponible en :

<https://eprints.ucm.es/48520/1/MARIA%20DEL%20CARMEN%20AVILA%20LILLO%20%281%29.pdf>

38 Vargas Bernal w. "Impacto de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos y actitudes hacia su enfermedad en pacientes hipertensos. policlínico metropolitano essalud – 2018" [tesis en internet]. 2018 [citado 14 marzo de 2020]. universidad nacional de san agustín de arequipa. arequipa. disponible en :

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/unsa/7674/mdmbalag.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

39 Álvarez Sintés R . Medicina General Integralal . [Internet] . 2014 [citado 14 marzo de 2020]. 3. ed. aumentada y corregida. -- La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Disponible en : http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mqi_tomo5_3raedicion/indice_p.htm

40. Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica [Internet]. 2020 [citado 2020 Agosto 28];59(3), 163-172.

Disponible en: <https://doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>

41 Ramírez García, M. C., Anlehu Tello, A., & Rodríguez León, A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Horizonte sanitario. [Internet]. 2019 [citado 2020 Agosto 28];18(3), 383-392. Disponible en:

<https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>

42. Bohigas, L. Factores que influyen en la adherencia del paciente al tratamiento. Aimfa. [Internet]. 2017 [citado 2020 Agosto 28]. Disponible en :

<https://aimfa.es/articulo/factores-influyen-laadherencia-del-paciente-al-tratamiento/>

43. Ibarra, O., & Morillo, R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento Medicina del comportamiento: una guía para la práctica clínica. [Internet]. 2017 [citado 2020 Agosto 28]. Disponible en

https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf

44 .Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., López-Olmedo, N., De la Cruz-Góngora, V., Rivera Dommarco, J., Shamah-Levy, T.,

Romero-Martínez, M., Barquera, S., López-Ridaura, R., Hernández-Ávila, M., & Villalpando, S. . Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: Resultados de la Ensanut 2016. Salud Pública de México. [Internet]. 2020[citado 2020 Agosto 28];62(1), 50-59.Disponible en:<https://doi.org/10.21149/10752>

45 . Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, O. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2019). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Medica Grupo Angeles. [Internet]. 2020[citado 2020 Agosto 28];16(3), 226. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>

46 .Artilles Leticia. Metodología de la investigación. La Habana .Ed. Ciencias Médicas,211 p.

47 .Yalle Osorio M A. Conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos Hospital III Suarez Angamos Lima 2020 . [Tesis de Lic]. Universidad Privada de Huancayo.Franklin Roosevelt. Lima – Perú 2020

48 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. 2022;24(1):95-101. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.222401.261>

49 . Díaz PiñeraA M, Rodríguez Salvá A, León Sánchez M. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Policlínico Julio Antonio Mella de Guanabacoa. La Habana 2019.Cuba Salud IV Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2022

50 . Osorio EJ, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Rev Colomb Cardiol [revista en Internet]. 2018 [citado 14 May 2019];25(3):[aprox. 12p]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331830024X>

51 Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison CH, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/N MA/PCNA Guideline for the

Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6):13-e115

52 Benítez M, Martínez J, Cálix C, Ramírez H, Padgett E, Martínez L, et al. Adherencia al plan integral de tratamiento antihipertensivo en paciente de Ojojona, Francisco Morazán. *Rev Med Hondur*. 2018; 86(1).

53 Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC); European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión Arterial. *Rev Esp Cardiol* [revista en Internet]. 2019 [citado 12 Mar 2019];72(2):[aprox. 18p]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.10.1016/j.recesp.2018.11.022>

54 Hernández-Quintero L, Crespo-Fernández D, Trujillo-Cruz L, Hernández-Quintero L, Azcuy-Pérez M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2021 [citado 2021 Oct 21]; 11(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973>

55 Carrión M, Mesa I, Ramírez A, Jaya L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. *Rev AVFT*. 2021; 40(3).

56 Ortiz Vázquez D, Bandera Ramírez M, González Gámez S, Figueroa Sarmiento LP, Elizabeth Veloz V. Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos. *MEDISAN* [Internet]. 2019 [citado 10/03/2021]; 23(4): [aproximadamente 11 p]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2304>

