



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO DEL TEMA**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE FÁRMACOS  
ANTIHIPERTENSIVOS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN  
AL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C, 2020-2021**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR**

**PELAEZ CABRERA KEYLA ESTEFANIA**

**TUTOR**

**LCDO. ADONIS FAUSTINO HERNÁNDEZ ORTIZ, Esp.**

**PERIODO ACADÉMICO**

**2021**

## TRIBUNAL DE GRADO



---

Lcdo. Milton González Santos, Mgt.  
DECANO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD



---

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.  
DIRECTORA  
CARRERA DE ENFERMERÍA



---

Lcda. Yanetsy Diaz Amador, MSc.  
DOCENTE DE ÁREA

---

Lcdo. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp  
DOCENTE TUTOR

---

Ab. Victor Coronel Ortiz, Mgtr.  
SECRETARIO GENERAL (E)

Libertad, 30 de mayo del 2021

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor del proyecto de investigación: ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C, 2020-2021. Elaborado por la Srta. PELÁEZ CABRERA KEYLA ESTEFANIA, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



---

Lcdo. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp  
**DOCENTE TUTOR**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo es dedicado a Dios y a todos quienes fueron parte del proceso durante toda mi formación académica, a cada uno de los docentes que impartieron su conocimiento científico y que he logrado poner en práctica sus valiosas enseñanzas, conocimientos y recomendaciones para la vida profesional.

Keyla Estefania Peláez Cabrera

## **AGRADECIMIENTO**

En primera instancia agradezco a Dios por ser fortaleza, amor, luz y guía en nuestras vidas, seguidamente a mi madre Elsa Cabrera Huiracocha, por formar parte de mi proceso, quien ha estado brindándome su amor, su sacrificio para poder cumplir esta meta tan anhelada.

Mi mayor gratitud a la Universidad Estatal Península de Santa Elena por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico por poder estudiar mi carrera.

Finalmente, agradezco al Licenciado Adonis Faustino Hernández Ortiz, por apoyarme en este proceso y brindar su conocimiento mediante sugerencias para culminar todo el desarrollo de este trabajo

Keyla Estefania Peláez Cabrera

## DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and curves, positioned above a horizontal line.

---

Peláez Cabrera Keyla Estefania  
CI: 0706736477

# ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO .....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	II
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
DECLARACIÓN .....	V
ÍNDICE GENERAL .....	VI
ÍNDICE DE TABLAS .....	VIII
RESUMEN .....	IX
ABSTRACT .....	X
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	3
1. El problema .....	3
1.1. Planteamiento del problema .....	3
1.2. Formulación del problema .....	6
2. Objetivos .....	6
2.1. Objetivo General .....	6
2.2. Objetivos Específicos .....	6
3. Justificación .....	6
CAPÍTULO II .....	8
4. Marco Teórico .....	8
4.1. Fundamentación referencial .....	8
4.2. Fundamentación teórica .....	9
4.3. Teoría de enfermería .....	20
4.4. Marco legal .....	21
5. Formulación de la Hipótesis .....	22

5.1. Identificación y clasificación de variables.....	22
5.2. Operacionalización de las variables.....	23
CAPÍTULO III .....	26
6. Diseño metodológico .....	26
6.1. Tipo de investigación.....	26
6.2. Método de investigación.....	26
6.3. Población y muestra.....	26
6.4. Técnicas de recolección de datos.....	26
6.5. Instrumento de recolección de datos.....	27
6.6. Aspectos éticos.....	29
CAPÍTULO IV .....	30
7. Presentación de resultados .....	30
7.1. Análisis e interpretación de los resultados.....	30
7.2. Comprobación de la hipótesis.....	41
7.3. Conclusiones .....	42
7.4. Recomendaciones .....	44
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
9. ANEXOS .....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	Clasificación de la hipertensión.....	10
<b>Tabla 2</b>	Lista de medicamentos antihipertensivos.....	15
<b>Tabla 3</b>	Variable Independiente.....	23
<b>Tabla 4</b>	Variable Dependiente.....	25
<b>Tabla 5</b>	Edad y sexo.....	30
<b>Tabla 6</b>	Comorbilidades.....	30
<b>Tabla 7</b>	Tipo de fármaco.....	31
<b>Tabla 8</b>	Número de dosis.....	31
<b>Tabla 9</b>	Factores económicos.....	32
<b>Tabla 10</b>	Factores relacionados al sistema de salud.....	33
<b>Tabla 11</b>	Factores relacionados con la terapia.....	34
<b>Tabla 12</b>	Factores relacionados con el paciente.....	35
<b>Tabla 13</b>	Test final de Bonilla.....	36
<b>Tabla 14</b>	Olvido del medicamento.....	36
<b>Tabla 15</b>	Abandono del medicamento por olvido.....	37
<b>Tabla 16</b>	Suspender la medicación.....	37
<b>Tabla 17</b>	Olvido de medicamento durante el viaje.....	38
<b>Tabla 18</b>	Ingesta de todos los medicamentos.....	38
<b>Tabla 19</b>	Abandono del medicamento por disminución o desaparición de los síntomas.....	38
<b>Tabla 20</b>	Presión por el plan del tratamiento.....	39
<b>Tabla 21</b>	Dificultad para acordarse de la ingesta de medicación.....	39
<b>Tabla 22</b>	Test de Morisky- Green según edad y sexo.....	40
<b>Tabla 23</b>	Nivel de instrucción.....	55
<b>Tabla 24</b>	Estado civil.....	55

## RESUMEN

La falta de adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos, se considera como un problema de salud en el adulto mayor, debido a que no se obtiene los beneficios del tratamiento por factores determinantes que intervienen en la adherencia terapéutica, lo que conduce a un mayor riesgo de accidente cerebrovascular e incluso la muerte. Por lo tanto, garantizar la adherencia farmacológica es tan importante para el paciente como para el sistema de salud. El propósito del estudio tiene como objetivo principal determinar la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al centro de salud Bastión Popular tipo c, 2020-2021. El estudio tiene un enfoque cuantitativo, posee un diseño no experimental de carácter descriptivo y transversal, además se utiliza el método deductivo dirigido a 33 adultos mayores con hipertensión arterial que acuden a consulta externa del Centro de Salud. Para la obtención de los resultados se utiliza un cuestionario sociodemográfico, la escala de valoración de Morisky-Green- Levine y el test de Bonilla. Donde la población femenina prevalece en el estudio en un 52% entre 60 a 65 años de edad. Los medicamentos más utilizados constituían los IECA en un 42,4% ARA II 27,3%, Antagonista de calcio 24,2%, se reportó un riesgo de adherencia en un 55% y un 36% de los hipertensos no respondieron a comportamientos de adherencia por medio del test de Bonilla, el test de Morisky-Green-Levine develó la no adherencia en la totalidad de los hipertensos (100%) puesto que todos se ubicaron por debajo de los 8 puntos establecidos por el instrumento. Conclusión: se demostró que existe un elevado grado no adherencia en la población hipertensa, lo que requiere de intervención por profesionales de la salud para mitigar su prevalencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** Adherencia terapéutica; Adultos mayores; Hipertensión arterial; Tratamiento antihipertensivos.

## ABSTRACT

Lack of therapeutic adherence to antihypertensive drugs is considered a health problem in the elderly, because the benefits of treatment are not obtained due to determining factors that intervene in therapeutic adherence, which leads to a greater risk of accident cerebrovascular disease and even death. Therefore, ensuring drug adherence is as important for the patient as it is for the health system. The purpose of the study is to determine the therapeutic adherence of antihypertensive drugs in older adults who attend the Bastión Popular type c health center, 2020-2021. The study has a quantitative approach, has a non-experimental descriptive and cross-sectional design, in addition to using the deductive method aimed at 33 older adults with hypertension who attend the outpatient clinic of the Health Center. To obtain the results, a sociodemographic questionnaire, the Morisky-Green-Levine assessment scale and the Bonilla test were used. Where the female population prevails in the study by 52% between 60 and 65 years of age. The most widely used medications were ACE inhibitors in 42.4%, ARA II 27.3%, calcium antagonist 24.2%, a risk of adherence was reported in 55% and 36% of hypertensive patients did not respond to behaviors of Adherence by means of the Bonilla test, the Morisky-Green-Levine test revealed non-adherence in all hypertensive patients (100%) since all were located below the 8 points established by the instrument. Conclusion: it was shown that there is a high degree of non-adherence in the hypertensive population, which requires intervention by health professionals to mitigate its prevalence and improve the quality of life of patients.

**Key words:** Therapeutic adherence; Older adults; Arterial hypertension; Antihypertensive treatment.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial se define como un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta. Por lo que, se considera a nivel mundial como un serio problema de salud a pesar de las medidas preventivas y el estado hemodinámico del paciente, siendo un factor de riesgo importante para la enfermedad de las arterias coronarias y sus complicaciones, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y ceguera en pacientes diabéticos (Abegaz et al., 2017).

La presente investigación tiene como problemática de estudio la adherencia terapéutica en el adulto mayor con hipertensión arterial, debido a que existe un comportamiento complejo, influenciado por varios factores relacionados al tratamiento, lo que implica el incumplimiento del mismo. Por tal razón, el estudio toma como objetivo determinar la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores. Además, este estudio tiene como finalidad de identificar el uso de fármacos, establecer los factores determinantes de la adherencia terapéutica y valorar el grado de adherencia. Del mismo modo, se alcanzó por medio de la metodología empleada, del cual permitió identificar los factores con mayor influencia que ocasionaron una conducta no adherente en los pacientes.

Por tanto, la falta de adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial esta originada por factores determinantes de la adherencia relacionados tanto a nivel socioeconómico, al sistema de salud, al tratamiento y al paciente, considerándose como un problema al cumplimiento de la terapia prescrita por el médico tratante. A pesar de una amplia gama de fármacos antihipertensivos eficaces, el control de la presión arterial sigue siendo inadecuado.

Es así que, la adherencia terapéutica es un problema comúnmente visto en el adulto mayor, principalmente por la situación económica, la poca adquisición de información del tratamiento dado por el profesional de salud, además el sentirse bien, hace que el paciente disminuya la dosis farmacológica o no cumpla con el tratamiento y es ahí donde existe la mala adherencia a los fármacos antihipertensivos, lo que conduce a un mayor riesgo de accidente cerebrovascular e incluso la muerte.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra un porcentaje en el que se estima que tan solo el 50% cumple con la adherencia terapéutica, mientras que a nivel regional específicamente Europa el porcentaje varía entre 26 y el 70% (Ortega-Cerda et al., 2018). Considerándose, como cifras alarmantes por lo que es necesario el conocimiento de los factores que impiden el cumplimiento del tratamiento farmacológico, y el inadecuado control de la presión arterial.

No obstante, ciertos estudios reportan una prevalencia de pacientes que rechazan el tratamiento de forma deliberada o involuntaria. Si bien el incumplimiento deliberado es el resultado de pacientes que eligen activamente no tomar su medicación prescrita, el incumplimiento involuntario es causado por otros factores, como el olvido, la incomprensión de la medicación, el acceso a la medicación, las drogas o las barreras económicas (Haramiova et al., 2017).