57 *Rodríguez-San-Pedro L, Alfonso-Hernández C, Valladares-González A, Pomares-Alfonso J, López-Angulo L. Estrés y emociones negativas en adultos medios con*

hipertensión arterial esencial. Revista Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 2021 agosto 17]; 8(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/484>

58 Zubeldia L, Quiles J, Manes J, Redón J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet]. 2016 [citado May 14 de 2021];90(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100406

59 HIDALGO GALICIO J, HUALLPA CANALES M T. FACTORES DE NO-ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA BOTICA SANTA CRUZ S.G.R. EN EL CALLAO – 2021. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Huancayo – Perú, 2021

60 Ramírez García, M. C., Anlehu Tello, A., & Rodríguez León, A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Horizonte sanitario. [Internet]. 2019[citado 2020 Agosto 28];18(3), 383-392. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>

61 Ministerio de salud pública. Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial [Tesis de Especialidad en Internet]. 2019 [citado 2020 Agosto 28]., 1, 1-70.Disponible en: www.salud.gob.ec

62 Abbas H, Kurdi M, de Vries F, Onzenoort H, Driessen J, Wafra M, Karam R. *Factors Associated with Antihypertensive Medication Non-Adherence: A Cross-Sectional Study Among Lebanese Hypertensive Adults. Patient Prefer Adherence.* 2020;14: 663–673. <https://doi.org/10.2147/PPA.S238751>

63 Zúñiga Vaca Carmen Isabel. Diseño de Estrategia de Intervención Educativa sobre Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial. Barrio La

Inmaculada, Guano, Enero a Junio 2016. Escuela Superior Politecnica de CHimborazo. Riombamba – Ecuador ,Diciembre, 2016

64 Muñoz Salgado C C et al. Factores que influyen en los pacientes hipertensos para no generar comportamientos de Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario .Facultad de Administración Bogotá, D.C. Colombia Agosto, de 2017

65 Limaylla La Torre M L. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Unidad de Posgrado. Lima – Perú, 2016

66 Rodríguez Trujillo Maily Patricia, Jessica Gimena Narvaez Vargas-. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD Escuela de Ciencias Básicas, Tecnología e Ingeniería CEAD PITALITO, 2015.

67 Véliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enferm Univ [Internet]. 2015 [citado 16 Dic 2016];12:3-11. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a2.pdf>

68. González-Rodríguez R, Martínez-Cruz M, Castillo-Silva D, Rodríguez-Márquez O, Hernández-Valdés J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Finlay [revista en Internet]*. 2017 [citado 2021 Ago 17]; 7(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/520>

69 Rodríguez Trujillo Maily Patricia, Jessica Gimena Narvaez Vargas-. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD Escuela de Ciencias Básicas, Tecnología e Ingeniería CEAD PITALITO, 2015.

70. Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay [revista en Internet]*. 2017 [citado 2020 Ago 17]; 7(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>

71 Rodríguez-Salvá A, Piña-Alonso A, Díaz-Piñera A, García-Roche R, Balcindes-Acosta S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. *Revista Finlay [revista en Internet]*. 2019 [citado 2021 Ago 17]; 9(4):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742>

72. Paisig Ilatas, N Y, Vásquez Segovia M. en su estudio en “Adherencia terapéutica y factores de riesgo asociados a hipertensión/diabetes en los adultos atendidos en el Hospital Provincial Docente Belén, Lambayeque, 2021” .[Tesis de Especialidad].Universidad ce Roosevelt. Huancayo – Perú 2021

73. Corugedo MC, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario “Manuel Fajardo” en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]*. 2011[citado May 2021];27(4):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009

74. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Farm [revista en Internet]*. 2013 [citado May 2021];47(4):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475152013000400006

75 Limaylla La Torre L. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Farmacia y Bioquímica Unidad de Posgrado, Lima – Perú 2016.