A nivel local la falta de adherencia terapéutica de hipertensión arterial, también se considera un grave problema dentro del Centro de Salud Bastión Popular tipo c, obteniendo a través de la entrevista dirigida a los adultos mayores datos como: la no continuación con la medicación a causa de falta de estabilidad económica, así mismo de la ausencia del apoyo familiar, la distancia de su hogar al establecimiento o simplemente porque el dispensario de salud no cuenta con su medicación, siendo esta y otros factores lo que impiden que cumplan con su respectivo tratamiento. Finalmente, el estudio logró obtener información valiosa que permitió generar soluciones dentro de la población adulto mayor.

# CAPÍTULO I

## 1. El problema

### 1.1. Planteamiento del problema

La hipertensión, es una enfermedad silenciosa de progresión lenta que se presenta a cualquier edad, preferiblemente en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, y causa daños importantes en la salud a largo plazo de 10 a 20 años (García et al., 2016, p. 530)

Es por ello que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera como un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades. Se estima que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. Para el 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión. Apenas 1 de cada 5 personas hipertensas tiene controlado el problema, ya que compone una de las causas principales de muerte prematura en el mundo (OMS, 2019).

En la región de las Américas, 1,6 millones de personas mueren cada año por enfermedades cardiovasculares, de las cuales aproximadamente medio millón son menores de 70 años, lo que se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta del 20% al 40% de la población adulta y aproximadamente 250 millones de personas en Estados Unidos tienen presión arterial alta (OPS, 2020). En España, existe una alta prevalencia de hipertensión y se ha reportado que el conocimiento sobre la hipertensión y su tratamiento es menor que en otros países vecinos o en EE. UU. lo que tiene implicaciones tanto médicas como económicas y el nivel de control de la presión arterial no ha mejorado en los últimos diez años (Menéndez et al., 2016).

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 4.381 personas murieron de hipertensión arterial, de las cuales representan el 28,70 por cada 100.000 personas. Los malos hábitos alimentarios, que se manifiestan en el consumo excesivo de alimentos grasos, azucarados y salados, y la falta de actividad física son los principales factores que explican el aumento de casos en el país (OPS, 2014). Para el 2015, la hipertensión arterial y otras patologías asociadas habían superado los 7.500 egresos por año. Según el registro estadístico de egresos hospitalarios del Instituto

Nacional de Estadística y Censos (INEC), solo en 2017 se registraron 5.776 pacientes con hipertensión primaria (Coello, 2020).

Con relación a la adherencia al tratamiento, puede definirse como “el grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Martínez-Domínguez et al., 2016).

La falta de adherencia es considerada como un problema universal que conlleva a dificultades en el control de la enfermedad hipertensiva y genera complicaciones clínicas que incluso pueden comprometer la vida de los pacientes (Pomares-Avalos et al., 2017). Por otra parte, la Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA), menciona que, las causas fundamentales que influyen en la mala adherencia al tratamiento están relacionados con la actitud del paciente y del profesional sanitario, las creencias y conductas de los pacientes (Pérez, 2020).

Según informes de la OMS, menos del 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran un control óptimo de la presión arterial (HA), una seria preocupación dada la controversia en torno a la disponibilidad de tratamientos efectivos. Por lo tanto, este problema está plagado de dificultades para adherirse al tratamiento. Aunque la valoración de la adherencia es difícil de realizar, en estudios han reportado tasas de adherencia terapéutica del 74.12% en pacientes ambulatorios, sin embargo, los resultados no aplican en todos los estudios (Martínez-Sánchez et al., 2015). Las consecuencias de la no adherencia incluyen altos niveles de morbilidad y mortalidad, afectando al individuo y a su familia, lo que conlleva a costos importantes para los servicios de salud y para la sociedad misma.

En Ecuador, la Sociedad Ecuatoriana de Cardiología, las enfermedades cardiovasculares, incluidas las provocadas por la hipertensión arterial, como el infarto, el derrame cerebral y la insuficiencia cardíaca, son la principal causa de muerte. En los registros ecuatorianos, el 35% de la población y al menos el 50% de los pacientes cardíacos en el hospital tienen hipertensión (Universo, 2019). Se estima que solo el 6 % de los pacientes hipertensos están bien controlados, esto se debe a que a la mayoría de ellos se les administra una dosis baja del fármaco y creen que el problema se ha resuelto. Toman medicamentos, pero no están controlados. Aquellos que han estado en tratamiento durante mucho tiempo tienen pocas expectativas, al igual que aquellos que no reciben

tratamiento. Mas, sin embargo, los especialistas han coincidido en recomendar a la autoridad sanitaria buscar y dispensar genéricos combinados; Arbaiza (2019) afirma que, con ese tipo de fármacos hay más adherencia al tratamiento y se mejorará el control de la hipertensión.

En Quito, un estudio realizado con la finalidad de identificar el porcentaje de pacientes adultos mayores en relación a la adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados; revelo que, el promedio de mala adherencia al tratamiento se situó entre el 61,7% y el 72,5%, según el método de medición aplicado SMAQ. Los factores de riesgo estrechamente asociados con la mala adherencia fueron el aprendizaje, la funcionalidad tridimensional, el deterioro cognitivo, el apoyo social y la funcionalidad familiar (Córdova -Alarcón & Gualotuña-Alcívar, 2018).

En el centro de salud Bastión Popular tipo c, ubicado en la zona norte de la ciudad de Guayaquil, los casos más atendidos en el área de emergencia son de pacientes hipertensos, lo que indica un elevado descontrol de adherencia farmacológica de estos usuarios, sin embargo, no se tiene un control estadístico exactos de cuantos ingresan al servicio y por qué razones falla la adherencia farmacológica

Por tanto, es necesario ver el cumplimiento terapéutico como un proceso complejo en el que el paciente se compromete activa y voluntariamente, junto con el equipo médico, a lograr el resultado terapéutico deseado; se debe brindar información suficiente al paciente para cambiar la percepción de la enfermedad, desarrollar terapias avanzadas y construir una relación médico-paciente de calidad basada en la confianza y la seguridad. Cabe destacar, que para el año 2030, la Organización Panamericana de salud (OPS) establece el programa HEARTS en las Américas con el fin de promover la prevención y manejo de las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y la dislipidemia en la atención primaria de salud (OMS, 2019).

En vista de lo antes planteado, la investigación toma un enfoque dirigido a determinar la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Bastión Popular tipo c, 2020-2021, a través del instrumento de medición de adherencia de Morisky-Green y Test de Bonilla que permita identificar los fármacos antihipertensivos más usados, los factores de riesgo de la adherencia terapéutica, caracterizar el control farmacológico y el nivel de cumplimiento por parte de los pacientes.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al centro de salud Bastión Popular tipo c, 2020-2021?

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Bastión Popular tipo c, 2020-2021.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los fármacos antihipertensivos comúnmente usados por los adultos mayores que acuden a consulta externa.
- Establecer los factores determinantes de la adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial.
- Determinar el grado de adherencia terapéutica por medio del instrumento de escala de valoración de Morisky.

## **3. Justificación**

La no adherencia farmacológica de antihipertensivos representa un riesgo elevado para la morbilidad y mortalidad en los pacientes de tercera edad; por tal motivo, se aborda la presente investigación con el objetivo de determinar la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en el adulto mayor que acuden al Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Además, posee un impacto social, dado que el tema de estudio se enfoca en identificar el uso de fármacos comúnmente usado por los adultos mayores, con el propósito de aportar soluciones viables para el continuo régimen farmacológico y minimizar la incidencia de complicaciones.

Por otra parte, esta investigación a su vez tiene como objetivo valorar el grado de adherencia y los factores determinantes que influyen en la misma, por lo que, puede ocasionar conductas no adherentes. Es por ello, que a través de los resultados del proyecto se mostrará la magnitud del problema para concientizar a los profesionales del centro de salud y entes gubernamentales para proponer mejoras en la adherencia de fármacos.

No obstante, el presente proyecto tiene una relevancia en la práctica como estudiante y profesional puesto que a través de este estudio se intensifica la necesidad de promover una calidad de vida saludable, el control de enfermedades y hábitos

alimenticios en los adultos mayores. Posee un impacto académico ya que es un tema globalizado que permanece en continuo desarrollo debido a su tasa de incidencia, por ello es que esta investigación servirá de aporte científico para la comunidad académica de docentes, estudiantes y profesionales como búsqueda de información para futuras investigaciones.

## **CAPÍTULO II**

### **4. Marco Teórico**

#### **4.1. Fundamentación referencial**

De acuerdo con el estudio realizado en centros comunitarios de Hong Kong en el año 2016. Como problemática de estudio mencionaba que existe una relación entre los factores determinantes y la adherencia terapéutica, debido a la relación percibida entre la toma de medicamentos y el manejo de la enfermedad, además de no tener bajo control la presión arterial y razón principal de la mala adherencia. Por lo tanto, cuyo objetivo de estudio fue conocer la adherencia de la medicación antihipertensiva en adultos mayores; con un enfoque metodológico correlacional-transversal dirigida a 195 pacientes entre 70-76 años de edad; donde el instrumento constó de un cuestionario de percepción de la enfermedad, la escala de satisfacción de la entrevista médica y la escala de adherencia a la medicación de Morisky.

Los autores lograron evidenciar que, más de la mitad de los encuestados (55,9%) reconocieron algún grado de incumplimiento de la medicación. Entre los factores de riesgos, la edad avanzada, vivir solo y la percepción relacionada con el control del tratamiento se asociaron de forma independiente con un aumento de las probabilidades de adherencia a la medicación, que oscilan entre 1,14 y 1,92 (Lo, et al., 2016).

Por otro lado, el estudio realizado en Cuba en el año 2017. Da a conocer cuál es el comportamiento de la adherencia terapéutica del consultorio Arroyo del policlínico. En base, al incumplimiento terapéutico, que es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que afecta especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Una vez identificada la problemática tuvo como objetivo caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos mayores del consultorio de Arroyo Bueno del policlínico. Con un enfoque metodológico descriptiva-transversal, dirigida a 21 pacientes hipertensos, cuyo instrumento aplicar es la escala de Morisky Green.

Entre los resultados señalados por el autor, evidenció que, el 57% de la población femenina, no tenían un control de la hipertensión, y un 80,9 % reportó una inapropiada adherencia al tratamiento antihipertensivo, asimismo, no respondieron a comportamientos de adherencia. Por otra parte, entre las razones primarias destacaron: los efectos adversos producidos por la terapia farmacológica decaimiento en un 52,4 %,

la tos nocturna en un 47,6 % y los calambres musculares en el 33,3 % (González, et al., 2019).