76 Jiménez Fernández Liset, Siverio Mota Dany, Chala Tandrón Juan Miguel, Brito Ferrer Yudileidy, Armada Esmores Zoila. Factores relacionados con la no adherencia al

tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. CorSalud [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Jun 12]; 9(1): 10-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702017000100002&lng=es

77 Orellana D, Chacón K, Quizhpi J, Álvarez M. 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. 2016; 8(3).

78 Velásquez Montenegro A et al . Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. 2022;.15 (1)/

79 Cumbal Imbaquingolos J M. “Adherencia al tratamiento integral en pacientes con hipertensión arterial, Barrios Mariano Acosta Y Pugacho - 2021”/Tesis de Lic/ Universidad Técnica del Norte, Ibarra - Ecuador ,2021

80.Jorge Andrés V M. Adherencia al tratamiento de hipertensión en pacientes mayores de 40 años, centro de salud tipo C Ciudad Victoria,Guayaquil, 2022 ./Tesis de Especialidad Universidad Estatal Península de Santa Elena Guayaquil, 2022

ANEXO # 1: Aval del Director de la institución o unidad ejecutora principal.

El que suscribe: Dr.-----.

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: **Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V.,2020-2022**

Conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al banco de problemas del centro, ASS del consultorio médico de la familia y cuadro clínico de la provincia.

Científicos: Este estudio aportará.

conocimiento científico acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos hipertensos de 30 a 59 años del Consultorio 7. Área V. Municipio Cienfuegos y su los factores que han influenciado a la no adherencia al tratamiento farmacológico .

Social:

Disminuir la incidencia y la prevalencia de los factores de riesgos modificables en los pacientes hipertensos del consultorio.

Económicos:

Disminuir por conceptos de gastos tanto personales como familiares, o estatales, que ocasionan las enfermedades hipertensivas sino se modifican sus factores de riesgos fundamentales.

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a:

Elevar el conocimiento científico del tema relacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos hipertensos para evitar complicaciones futuras.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la jefa del proyecto a los 16 días del mes de mayo del 2019.

Director de la Entidad Ejecutora

Dr.(a).

Jefe del Proyecto

ANEXO # 1: Aval del Consejo Científico

El que suscribe: Presidente de Consejo Científico de área.-----.

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: **Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V.,2020-2022**

Conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al banco de problemas del centro, ASS del consultorio médico de la familia y cuadro clínico de la provincia.

Científicos: Este estudio aportará.

conocimiento científico acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos hipertensos de 30 a 59 años del Consultorio 7. Área V. Municipio Cienfuegos y su los factores que han influenciado a la no adherencia al tratamiento farmacológico .

Social:

Disminuir la incidencia y la prevalencia de los factores de riesgos modificables en los pacientes hipertensos del consultorio.

Económicos:

Disminuir por conceptos de gastos tanto personales como familiares, o estatales, que ocasionan las enfermedades hipertensivas sino se modifican sus factores de riesgos fundamentales.

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a:

Elevar el conocimiento científico del tema relacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos hipertensos para evitar complicaciones futuras.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la jefa del proyecto a los 16 días del mes de mayo del 2019.

Presidente de Consejo Científico de área

ANEXO # 3: Consentimiento Informado Personal

(Firmado por la persona para participar en la investigación)

El que suscribe: _____hago constar que estoy plenamente de acuerdo en participar en el proyecto de investigación titulado: **Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V.,2020-2022**, previa explicación recibida por parte de la Dra. **Yaniris Alfonso González**

Nos fue explicado que:

- Durante la investigación se me aplicará una encuesta y además se aplicará el Test de Morisky Green para valorar con 4 preguntas la adherencia terapéutica , instrumentos diseñados con el objetivo de determinar algunas características clínicas y socio-demográficas relacionadas con mi enfermedad; y que los datos aportados en la misma se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.
- Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales aportados a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación y respetando mi integridad y autonomía en todo momento.
- Se me han explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y medios que serán utilizados en la misma.
- Mi consentimiento de participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud, los que seguirán prestando servicio según las normas de conducta habituales en esta institución y en nuestra sociedad.
- Puedo retirarme en cualquier momento del protocolo de investigación sin que sea necesario explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del ____

Dra.