Sin embargo, la investigación realizada en Colombia en el año 2019, mencionan que la mayor parte de los estudios se han centrado en el aspecto del cumplimiento farmacológico, pero no estudian la adherencia relacionado al estilo de vida. Puesto que, el personal de enfermería juega un papel fundamental en la mejora de esta problemática. Motivo por el cual, tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la adherencia al régimen terapéutico en pacientes con hipertensión atendidos en centros de atención primaria de Bucaramanga, cuya metodología tuvo un enfoque analítico transversal dirigido a 500 pacientes en Colombia. Entre los resultados obtenidos, por los autores Parra, et al., (2019) evidenciaron que:

Los factores que incidieron negativamente en la adherencia al régimen terapéutico la cuales fueron: pertenencia al régimen subsidiado, nunca poder leer información escrita sobre el manejo de su enfermedad y nunca recibir información sobre los beneficios de los medicamentos recetados por el médico. Esto se asoció significativamente a un nivel socioeconómico bajo (58.0%) y medio (41.4%), así mismo el nivel de conocimiento, dado que el 11.0% era analfabeta y el 65.4% solo tenía educación primaria. Dos factores socioeconómicos, y uno relacionado con el sistema de salud y el personal, incidieron negativamente en la adherencia al régimen de tratamiento, mientras que cuatro factores relacionados con la terapia lo favorecieron. Los factores identificados se pueden utilizar para diseñar intervenciones de enfermería para mejorar la adherencia en esta población.

## **4.2. Fundamentación teórica**

### **4.2.1. Presión arterial**

Es uno de los parámetros clínicos más utilizados y las lecturas de la presión arterial son el factor más importante al elegir un plan de tratamiento. Sin embargo, explicar el significado fisiológico de la presión arterial de los pacientes no siempre es fácil (Magder, 2018). Este es otro parámetro fisiológico, que se caracteriza por continuas fluctuaciones dinámicas que duran desde unos pocos segundos hasta varios años (Parati et al., 2018).

### **4.2.2. Hipertensión**

La hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más y una presión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Las lecturas normales de presión arterial sistólica y diastólica son particularmente importantes para el funcionamiento

eficaz de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, así como para la salud y el bienestar general (Bravo-Campoverde, 2017).

#### **4.2.3. Adulto mayor con hipertensión**

El adulto mayor puede definirse como toda persona adulta que comprende una edad mayor a 60 años (Varela-Pinedo, 2016). La HT en los adultos mayores suele ser primaria. De las formas secundarias en este grupo de edad, se distingue la estenosis aterosclerótica de la arteria renal que, debido a una disminución en el flujo sanguíneo de la arteria renal, conduce a una alta síntesis de renina con un aumento en la conversión de angiotensinógeno plasmático a angiotensina I, y su posterior conversión a angiotensina II por una enzima que el endotelio convierte. Otra causa secundaria menos común en los ancianos es el aldosteronismo primario debido a hiperplasia suprarrenal o adenoma, y muy raramente debido a cáncer. En estos casos, el nivel de aldosterona en la sangre aumenta patológicamente y la concentración de renina en el plasma se reduce significativamente o es indetectable (Berreta & Kociak, 2017).

#### **4.2.4. Clasificación de la hipertensión**

La clasificación de la hipertensión según William, et al., (2019) puede derivarse de la siguiente forma como se presenta a continuación:

**Tabla 1**

*Clasificación de la hipertensión.*

<b>Categoría</b>	<b>Sistólica (mmHg)</b>		<b>Diastólica (mmHg)</b>
<b>Óptima</b>	< 120	y	< 80
<b>Normal</b>	120-129	y/o	80-84
<b>Normal-alta</b>	130-139	y/o	85-89
<b>HTA de grado 1</b>	140-159	y/o	90-99
<b>HTA de grado 2</b>	160-179	y/o	100-109
<b>HTA de grado 3</b>	≥ 180	y/o	≥ 110
<b>HTA sistólica aislada</b>	≥ 140	y	< 90

PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica. La categoría de PA se define según las cifras de PA medida en consulta con el paciente sentado y el valor más alto de PA, ya sea sistólica o diastólica. La HTA sistólica aislada se clasifica en grado 1, 2 o 3 según los valores de PAS en los intervalos indicados. Se emplea la misma clasificación para todas las edades a partir de los 16 años.

#### **4.2.5. Fisiopatología**

Se caracteriza principalmente por la existencia de una disfunción endotelial (DE) y la ruptura del equilibrio entre los factores vasoconstrictores y los vasodilatadores del vaso sanguíneo. Por lo tanto, afectan al sistema nervioso simpático, el riñón, el sistema Regina-angiotensina y diversos mecanismo hemodinámicos y humorales. Por otro lado, bajo circunstancias normales, la tensión arterial (TA) está regulado por muchos mecanismos fisiológicos altamente efectivos y puede mantener la presión arterial en un rango muy estrecho. Estos mecanismos difieren en términos de tiempo máximo de respuesta, nivel de estrés operativo y efectividad para corregir cambios en TA.

Básicamente hay 3 grupos que son los de acción inmediata, los de respuesta mediata y los de respuesta tardía.

##### **Acción inmediata**

Estas son las acciones que se pueden recibir en unos segundos. Este grupo incluye barorreceptores, los quimiorreceptores y la respuesta a la isquemia del sistema nervioso central (SNC). Los barorreceptores se encuentran a nivel del seno cervical y del arco aórtico. Cuando la TA es de 40 a 100 mm Hg estimulará el seno carotideo y cuando la TA es de 40 a 100 mm Hg, estimulará el arco aórtico (Shunchao et al., 2018).

##### **Respuesta mediata**

Se activa cuando la presión arterial fluctúa entre dos 50 y 100 mm Hg, su acción máxima ocurre en 15 minutos y su ganancia es aproximadamente de 70%. Se ha podido mostrar que es el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) es el que tiene mayor importancia siendo esta, una hormona que se sintetiza y se acumula en los gránulos del cuerpo yuxtglomerular, la cual está constituido por células musculares de la arteriola aferente con capacidad secretora (Wagner-Grau, 2018).

##### **Respuesta tardía**

Esto implica principalmente el control del volumen extracelular por parte del riñón. El sistema se caracteriza por un largo tiempo de funcionamiento (generalmente varios días), y es el único sistema con ganancia infinita, es decir, puede corregir cambios de TA en un 100%. La capacidad de regulación de este mecanismo se basa principalmente en la relación entre el volumen extracelular efectivo, la presión arterial y la excreción renal de sodio y agua. Cuando la tensión arterial baja en un rango de 50 mm Hg, la diuresis

cae a cero y no hay excreción de sodio y agua; por lo contrario, cuando la tensión arterial se incrementa de 100 a 200 mm Hg, la excreción de sodio y agua aumenta 6 a 8 veces (Bryce Moncloa et al., 2015).

#### ***4.2.6. Sintomatología***

La hipertensión primaria o esencial en los primeros años de vida no suele ir acompañada de síntomas. A veces, podemos encontrar que los jóvenes tienen latidos cardíacos más rápidos y sienten cierto grado de fatiga o dificultad para respirar cuando hacen ejercicio. El examen físico de los pacientes hipertensos debe incluir datos somatométricos, como: peso, talla, perímetro abdominal e índice de masa corporal (IMC).

Para los dolores de cabeza o los relacionados con la presión arterial alta, suelen durar de dos a tres horas por la mañana y noche. La hipertensión persiste en el tiempo y provoca diferentes síntomas según los órganos afectados y la extensión de la enfermedad.

- Cuando es el corazón, los síntomas serán de dolor en tórax si están afectadas las arterias coronarias encargadas del riego sanguíneo cardíaco.
- También puede aparecer disnea (asfixia) y edemas (hinchazón), si hay afectación del músculo cardíaco. A esta enfermedad la denominamos insuficiencia cardíaca.
- Cuando el órgano afectado es el cerebro, podemos encontrarnos con síntomas inespecíficos como la cefalea, los vértigos, los zumbidos de oídos y los mareos.
- Síntomas por afectación de las grandes arterias: pueden existir diversos grados de parálisis debido a los accidentes vasculares cerebrales (infartos cerebrales) y manifestaciones por afectación de pequeños vasos arteriales, como pueden ser las demencias y las hemorragias cerebrales.

#### ***4.2.7. Tratamiento***

La terapia antihipertensiva tiene dos objetivos: por un lado, reduce la mortalidad de enfermedades cardiovasculares relacionadas con la hipertensión; por otro lado, puede prevenir la progresión y regresión de enfermedades orgánicas subclínicas, que pueden ser no farmacológicas o farmacológicas (Ortellado-Maidana et al., 2016).

#### **Tratamiento no farmacológico:**

El tratamiento no farmacológico consiste en cambiar el estilo de vida del paciente. Esto requiere del proceso educativo y de la compañía del equipo médico, que puede requerir una intervención interdisciplinaria. La consejería organizada se considera

importante, al igual que la educación grupal dirigida por el cuidado y las actividades de cambio de comportamiento, los programas de educación comunitaria y los clubes de hipertensión (Soto, 2018).

Para la adopción de un estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Dejar de fumar.
- Bajar de peso (y estabilizar el peso).
- Disminuir el consumo excesivo de alcohol.
- Ejercicios físicos.
- Disminución del consumo de sal (<5 g NaCl)
- Aumentar el consumo de K<sup>+</sup> (>6 g)
- Aumentar el consumo de frutas y verduras ·disminuir el consumo de grasas saturadas y grasas trans.

El tabaquismo es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Dejar de fumar es la medida preventiva más eficaz para reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares IAM, ACV y enfermedad vascular periférica. Todos los pacientes hipertensos deben ser evaluados en relación al uso del tabaco, o como fumadores pasivos, a fin de aconsejar el abandono del tabaco y promover los ambientes libres de tabaco (E. González & Oliva, 2018).

El índice de masa corporal (IMC) se considera óptimo cuando el valor esta entre 18,5 y 24,9 kg/m. Valores 22 entre los 25 y 29.9 kg/m por el contrario se establece como sobrepeso, mientras que valores superiores a los 30 kg /m como obesidad y la medición de la circunferencia abdominal es muy importante en la práctica clínica (Carmona & Sánchez, 2018).

Un estudio clásico demostró los beneficios de las intervenciones terapéuticas no farmacológicas para la HTA. Los pacientes seguían una dieta con tres niveles diferentes de ingesta de sodio (alta, 3500 mg de sodio por día, que corresponde a aproximadamente 9 gramos de sal por día; moderada, 2300 mg de sodio por día, que corresponde a aproximadamente 6 gramos de sal por día; y bajo, 1150 mg de sodio por día, que es aproximadamente 3 g de sal por día). En la dieta DASH, se observó una disminución significativa de la presión arterial sistólica con cada ingesta de sal en comparación con la

dieta de control (Soto, 2018). Es decir, la dieta DASH determinó una caída en la presión arterial independientemente de la ingesta de sodio.

Una dieta rica en potasio puede ser beneficiosa para reducir la presión arterial en 3,5 / 2,0 mmHg. En la población general, curiosamente, este efecto es aún más pronunciado en pacientes hipertensos con una caída de la presión arterial de aproximadamente 5,3 / 3,1 mm Hg. También hay evidencia de que un aumento adicional de 1600 mg / día en la ingesta dietética de potasio se asocia con un riesgo significativamente menor de accidente cerebrovascular (20%). A nivel poblacional, sería recomendable reducir el consumo de alimentos procesados con alto contenido de sodio y bajo en potasio y reemplazarlos por alimentos naturales con una relación inversa sodio / potasio, es decir, alto en potasio y bajo en sodio (Soto, 2018).

### **Tratamiento farmacológico:**

La decisión de iniciar tratamiento con antihipertensivos debe considerar el nivel PA y el nivel de riesgo cardiovascular. El tratamiento farmacológico debe aplicarse en pacientes con HTA grado 2 y grado 3, y en aquellos con grado 1 cuando el riesgo cardiovascular es alto o muy alto, También el tratamiento debe empezarse en aquellos pacientes con grado 1, de bajo o moderado riesgo, dada la ineficacia de los tratamientos no farmacológicos, es importante enfatizar que la evaluación debe realizarse de forma individual y debe tener en cuenta todos los factores, incluido el entorno socioeconómico, que pueden indicar el inicio temprano del tratamiento médico debido a que estos factores será considerado en el grupo de riesgo (Castellanos, 2015).

Se recomienda 4 clases de drogas antihipertensivas de primera elección:

- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA)
- Antagonistas de la angiotensina II (ARA II)
- Bloqueantes de los canales de calcio o calcio antagonistas (BCA)
- Diuréticos (D) que pueden ser clortalidona, indapamida o del tipo tiazídico.

Pueden ser utilizados solos o en combinación. No se recomienda la asociación de un IECA con ARAII, por el riesgo de hiperpotasemia, hipotensión arterial o alteración de la función renal (James et al., 2014).

**Tabla 2***Lista de medicamentos antihipertensivos.*

FAMILIA	CARACTERÍSTICAS
<b>Diuréticos Tiazídico</b>	Favorecen la excreción urinaria de sodio y cloruro, su acción antihipertensiva primaria ocurre por efecto de vasodilatación directa.
<b>Betabloqueadores</b>	<p>Inhiben la respuesta al estímulo adrenérgico, mediante la ocupación de receptores beta-adrenérgicos localizados en el miocardio y a nivel vascular</p> <p><b>Clasificación:</b></p> <p>1-. No selectivos (Propranolol, Timolol, Nadolol y otros)</p> <p>2-. Selectivos (Metoprolol, Atenolol, Esmolol y otros).</p>
<b>Alfa y Betabloqueadores</b>	Producen un efecto antagonista selectivo sobre los receptores alfa 1-adrenorreceptores y no selectivo sobre betaadrenorreceptores. Los medicamentos incluidos son Labetalol, Carvedilol y Prizidiol.
<b>Calcioantagonistas</b>	<p>El calcio puede penetrar a la célula por diferentes canales, se han descrito cuatro tipos de canales selectivos para el calcio: L, T, N y P. Los bloqueadores de canal de calcio actúan en los canales tipo L que se localizan en el miocardio, nodo auriculoventricular y células del músculo liso vascular. Producen vasodilatación arteriolar y una reducción en la resistencia vascular periférica.</p> <p><b>Clasificación:</b></p> <p>1-. No dihidropiridinas, son las difenilalquilaminas como el Verapamil; y los benzodiacepinas como el Diltiazem. producen un efecto inotrópico y cronotrópico negativo.</p> <p>2-. Las dihidropiridinas como Nifedipina, que producen efecto inotrópico negativo, pero de menor magnitud que los fármacos del grupo anterior. Las dihidropiridinas de segunda generación como Amlodipino, Felodipino y Nicardipino que poseen mayor selectividad vascular, producen menor efecto inotrópico negativo que el Nifedipina.</p>
<b>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA.</b>	<p>Bloquean esta enzima con lo que la producción de angiotensina II se reduce, y así disminuye su efecto vasopresor. También inhiben la degradación de la bradisinina. Clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo Sulfhidrido: Captopril</li> <li>• Grupo Carboxilo: Enalapril, Lisinopril, Quinapril, Ramipril</li> <li>• Grupo Fosforil: Fosinopril</li> </ul>
<b>Antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II)</b>	Poseen efecto, utilidad y tolerancia similares a los del grupo anterior, pero a diferencia de éstos, su acción involucra la inhibición competitiva del receptor AT1 de la angiotensina II. Los medicamentos incluidos en el grupo son Losartán, Valsartán, Candesartán, Irbesartán y Telmisartán.

**Fuente:** Garcia-Castañeda et al., (2016).

#### **4.2.8. Prevención**

Según el autor (Berenguer, 2016) menciona que, la hipertensión arterial no se puede curar por completo, existen muchos hábitos de vida, sumados al efecto de los fármacos antihipertensivos, que pueden controlarlos significativamente y evitar sus consecuencias. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- Todos los adultos mayores deben controlar su presión arterial con regularidad.
- Hacer ejercicio y evitar la obesidad.
- Reducir el contenido de sal durante la cocción.
- Minimizar la grasa animal y coma alimentos ricos en verduras, frijoles, frutas y fibra.
- Limitar la cantidad de alimentos procesados y fritos.
- No fumar y evitar un ambiente contaminado por humo de tabaco.
- Beber alcohol con moderación.
- Evitar incluir bebidas como el café y el té.

#### **4.2.9. Adherencia terapéutica**

La OMS define la adherencia terapéutica como la medida en que el comportamiento de una persona (medicación, dieta y cambios en el estilo de vida) sigue las recomendaciones acordadas con el proveedor de atención médica (Bravo-Campoverde, 2017). Asimismo, el término "incumplimiento" acusa al paciente de no seguir las instrucciones médicas. Actualmente se prefiere el término "adherencia", que define en qué medida el comportamiento del paciente se corresponde con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente.

Las consecuencias del incumplimiento del programa de salud incluyen un aumento en el número de visitas a la atención primaria de salud por falta de control de la hipertensión arterial, un aumento en el número de pruebas para descartar hipertensión secundaria, disfunción familiar y un aumento en la dosis de antibióticos, fármacos hipertensivos o incorporación de nuevos fármacos, crisis hipertensiva, trastornos cerebrovasculares, aumento de la morbimortalidad, aumento de la atención en urgencias por reingreso, suspensión de operaciones por HTA incontrolada, que generalmente conlleva un aumento de los costes del tratamiento.

El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de fracaso del tratamiento. Según estudios globales sobre el cumplimiento de la hipertensión arterial, se estima que

las tasas de abarcan un 40% con los tratamientos farmacológicos y alrededor del 60-90% con las medidas de higiene y nutrición. A pesar de la disponibilidad de un tratamiento efectivo, en América Latina la mitad rechaza completamente el tratamiento después del primer año de diagnóstico, y de aquellos que permanecen bajo supervisión médica, solo el 50% está tomando al menos el 80% de la medicación prescrita. Como resultado, aproximadamente el 75% de los pacientes diagnosticados de hipertensión no logran un control óptimo de la presión arterial debido al mal cumplimiento de la terapia antihipertensiva (Martínez-Sánchez et al., 2015).

#### ***4.2.10. Clasificación de la no adherencia terapéutica***

Dependiendo de los distintos métodos de incumplimiento del tratamiento, especialmente farmacológico, se han elaborado diferentes clasificaciones en función del período de observación del paciente:

- Incumplimiento parcial: el paciente finalmente se adhiere al tratamiento.
- Incumplimiento esporádico: a veces no se administra ningún tratamiento.
- Incumplimiento secuencial del tratamiento: suspender el tratamiento durante los períodos en que el paciente esté sano y reiniciar el tratamiento cuando aparezcan los síntomas.
- Incumplimiento total: cuando el tratamiento se rechaza indefinidamente
- Cumplimiento de la bata blanca: siga el régimen de tratamiento únicamente cuando consulte a un médico (Jaramillo, 2017).

#### ***4.2.11. Factores determinantes de la adherencia***

**Factores socioeconómicos:** los principales problemas económicos y sociales que deben abordarse en relación con el cumplimiento del tratamiento son: pobreza, analfabetismo, baja educación, desempleo, falta de redes de apoyo social efectivas, condiciones de vida inestables, distancia del centro de tratamiento, altos costos de transporte, medicamentos y la familia, también, los trastornos funcionales son factores que juntos afectan negativamente la adherencia al tratamiento (Ramos, 2015).

**Factores relacionados con el proveedor de salud:** tener una buena relación con un proveedor de atención médica puede mejorar el cumplimiento, pero hay muchos factores que pueden tener un impacto negativo, como por ejemplo: servicios de salud mal desarrollados, sistemas de suministro de medicamentos deficientes, falta de conocimiento y capacitación de los trabajadores de la salud en el tratamiento de enfermedades crónicas,

sobrecarga de proveedores de atención médica, falta de incentivos, consultas breves, capacidad débil del sistema para la educación del paciente y atención de seguimiento, desarrollo insuficiente de las capacidades de apoyo y autoayuda en la comunidad, falta de conocimiento del cumplimiento y medidas efectivas para mejorarlo (Martínez-Sánchez et al., 2015).

**Factores relacionados con la terapia:** hay muchos factores relacionados con el tratamiento que afectan el cumplimiento del mismo. Los más destacables son los que están asociados con la complejidad del régimen de tratamiento, la duración, el fracaso del tratamiento anterior, los frecuentes cambios de fármacos, los efectos secundarios y la disponibilidad de cuidados (Ramos, 2015).

Las medidas de cumplimiento deben adaptarse a las necesidades del paciente para obtener el máximo beneficio. En general, cuanto más complejo es un régimen de tratamiento, es menos probable que el paciente lo siga. Uno de los indicadores de la complejidad del tratamiento es la frecuencia de la higiene personal.

**Factores relacionados con el paciente:** los factores del paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente sobre su enfermedad, la motivación para el tratamiento, la confianza en su capacidad para participar en el comportamiento terapéutico con la enfermedad y las expectativas de los resultados del tratamiento y las consecuencias de un cumplimiento deficiente interactúan de una forma completamente comprensible de influir en la adherencia (Jaramillo, 2017).

#### ***4.2.12. Métodos para medir el grado de adherencia al tratamiento***

**Métodos directos:** Consisten en medir la cantidad de fármaco en muestras biológicas, pero son caras y poco útiles en la atención primaria de salud. Estos métodos son una forma ideal de controlar el cumplimiento del paciente con el régimen de medicación. Sin embargo, tienen algunos inconvenientes, como la incomodidad y la invasividad para el paciente, ya que se debe extraer la sangre para la obtención de resultados. Además, pueden producirse resultados incorrectos ya que se relacionan con la última dosis tomada y no con el régimen (Valencia, 2014).

**Métodos indirectos:** Son los que más se utilizan, aunque tienen el inconveniente de que no son muy objetivos porque la información habitualmente procede del propio paciente. Estos métodos requieren conocimientos, actitudes, motivación y

comportamiento del usuario que son válidos para ser aplicados antes de tomar cualquier tipo de medicación, por lo que son de gran utilidad en la atención primaria de salud.

#### ***4.2.13. Test de Morisky -Green- Levine***

Este método, que ha sido validado para una variedad de enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con presión arterial alta. Sin embargo, desde la introducción de esta prueba, se ha utilizado para evaluar el cumplimiento de diversas enfermedades. Consiste en una serie de 4 u 8 preguntas contrastantes con una respuesta dicotómica sí / no que refleja la conducta de adherencia del paciente. Muestra una alta fiabilidad del 0,61% y una especificidad del 94% (Jaramillo, 2017).