Firma de la persona



ANEXO #4: Encuesta

En nuestra institución se está realizando una investigación titulada: **Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos de 30 a 59 años. Consultorio 7. Área V.,2020-2022** y los conocimientos que tienen sobre esta enfermedad, el proyecto va iniciando , estoy encuestando a algunos participantes para conocer más acerca del cumplimiento hipertensivo por tal motivo se le solicita responder este cuestionario que es de carácter anónimo .Desearíamos su cooperación en el llenado del mismo; pidiéndole que las respuestas dadas por usted se ajusten totalmente a la realidad y asegurándole de antemano que la información obtenida sólo se utilizará para fines científicos cuidando de no cometer indiscreciones que pudieran dañar su integridad y confianza en el sistema nacional de salud.

I. Datos Generales :

a)Edad:

30-39 años____

40-49 años____

50-59 años____

b) Sexo:

F____

M____

c) Nivel de Instrucción:

Primaria____

Secundaria ____

Técnico Medio____

Pre-Universitario____

Universitario____

d) Ocupación

Amas de casa____

Trabajador estatal____

Trabajador por cuenta propia____

Desocupado____

e) Estado Civil

Soltero/a____

Casado/a ____

Viudo/a ____

Unión libre ____

f) Convivencia

Solo____

Acompañado____

g) Nivel socioeconómico

Bueno____

Regular____

Malo____

II. Categoría de medidas antropométricas y fisiológicas?. Marque con una x su respuesta.

a) Índice de Masa Corporal IMC:

Normo peso____

Obeso____

Sobrepeso____

Bajo peso_____

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

5 años de diagnostico_____

Mayor de 5 años de diagnostico_____

Control de la presión arterial en hipertensos.

Si controlada_____

No controlada_____

Tratamiento Antihipertensivos

Amlodipino_____
Atenolol_____
Captopril_____
Enalapril_____
Metildopa_____
Nifedipino_____
Propranol_____
Clortalidona_____
Hidroclorotiazida_____

Nivel de adherencia al tratamiento

Adherente_____

No adherente_____

5. ¿Cuantos medicamentos recibe como tratamiento para la hipertensión actualmente?

(0)Un medicamento (1).....

(1)(2 y más).....



ANEXO # 5: Test de Morisky-Green

Estoy trabajando en un proyecto relacionado con la adherencia del tratamiento farmacológico entre los pacientes con hipertensión arterial y los conocimientos que tienen sobre esta enfermedad, el proyecto va iniciando y estoy encuestando a algunos participantes para conocer más acerca de sus conocimientos por tal motivo se le solicita responder este cuestionario que es de carácter anónimo y será empleado únicamente con fines de investigación.

Test de Morisky-Green

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 participación

Anxo 6. ENCUESTA PARA DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN

Instrucciones: A continuación, usted encuentra serie de ítems que expresan diferentes aspectos que influyen en que usted cumpla con los tratamientos prescritos por el médico para su condición de salud.

Marque cada ítem con una X en las casillas correspondientes a las frecuencias con que ocurre cada situación particular.

Preguntas del instrumento	Nunca	A veces	Siempre
Factores socioeconómicos			
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación)?			
2. ¿Puede costearse los medicamentos?			
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			
4. ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?			
5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?			
6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento			
Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud			
7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y			

dificultades con respecto a su tratamiento? 8. ¿Se da cuenta que el médico controla su tratamiento por las preguntas que le hace? 9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico? 10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias? 11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos? 12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden? 13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando? 14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
Factores relacionados con la terapia			
15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento? 16. ¿Las distancias de su casa o trabajo			

a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas? 17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas? 18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento? 19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento? 20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			
Factores relacionados con el paciente			
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo? 22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse? 23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud? 24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

Gracias por su participación