Se considera que un paciente cumple la normativa si responde correctamente cuatro preguntas, es decir, no / sí / no / no. Existe otra opción donde se cambia la segunda pregunta para que la respuesta correcta sea "No", con lo que las cuatro preguntas se responden de la misma manera: No / No / No / No (Limaylla & Ramos, 2016).

#### ***4.2.14. Intervenciones para mejorar la adherencia***

Existen diversas estrategias en el abordaje de las pacientes no adherentes descritas por los autores Carandell & Miralles (Carandell & Miralles, 2012) que contribuyen al mejoramiento de la adherencia terapéutica como se presenta a continuación:

- **Técnicas:** están dirigidas a simplificar y reducir el número de dosis diarias de medicamentos de liberación controlada o el número de diferentes fármacos que contienen, por ejemplo, tratamientos en combinación con dosis fijas.
- **Educativas:** crece el conocimiento sobre la enfermedad, su tratamiento y sus consecuencias. Ayudan al paciente con la información que necesita, a tomar las decisiones más adecuadas para su salud.
- **Apoyo social y familiar:** su objetivo es mejorar la adherencia al tratamiento mediante un buen apoyo social o programas de ayuda en el hogar, para pagar los medicamentos, recetar medicamentos con la mejor relación calidad-precio y la interacción de familiares o amigos en la supervisión de enfermedades y la medicación.
- **Dirigidas al profesional sanitario:** estos métodos están diseñados para ayudar a un médico, enfermero o farmacéutico a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educativos sobre comunicación y aprendizaje o estrategias de

comportamiento, generalmente basados en recordarle al médico que tome medidas preventivas con sus pacientes.

### **4.3. Teoría de enfermería**

#### ***4.3.1. Dorothea Orem teoría del déficit de autocuidado***

La autoayuda es una función reguladora de una persona que toda persona debe utilizar conscientemente para mantener su vida y estado de salud, su desarrollo y su bienestar. Por tanto, es un sistema de acción que nos permite comprender las necesidades y los límites de las acciones de las personas que pueden beneficiarse del autocuidado. Como función reguladora de una persona, la autosuficiencia es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y desarrollo humanos (Naranjo-Hernández et al., 2017).

Por otro lado, la sub-teoría del déficit de autoayuda se relaciona con la capacidad del usuario para cuidarse a sí mismo, lo que genera acciones inapropiadas para conocer e identificar algunos o todos sus mecanismos de autoayuda terapéutica, incluida la capacidad de la persona adaptarse a ciertos cambios en su entorno adaptarse. En esta situación, la persona puede necesitar ayuda de muchas fuentes, incluida la intervención de familiares, amigos y enfermeras (Jimena & Sigcho-Japón, 2020). Así mismo, Orem conceptualizó los siguientes metas paradigmáticos entre las cuales:

**Persona:** percibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Con la capacidad de conocerse, reflexionar las propias experiencias y eventos relacionados para participar en el autocuidado dependiente.

**Entorno:** Son aquellos factores tanto físicos, químicos, biológicos y sociales que puede influir e interactuar en la persona.

**Salud:** Es el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Esto implica la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

**Enfermería:** Servicio humano prestado cuando una persona no puede cuidarse a sí misma para su salud, vida y bienestar. Por lo tanto, debe brindar apoyo directo a las personas y / o grupos para que sean autosuficientes de acuerdo a sus necesidades. debido a una discapacidad relacionada con su situación personal (Prado-Solar et al., 2014).

#### **4.4. Marco legal**

Esta investigación se sustenta en las disposiciones expuestas en la Constitución Política del Ecuador (Constitución del Ecuador, 2008), como se evidencia a continuación:

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (Constitución del Ecuador, 2008, p.165)

#### **Ley orgánica de las personas adultas mayores**

**Art. 38.-** Accesibilidad. Se garantizará a las personas adultas mayores la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, eliminando barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. En toda obra pública y privada de acceso público, urbana o rural, deberán preverse accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para las personas adultas mayores

#### **Ley de ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador**

**Art. 13.-** establece que, son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente Ley, las siguientes:

Así como también Ley Orgánica de Educación Superior, LOES

**Art. 138.-** Fomento de las relaciones interinstitucionales entre las instituciones de educación superior.- Las instituciones del Sistema de Educación Superior fomentarán las relaciones interinstitucionales entre universidades, escuelas politécnicas e institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y conservatorios superiores tanto nacionales como internacionales, a fin de facilitar la movilidad docente, estudiantil y de investigadores, y la relación en el desarrollo de sus actividades académicas, culturales, de investigación y de vinculación con la sociedad.

El Consejo de Educación Superior coordinará acciones con el organismo rector de la política educativa nacional para definir las áreas que deberán robustecerse en el bachillerato, como requisito para ingresar a un centro de educación superior (Constitucion del Ecuador, 2008).

## **5. Formulación de la Hipótesis**

H1: La adherencia al tratamiento de fármacos antihipertensivos del adulto mayor que acude al centro de salud Bastión Popular tipo c tiene relación con los factores determinantes que intervienen en el abandono del régimen terapéutico.

### **5.1. Identificación y clasificación de variables**

#### **5.1.1. Variable independiente:**

Factores determinantes que interviene en el abandono del régimen terapéutico

#### **5.1.2. Variable dependiente:**

Adherencia al tratamiento

## 5.2. Operacionalización de las variables

**Tabla 3**

*Variable Independiente*

Hipótesis	Variable	Definición conceptual	Definición operacional		
			Dimensión	Indicador	Técnica
La adherencia al tratamiento de fármacos antihipertensivos del adulto mayor que acude al centro de salud Bastión Popular tipo c tiene relación con los factores determinantes que intervienen en el abandono del régimen terapéutico.	<b>Independiente</b> Factores determinantes que interviene en el abandono del régimen terapéutico	Factores intervinientes que afectan la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos.	Edad	60 a 65	Cuestionario sociodemográfico
				66 a 70	
				71 a 75	
			Sexo	Masculino	
				Femenino	
			Estado civil	Soltero	
				Casado	
				Divorciado	
				Viudo	
				Unión libre	
	Nivel de instrucción	Ninguno			
		Primario			
		Secundario			
		Superior			
	Tipo de seguro	Ninguno			
		IESS			
		ISSFA			
		Privado			

Hipótesis	Variable	Definición conceptual	Definición operacional		
			Dimensión	Indicador	Técnica
La adherencia al tratamiento de fármacos antihipertensivos del adulto mayor que acude al centro de salud Bastión Popular tipo c tiene relación con los factores determinantes que intervienen en el abandono del régimen terapéutico.	Factores determinantes que interviene en el abandono del régimen terapéutico	Factores intervinientes que afectan la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos.	Tipo de Fármaco	IECA ARA II Antagonista de calcio Diurético	Historia clínica del paciente hipertenso.
			Numero de dosis	1 dosis 2 dosis >3 dosis	
			Numero de fármacos	1 2 3	
			Comorbilidad	Diabetes EPOC ICA	
			Factores Socioeconómicos	Disponibilidad económica Costeo de medicamentos Recursos para asistir a consulta Dieta Apoyo familiar	Test de Bonilla.
			Factores relacionados al sistema de salud	Respuesta de inquietudes Recibe información necesaria Suministro de medicamentos Información recibida sobre los fármacos	
			Factores relacionados al tratamiento	Ocupaciones Cumplimiento de citas Dudas sobre la terapia farmacológica Suspensión de tratamiento	
			Factores relacionados al paciente	Percepción de tratamiento recibido Interés por conocer su condición de salud Importancia de continuar con el tratamiento Percepción sobre el cuidado de la salud	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

**Tabla 4***Variable Dependiente*

Hipótesis	Variable	Definición conceptual	Definición operacional			
			Dimensión	Indicador	Técnica	
La adherencia al tratamiento de fármacos antihipertensivos del adulto mayor que acude al centro de salud Bastión Popular tipo C tiene relación a factores determinantes que intervienen en el abandono del régimen terapéutico.	<b>Dependiente</b> Adherencia al tratamiento	Grado de comportamiento de una persona en relación a la medicación, la dieta y los cambios de estilo de vida según las recomendaciones acordadas con el médico.	Cumplimiento	Alto	Escala de adherencia del tratamiento de Morisky Green	
			Actitudes	Medio		Bajo
				Comportamiento		Adherente

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

## **CAPÍTULO III**

### **6. Diseño metodológico**

#### **6.1. Tipo de investigación**

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, dado que se utilizó la recolección de datos, el análisis e interpretación de los resultados, a través de la encuesta validada por expertos, para conocer los patrones de comportamiento del usuario. Así mismo, tiene un diseño no experimental puesto que durante el estudio no se manipuló la variable principal del estudio, es decir, y solo estuvo enfocado en determinar la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores, mediante la observación de las historias clínicas de los mismos, donde se analizaron la información permitiendo identificar cada uno de los objetivos planteados.

Por otra parte, es de tipo transversal, ya que se aplicó el estudio de manera única en la población permitiendo estimar la magnitud y distribución en un momento dado y por último se consideró descriptivo, porque permitió describir los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento por medio de la información obtenida.

#### **6.2. Método de investigación**

El desarrollo de la investigación tuvo como enfoque a utilizar el método deductivo que permitió conocer la adherencia terapéutica y los factores determinantes que influyeron para la no adherencia. De esta manera, se logrará comprobar a través del análisis y obtener conclusiones específicas, además de la comprobación de la hipótesis. Por otra parte, es analítico porque permitirá estudiar, comparar, analizar las variables a través de instrumento de validación indispensables para la obtención de los resultados.

#### **6.3. Población y muestra**

Para el desarrollo de la investigación se tomó como población 33 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial que acuden a consulta externa en el Centro de Salud Bastión Popular tipo c, 2020-2021, a su vez, la muestra estuvo constituida por el 100% de la población seleccionada.

#### **6.4. Técnicas de recolección de datos**

- **Encuesta:** para la recolección de datos se estableció como técnica la encuesta, dado que es un procedimiento previamente diseñado y adecuado para

investigaciones descriptivas, donde no se modifica el entorno ni el fenómeno donde se extrae la información.

### **6.5. Instrumento de recolección de datos**

- **Cuestionario sociodemográfico**

El instrumento sociodemográfico estuvo compuesto por preguntas semiestructuradas de selección simple, definidas en 9 ítems, este cuestionario permitió la recolección de datos, conocer las particularidades en cuanto a: edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil y tipo de seguro. Estos datos proporcionaron una base óptima en este estudio que facilitó identificar la adherencia terapéutica.

- **Historia clínica del paciente**

Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica de los pacientes con la autorización del mismo y del profesional de salud (médico), durante el estudio. Por lo tanto, permite extraer información clave para esta investigación como: el tipo de medicamento, el tratamiento actual, el número de dosis, la comorbilidad del paciente. Puesto que, permite identificar que fármacos antihipertensivos son los más utilizados por el adulto mayor.

- **Escala de valoración de Morisky -Green- Levine**

Es un instrumento que permitió identificar a los pacientes que no cumplen apropiadamente el régimen terapéutico farmacológico. El instrumento consto de 8 preguntas semiestructuradas para obtener respuestas dicotómicas Si/No. Basado en las respuestas proporcionadas se determinó el grado de adherencia de los pacientes hipertensos y se establecen en dos categorías: adherente/no adherente. Las 8 preguntas poseen un orden estructurado las cuales se establecen en:

1. ¿A veces se olvida de tomar su medicamento?
2. ¿La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido? Pensando en las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no toma su medicamento?
3. ¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?
4. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?
5. Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento?

7. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?

La última pregunta cambia el modo de respuesta dicotómica a la escala de Likert de a) Nunca / raramente / b) De vez en cuando / c) A veces /d) Usualmente- casi siempre /e) Todo el tiempo – siempre. Valorando que, la A el valor es 0= (No) y de la B hasta la E su valor es 1 =(Si) (Morisky et al., 1986).

- **Test de Bonilla**

El test de Bonilla permite evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, diseñado por Claudia Bonilla y Edilma Gutiérrez, con la última versión propuesta por Consuelo Ortiz que consta de 19 ítems (Bonilla-Ibañez, 2014). La validación de dicho instrumento posee cuatro dimensiones tales como:

- Dimensión I: factores socioeconómicos (6 ítems).
- Dimensión II: factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud (8 ítems).
- Dimensión III: factores relacionados con la terapia (6 ítems).
- Dimensión IV: factores relacionados con el paciente (4 ítems).

Las respuestas a los ítems, se obtiene mediante la escala de Likert: nunca, a veces y siempre. Tomando en cuenta que hay ítems tanto positivos como negativos, donde se considera positivo con una escala de 0= nunca, 1= a veces, 2= siempre y negativo 1=nunca, 2= a veces, 0= siempre.

Los ítems positivos contemplados en la cuarta versión del instrumento son:

- I Dimensión: ítems 1, 2, 3, 7, 8.
- II Dimensión: ítems 21, 22, 23, 24, 25,27, 31 y 47.
- IV Dimensión: ítems 40, 49, 52, 53.

Los ítems negativos corresponden a:

- I Dimensión: ítem 6
- III Dimensión: ítems 10, 13, 18, 37, 38, 43.

Finalmente, el porcentaje para evaluar la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos son:

Ventaja para adherirse	80-100%
------------------------	---------

Situación de riesgo de no adherirse	60-79%
Situación de no adherencia	<60%

#### **6.6. Aspectos éticos**

Se elaboró una solicitud dirigida a la Directora de Centro de Salud Bastón Popular tipo c de la ciudad de Guayaquil, con la finalidad de obtener la apertura necesaria para realizar el levantamiento de información. Seguidamente, estuvo respaldada principalmente por el consentimiento informado aceptado por los pacientes, explicando que los datos obtenidos serán confidenciales y utilizados para fines investigativos. Cabe señalar que se hizo notar que el participante tiene derecho a retirarse de la investigación en el momento que lo desee sin presentar represalias.

## CAPÍTULO IV

### 7. Presentación de resultados

#### 7.1. Análisis e interpretación de los resultados

**Tabla 5**

*Edad y sexo.*

		Edad			Total	Porcentaje
		60 a 65 años	66 a 70 años	71 a 75 años		
Sexo	F	9	4	4	17	52%
	M	8	6	2	16	48%
Total		17	10	6	33	100%

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Como se observa en la tabla 5, se reporta una incidencia de la población femenina del grupo etarios entre 60 hasta 75 años de edad con un porcentaje de 52%. En cambio, la población masculina con una ligera diferencia de 48%. Esto indica que el estudio estuvo compuesto mayormente por mujeres de tercera edad, sin embargo, la diferencia entre ambos géneros es ligero y no una incidencia significativa.

**Tabla 6**

*Comorbilidades.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diabetes	14	42,4	42,4	42,4
	EPOC	1	3,0	3,0	45,5
	ICA	5	15,2	15,2	60,6
	ECV	3	9,1	9,1	69,7
	Ninguna	10	30,3	30,3	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Del total de la población hipertensa, el 42,4% tienen diabetes, seguido del 30,3% sin comorbilidades, 15,2% con ICA, 9% de enfermedades cardiovasculares y en menor medida EPOC en un 3%. Estos resultados representan la calidad de vida de los pacientes hipertensos y demuestra que la mayoría de ellos poseen una calidad de vida regular. Las comorbilidades podrían estar asociadas a la suspensión del régimen farmacológico de pacientes que solo ingirieron el medicamento en el momento necesario y al presentar mejoría suspendieron su uso.

## Fármacos antihipertensivos comúnmente usados por los adultos mayores

**Tabla 7**

*Tipo de fármaco.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	IECA	14	42,4	42,4	42,4
	ARA II	9	27,3	27,3	69,7
	Antagonista de calcio	8	24,2	24,2	93,9
	Diurético	2	6,1	6,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

En cuanto a, el tipo de fármaco mayormente empleado por los adultos mayores se constituyó por inhibidores de enzimas convertidora de angiotensina mejor conocida como IECA en un 42,4 %, seguido de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) en un 27,3%, antagonistas de calcio en un 24,2% y en menor medida los diuréticos en un 6,1%. La prevalencia del consumo de IECA destaca por sus beneficios sobre el corazón y a largo plazo tales como el captopril, enalapril, lisinopril, ramipril y trandolapril y su efectividad para disminuir la mortalidad y la morbilidad del infarto cardíaco y post-infarto.

**Tabla 8**

*Número de dosis.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 dosis	31	93,9	93,9	93,9
	2 dosis	2	6,1	6,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Como se observa en la tabla 8, la mayoría de los adultos mayores hipertensos poseen una prescripción médica de una dosis diaria del fármaco utilizado en un 93,9% y un 6,1% emplean dos dosis dentro de las 24 horas. Esto se debe por su prescripción médica, donde la mayoría de los antihipertensivos se administran una vez al día y algunos casos requiere de una segunda dosis. Los pacientes recetados con 2 dosis al día podrían estar relacionados a un régimen farmacológico inconsistente ya sea por olvido,

desconocimiento, reacción medicamentosa o por voluntad propia del paciente al presentar mejoría.

### **Factores determinantes de la adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión arterial empleando el test de Bonilla**

**Tabla 9**

*Factores económicos.*

<b>Categoría</b>	<b>Escala</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1-. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)?	Nunca	1	3%
	A veces	19	58%
	Siempre	13	39%
2-. ¿Puede pagarse los medicamentos?	Nunca	2	6%
	A veces	22	67%
	Siempre	9	27%
3-. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?	Nunca	0	0%
	A veces	18	55%
	Siempre	15	46%
4-. ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?	Nunca	16	49%
	A veces	12	36%
	Siempre	5	15%
5-. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?	Nunca	0	0%
	A veces	17	52%
	Siempre	16	48%
6-. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?	Nunca	1	3%
	A veces	4	12%
	Siempre	28	85%

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

En nuestra población se evidencia los factores de riesgo económicos presentados en los adultos mayores con hipertensión utilizando el test de Bonilla, de los cuales, el 58% “a veces” tiene la disponibilidad económica para atender sus necesidades básicas, al igual que la capacidad de pagar sus medicamentos, en un 67%. Con respecto al traslado al lugar de consulta el 55% afirmaron tener “a veces” los recursos para asistir y, que además tenían dificultades para mantener una dieta según los alimentos recomendados con una totalidad de 51% entre “a veces” y “siempre”.

En relación a la información adquirida sobre su enfermedad el 52% de los hipertensos “a veces” lograban hacerlo debido al apoyo recibido, donde la mayoría de los

adultos mayores manifestaron siempre tener la ayuda por sus familiares más allegados en un 85% para el cumplimiento de su terapia farmacológica. Esto indica que, a pesar de tener un buen soporte de apoyo por parte de la familia, persisten las deficiencias de adherencia farmacológica por dificultades económicas que les impide costear sus propios medicamentos, asistir continuamente a las citas de control y adoptar una alimentación adecuada en base a sus necesidades.

**Tabla 10**

*Factores relacionados al sistema de salud.*

<b>Categoría</b>	<b>Escala</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
7-. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?	Nunca	0	0%
	A veces	4	12%
	Siempre	29	88%
8-. ¿Recibe la información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?	Nunca	0	0%
	A veces	1	3%
	Siempre	32	97%
9-. ¿El centro de salud le proporciona los medicamentos necesarios para su hipertensión?	Nunca	1	3%
	A veces	17	52%
	Siempre	15	45%
10-. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?	Nunca	0	0%
	A veces	2	6%
	Siempre	31	94%

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Con respecto al sistema de salud, se evidenció un buen servicio de atención por parte de los profesionales de la salud en un 88%; además, recibe información necesaria sobre los beneficios de los medicamentos en un 97%. Con respecto a los medicamentos proporcionados por el centro de salud el 52% afirmaron que “a veces” les hacen entregas de fármacos a diferencia del 45% quienes manifestaron que siempre los recibe.

Esto indica que los adultos mayores hipertensos que reciben “a veces” los medicamentos por parte del centro asistencial corren mayor riesgo de no adherencia farmacológica, debido a que la mayoría de ellos no poseen los recursos económicos necesarios para sustentar por si mismos la compra constante de estos antihipertensivos.

**Tabla 11***Factores relacionados con la terapia.*

<b>Categoría</b>	<b>Escala</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
11-. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?	Nunca	14	42%
	A veces	16	49%
	Siempre	3	9%
12-. ¿La distancia de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?	Nunca	1	3%
	A veces	27	82%
	Siempre	5	15%
13-. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?	Nunca	4	12%
	A veces	20	61%
	Siempre	9	27%
14-. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?	Nunca	23	70%
	A veces	10	30%
	Siempre	0	0%
15-. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?	Nunca	9	27%
	A veces	20	61%
	Siempre	4	12%

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Como se observa en la tabla 11, se indagó sobre los factores de riesgo asociados a la terapia, de las cuales, el 49% afirmaron “a veces” tener una ocupación muy ajetreada fuera del hogar lo que implicaba la interrupción del régimen farmacológico; por otro lado, la distancia entre el hogar, trabajo y consultorio dificultaba la asistencia a las citas “a veces” en un 82%, el cual se vio afectado por dudas sobre la forma de tomar el medicamento, dado que los participantes mostraron “a veces” dudas sobre el tema en un 61%.

A pesar de ello, la mayoría de los hipertensos revelaron que continúan con su tratamiento y “nunca” lo suspenden tras la mejoría de los síntomas en un 70% y solo el 30% lo ejecuta “a veces”; sin embargo, se evidenció una serie de antecedentes basado en las dificultades de la adherencia farmacológica en un 61% de los adultos mayores. Lo que indica que, entre la ocupación diaria, la distancia del consultorio al hogar, la duda sobre la toma de medicamentos representa un factor de riesgo a la adherencia terapéutica.

**Tabla 12***Factores relacionados con el paciente.*

<b>Categoría</b>	<b>Escala</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
16-. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?	Nunca	0	0%
	A veces	12	36%
	Siempre	21	64%
17-. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?	Nunca	0	0%
	A veces	0	0%
	Siempre	33	100%
18-. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?	Nunca	0	0%
	A veces	0	0%
	Siempre	33	100%
19-. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?	Nunca	0	0%
	A veces	2	6%
	Siempre	31	94%

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Con relación a los factores de riesgo asociados con el paciente hipertenso se evidenció que, a pesar de que el 64% considera que la terapia farmacológica es beneficiosa, el 36% “a veces” lo considera de la misma forma. Con respecto al interés por conocer más sobre su condición de salud y las formas de autocuidado la totalidad de los adultos mayores estuvieron “siempre” de acuerdo y que son los responsables del cuidado de su salud en un 94%.

En contraste con los resultados obtenidos de esta variable y las anteriores revelan que, a pesar de poseer dificultades económicas para cumplir con una dieta saludable, el costeo de medicamentos e inconvenientes para asistir al centro de salud, muchos demuestran interés por cuidar más de su salud a pesar de no cumplir con un régimen farmacológico adecuado dado que consideran que es responsabilidad de sí mismos cuidar de su salud.

**Tabla 13***Test final de Bonilla.*

		< 27 (< 60%)	28 a 32 (60 % a 79%)	33 a 38 (80% a 100%)	Total
Edad	60 a 65 años	5	11	1	17
	66 a 70 años	3	6	1	10
	71 a 75 años	4	1	1	6
	Total	12	18	3	33

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Como se evidencia en la tabla 13, se establece la totalidad de los ítems del test de Bonilla las cuales demostró que, 11 (33%) de los adultos mayores entre 60 a 65 años de edad poseen riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia, y 5 (15%) de ellos no responden a comportamientos de adherencia, por otro lado, 6 (18%) del grupo etario entre 66 a 70 años poseen riesgos de adherencia y 3 (9%) de ellos no responden adecuadamente a la terapia farmacológica; finalmente, 4 (12%) de los adultos de 71 a 75 no responden a la terapia.

Basado en lo antes expuesto se comprueba lo mencionado previamente en los análisis de las variables, puesto que la mayoría de los adultos mayores revelaron un comportamiento inadecuado a la terapia farmacológica y algunos presentaron alto riesgo de adherencia.

### **Grado de adherencia terapéutica por medio del instrumento de escala de valoración de Morisky- Green- Levine**

**Tabla 14***Olvido del medicamento*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	28	84,8	84,8	84,8
	No	5	15,2	15,2	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Basado en la tabla 14, se le pregunto al adulto mayor si a veces se le olvidaba tomar su medicamento de las cuales el 84,8% afirmaron positivamente. Lo que revela una gran mayoría de hipertensos con dificultades de adherencia farmacológica ya sea de manera involuntaria o por decisión propia.

**Tabla 15***Abandono del medicamento por olvido.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	8	24,2	24,2	24,2
	No	25	75,8	75,8	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

En base a lo expuesto en la tabla 15, el 24,2% afirmaron que no toman su medicamento por razones diferentes al olvido. Esto indica que un poco menos de la cuarta parte de la población hipertensa omite la ingesta del fármaco por razones personales y no por olvido, lo que aumenta el riesgo de adherencia.

**Tabla 16***Suspender la medicación.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	11	33,3	33,3	33,3
	No	22	66,7	66,7	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Con relación a la tabla 16, se les preguntó a los adultos mayores si han disminuido o suspendido el régimen farmacológico sin supervisión médica debido a efectos secundarios, de las cuales el 66,7% negó el hecho, a diferencia del 33,3% quienes manifestaron suspenderlos por haberse sentido mal al consumirlo. Es importante acotar que toda reacción medicamentosa debe ser suspendida y reportada al médico tratante para que el profesional le proporcione otro fármaco que cumpla con el régimen de medicamentos sin reacción alguna, sin embargo, algunos de los participantes suspendieron su uso sin consulta, lo que representa un riesgo mayor de adherencia por desconocimiento.

**Tabla 17***Olvido de medicamento durante el viaje*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Si	28	84,8	84,8	84,8
	No	5	15,2	15,2	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Se evidencia que, el 84,8% de los adultos mayores hipertensos olvidan sus medicinas al salir de casa o de viaje y solo una pequeña población, es decir, el 15,2% procura llevarlas siempre. Esto indica que la mayoría de los pacientes en algún momento han incumplido al régimen farmacológico lo que aumenta las probabilidades de ser pacientes no adherentes.

**Tabla 18***Ingesta de todos los medicamentos.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	33	100,0	100,0	100,0

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

El 100% de los adultos mayores hipertensos entrevistados afirmaron tomar sus medicamentos el día anterior a la entrevista. Se revela el consumo de los antihipertensivos entre el día antes de la entrevista y posterior a ella, más esto no asegura la continuidad de la terapia farmacológica en todos los pacientes que podrían ser no adherentes.

**Tabla 19***Abandono del medicamento por disminución o desaparición de los síntomas.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	22	66,7	66,7	66,7
	No	11	33,3	33,3	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Con respecto a las respuestas del ítem 6, el 66,7% de los pacientes hipertensos afirmaron abandonar el régimen farmacológico tras mejoría de síntomas y el 33,3%

mantiene la adherencia terapéutica. Esto confirma con lo antes mencionado, puesto que no mantienen la continuidad del consumo de fármacos.

**Tabla 20**

*Presión por el plan del tratamiento.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	14	42,4	42,4	42,4
	No	19	57,6	57,6	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Con relación a la pregunta 7 del test de Morisky-Green, el 42,4% se sienten presionados por el hecho de estar apegados a un régimen farmacológico. Esto indica que la mayoría de los entrevistados se sienten frustrados al estar ligados a un régimen farmacológico diario lo que aumenta la incidencia de pacientes con abandono de la terapia.

**Tabla 21**

*Dificultad para acordarse de la ingesta de medicación.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	7	21,2	21,2	21,2
	Rara vez	8	24,2	24,2	45,5
	Alguna vez	7	21,2	21,2	66,7
	Habitualmente	8	24,2	24,2	90,9
	Siempre	3	9,1	9,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Basado en la evidencia del ítem 8, se evidencia que el 24,2% rara vez tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos, al igual que los adultos mayores que lo olvidan habitualmente. Haciendo énfasis en los adultos mayores que poseen dificultad para recordar y tomar sus medicamentos la mayoría de ellos presentaron este hecho, lo que influye como un factor en el riesgo de la adherencia.

**Tabla 22***Test de Morisky- Green según edad y sexo.*

	Sexo		Test de Morisky- Green		Total	Porcentaje
			No adherente	Adherente		
Femenino	Edad	60 a 65 años	9	0	9	27%
		66 a 70 años	4	0	4	12%
		71 a 75 años	4	0	4	12%
Masculino	Edad	60 a 65 años	8	0	8	24%
		66 a 70 años	6	0	6	18%
		71 a 75 años	2	0	2	6%
		Total	33	0	33	100%
Total	Edad	60 a 65 años	17	0	17	52%
		66 a 70 años	10	0	10	30%
		71 a 75 años	6	0	6	18%
		Total	33	0	33	100%

**Elaborado por: Peláez Cabrera Keyla.**

Como se observa en la tabla 24, los adultos mayores revelaron según el test de Morisky-Green un valor menor a 8 puntos lo que indicaron resultados “no adherentes”, donde el sexo femenino prevaleció sobre el estudio señalando un 27% entre los grupos de 60 a 65 años, 12% de 66 a 70 años al igual que de 71 a 75 años.

Por su parte, la población masculina reportó una incidencia de 24% entre 60 a 65 años, una diferencia mínima en comparación con las mujeres hipertensas, seguido de un 18% de 66 a 70 años y en menor medida entre 71 a 75 años en 6%.

En términos generales, según el test de Morisky- Green se evidencia que la totalidad de los 33 entrevistados adultos mayores son “no adherentes” es decir no cumplen a plenitud con el régimen terapéutico y estos resultados se asocian significativamente con las variables antes expuestas donde se reflejaban conductas inadecuadas para el control de la hipertensión.

## **7.2. Comprobación de la hipótesis**

Según los resultados obtenidos a través de la encuesta se planteó que, la adherencia al tratamiento de fármacos antihipertensivos del adulto mayor que acude al centro de salud Bastión Popular tipo c tiene relación con los factores determinantes que intervienen en el abandono del régimen terapéutico, en la que se pudo evidenciar una relación existente entre los factores de riesgo y el cumplimiento a cabalidad con el tratamiento indicado, factores como el económico, que impiden la adquisición del tratamiento, la distancia entre el hogar y el centro de salud, que interfieren con la correcta entrega de los medicamentos asignados por el centro de salud fueron los más resaltantes.

Cabe destacar que no todo los pacientes tiene este beneficio de asignación, así mismo, se pudo constatar por medio del test de Bonilla, el nivel de riesgo de adherencia fue elevado representado por un 55%, como también, el test de Morisky-Green arrojó cifras aún más preocupantes, representadas por valores menores a 8 puntos, que se traducen en que todos los pacientes en estudio, presentaron deficiencia de adherencia farmacológica por lo cual se ratifica la hipótesis plantada en virtud de los hechos comprobados.

### 7.3. Conclusiones

- Se determina que no existe una buena adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos, en los pacientes que acuden al establecimiento de salud, tanto en la población femenina como masculina. Debido a diversos comportamientos como el incumplimiento involuntario, el olvido, el sentirse bien hace que discontinúen el tratamiento, la distancia del consultorio al hogar, la duda sobre la toma de medicamentos, todo esto representa una mala adherencia que impide el control adecuado de la hipertensión arterial.
- Basado en los resultados obtenidos por medio de las entrevistas se logró constatar que la gran mayoría de los pacientes hipertensos utilizan los inhibidores de enzimas convertidoras de angiotensina como fármaco para tratar la hipertensión, puesto que es el medicamento más adecuado y beneficioso recomendados por los especialistas, seguido de los antagonistas de los receptores de angiotensina II, antagonistas de calcio y en algunos casos diuréticos; cuya administración constaba de una dosis diaria.
- En base a los factores determinantes, se pudo evidenciar que, dentro de los aspectos económicos, la sustentabilidad de los adultos mayores para cubrir sus necesidades básicas y costeo de medicinas es muy bajo, la cual influye negativamente en la adherencia. Por otro lado, con relación al sistema de salud se encontró que no todos los pacientes reciben constantemente los medicamentos para controlar la hipertensión siendo un contribuidor más a la causa. En base a los factores asociados a la terapia, las ocupaciones, la distancia entre el hogar y el centro de salud, y las dudas para continuar con el tratamiento aportaron a la problemática en curso, el desconocimiento sobre los fármacos utilizados y su mecanismo de acción conlleva en los pacientes la suspensión del fármaco sin consulta médica y por consecuencia complicaciones asociadas a la hipertensión. En conclusión, se determinó que existe un riesgo de adherencia elevado los hipertensos no respondieron a comportamientos de adherencia según el test de Bonilla.

- Con respecto al grado de adherencia según el test de Morisky-Green el total de los adultos mayores reportaron valores menores a 8 puntos, que al igual que el test de Bonilla los ítems de valoración revelaron respuestas asociadas a un comportamiento no adherente, sin embargo, el test de Morisky determinó una severidad mayor en comparación al test de Bonilla, estableciendo a todos los pacientes hipertensos “no adherentes” donde la población femenina entre 60 a 65 años resultó con mayor incidencia en el estudio.

#### **7.4. Recomendaciones**

- Se recomienda a la comunidad académica y profesional implementar intervenciones educativas continuas sobre la importancia de la adherencia terapéutica en los adultos mayores con hipertensión arterial, que fortalezca los conocimientos de los pacientes y se pueda lograr resultados satisfactorios de adherencia.
- Se insta a los centros de salud fortalecer los programas de atención especialmente en la provisión de medicamentos en adultos mayores hipertensos, dando prioridad a esta población para la continuidad del régimen farmacológico y lograr una mejor calidad de vida en los pacientes.
- Implementar operativos especiales de salud en la comunidad cada 6 meses dirigida a los adultos mayores con la finalidad de valorar constantemente la adherencia terapéutica de los fármacos y mantener un control de la incidencia de hipertensos no adherentes.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abegaz, T., Shehab, A., & Gebreyohannes, E. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine (Baltimore)*, 96(4), e5641.
- Arbaiza, J. (2019). Nuevas guías de hipertensión arterial ¿Hasta dónde se debe llegar? *Edicionmedica*.
- Berenguer, L. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN*, 5185–5190.
- Berreta, J., & Kociak, D. (2017). Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria*, 52–59.
- Bonilla-Ibañez, C. (2014). Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de Enfermería*, 32(1), 53–62.
- Bravo-Campoverde, B. (2017). Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. Santa Rosa- El Oro, 2016”. *Universidad Nacional de Loja*.
- Bryce Moncloa, A., San Martin, M., & Tamayo Soto, A. (2015). Fisiopatología de la hipertensión arterial / Physiopathology of arterial hypertension. *Diagnóstico*, 54(4), 184–188.
- Carandell, J., & Miralles, J. (2012). Guia para la atencion de los pacientes. *Guia Clinica*.
- Carmona, W., & Sánchez, A. (2018). Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la actividad física. *Nutricion Clinica En Medicina*, 12(3), 128–139.
- Castellanos, C. (2015). Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. *Med Int Méx*, 31(0), 191–195.
- Coello, C. (2020). Ecuador tiene una prevalencia de 9,3 por ciento de hipertensión. *Edicion Medica*.

- Constitucion del Ecuador. (2008). *Constitucion del Ecuador*.
- Córdova -Alarcón, S., & Gualotuña-Alcívar, C. (2018). Identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2018. *Pontificia Universidad Catolica Del Ecuador*.
- Cueto-Franco, A., Giralt-Herrera, A., & Peña-Velázquez, A. (2016). Consumo de antihipertensivos en tres años consecutivos en el Hospital Universitario Manuel Fajardo. *Revista 16 de Abril*, 55(261), 11–20.
- Garcia-Castañeda, N., Cardona-Arango, D., Segura- Cardona, A., & Garzon-Duque, M. (2016). Factors associated to arterial hypertension in older adults according to subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(6), 528–534.
- González-Boulí, Y., Cardosa-Aguilar, E., & Carbonell-Noblet, A. (2019). Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *Revista Información Científica*, 98(2).
- González, E., & Oliva, D. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 225–235.
- González, Y., Cardosa, E., & Carbonell, A. (2019). Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *Rev. Inf. Cient.*
- Haramiova, Z., Stasko, M., & Hulin, M. (2017). The effectiveness of daily SMS reminders in pharmaceutical care of older adults on improving patients' adherence to antihypertensive medication (SPPA): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(334).
- Inés-Parra, D., Romero-Guevara, S., & Rojas, L. (2019). Factores influyentes en la adherencia al régimen terapéutico en hipertensión y diabetes. *Investigación y Educación En Enfermería*, 37(3).
- James, P., Opari, S., & Handler, J. (2014). Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en Adultos. *JAMA*, 311(5), 507–520.
- Jaramillo, S. (2017). Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Malacatos. *Universidad*

*Nacional de Loja.*

- Jimena, G.-M., & Sigcho-Japón, S. (2020). Teoría de Dorothea Orem aplicada al cuidado durante el embarazo. *UNACH*.
- Limaylla, M., & Ramos, N. (2016). Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e Investigación, 19*(2), 95–01.
- Lo, S., Chau, J., Woo, J., Thompson, D., & Chow, K. (2016). Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension. *J Cardiovasc Nurs, 31*(4), 296–303.
- López, S., & Chávez, R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Rev Haban Cienc Méd.*
- Magder, S. (2018). The meaning of blood pressure. *Crit Care, 22*(257), 1–10.
- Martinez-Dominguez, G., Martinez-Sanchez, L., Lopera-Valle, J., & Vargas-Grisales, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 14*(2), 107–116.
- Martínez-Sánchez, L., Martínez-Domínguez, G., & Rodríguez-Gázquez, M. (2015). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos ambulatorios de un hospital de primer nivel de atención de Antioquia, Colombia. *Revista Latinoamericana de Hipertensión, 10*(2), 34–39.
- Menéndez, E., Delgado, E., Fernández-Vega, F., & Priet, M. (2016). Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Revista Española de Cardiología, 69*(6), 572–578.
- Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care, 24*(1), 67–74.
- Naranjo-Hernández, Y., Concepción-Pacheco, J., & Rodríguez-Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana, 19*(3).
- OMS. (2019). Hipertensión. *Organizacion Mundial de La Salud.*
- OPS. (2014). Diabetes e Hipertension, dos males silenciosos que afectan la salud. *Organizacion Panamericana de La Salud.*

- Ortega-Cerda, J., Sánchez-Herrera, D., & Rodríguez-Miranda, Ó. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232.
- Ortellado-Maidana, J., Ramírez, A., & González, G. (2016). Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015. *Revista Virtual de La Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 3(2).
- Parati, G., Stergiou, G., Dolan, E., & Bilo, G. (2018). Blood pressure variability: clinical relevance and application. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 20(7), 1133–1137.
- Pérez, D. (2020). Guía de intervención de enfermería en hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. *Universidad Camilo José Cela*.
- Pomares-Avalos, A., Vázquez-Núñez, M., & Ruíz-Domínguez, E. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*, 7(2).
- Prado-Solar, L., González-Reguera, M., & Paz-Gómez, N. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6).
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat*, 16(2).
- Shunchao, K., Xueqing, L., & Blanco-Aspiazu, M. (2018). Mecanismos de comorbilidad en hipertensión arterial. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(1).
- Soto, J. (2018a). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(1), 61–68. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300051#!>
- Soto, J. (2018b). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(1), 61–68.
- Universo, E. (2019). Médicos llaman a revisar a diario la presión arterial. *El Universo*.
- Valencia, F. (2014). Evaluación diagnóstica de 2 instrumentos que miden adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Universidad de Concepcion*.
- Varela-Pinedo, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2).

Wagner-Grau, P. (2018). Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2).

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., & Rosei, E. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*, 72(2), 160.e1-e78.

## 9. ANEXOS

### Anexo 1 Aprobación del Centro de Salud Bastión Popular tipo C

 **Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud**  
Enfermería

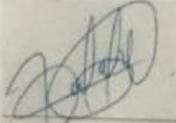
Guayaquil, 21 de abril del 2021

Doctora  
Barbara Quiroz Zurita  
**DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. DE ENFERMERÍA**  
En su despacho. -

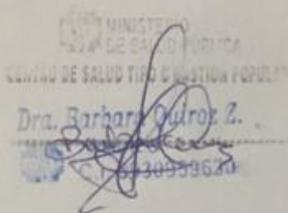
De mi consideración:

Yo, **PELÁEZ CABRERA KEYLA ESTEFANÍA**, portador de la cédula de identidad 0706736477, egresada de la carrera de Enfermería de la **Universidad Estatal Península de Santa Elena**, en cumplimiento con el Art.5 del Reglamento de Graduación y Titulación de la UPSE, solicito encarecidamente se me autorice el permiso correspondiente para realizar la respectiva recolección de datos para la realización de mi Proyecto de Investigación, con el tema: **ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C, 2020-2021**. El mismo que fue aprobado por **Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud** y Docente tutor Lcdo. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp. Bajo la modalidad de Proyecto de investigación, previo a la obtención de título de Licenciada en Enfermería.

Atentamente,



Peláez Cabrera Keyla Estefanía  
C.I: 0706736477  
Correo: keyla.pelaes@gmail.com  
Celular: 0968878455



**UPSE**

Dirección: Campus matriz, La Libertad - prov. Santa Elena - Ecuador  
Código Postal: 240204 - Teléfono: (04) 2-781732  
www.upse.edu.ec

**Anexo 2: Consentimiento informado**



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA  
DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Guayaquil ..., de ..... del 2021

**Consentimiento informado**

Estimado paciente me dirijo hacia Ud. de manera formal a invitarlo a participar en este proyecto de investigación que tiene como objetivo; Determinar la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al centro de salud Bastión Popular tipo c, 2020-2021.

El presente estudio se realiza como parte del proceso de titulación de la Carrera de enfermería, elaborada por la estudiante keyla Estefania Peláez Cabrera, bajo la tutoría del Licenciado Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp. La encuesta tendrá una duración de 20 minutos, es confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

Yo .....acepto voluntariamente participar en este estudio, he comprendido perfectamente la información, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

**Firma del participante**  
**CI:**

### Anexo 3. Instrumento



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA  
DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**



#### INSTRUMENTO A UTILIZAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Título:** Adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al centro de salud Bastión Popular tipo C, 2020-2021.

**Objetivo:** Determinar la adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al centro de salud Bastión Popular tipo c, 2020-2021.

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Unión libre

Nivel de instrucción: Ninguna  Primaria  Secundaria  Superior

Comorbilidad: ECV  EPOC  ICA  Diabetes

Tipo de seguro: IESS  ISSFA  Privado  Ninguno

Tipo de fármaco: IECA  ARA II  Antagonista  Diurético

Numero de dosis: 1 dosis  2 dosis  3 dosis

Numero de fármacos: 1 fármaco  2 fármaco  3 fármaco

#### FACTORES SOCIOECONÓMICOS

	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)?			
2. ¿Puede pagarse 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 AL SISTEMA DE SALUD

	Nunca	A veces	Siempre
7. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
8. ¿Recibe la información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
9. ¿El centro de salud le proporciona los medicamentos necesarios para su hipertensión?			
10. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			

### FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA

	Nunca	A veces	Siempre
11. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
12. ¿La distancia de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
13. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
14. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
15. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			

### FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

	Nunca	A veces	Siempre
16. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
17. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			

18. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
19. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

**Fuente:** Bonilla-Ibañez, (2014).

Escala de adherencia al tratamiento de Morisky Ítems	Opciones de respuesta	
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar su medicamento para la hipertensión?	si	no
2. ¿Algunas personas se le pasa tomar sus medicamentos por otras razones y no por un simple olvido? Si recuerda las ultima dos semanas ¿hubo algún día en que se le olvido tomar la medicación para su hipertensión?	si	no
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicación sin decírselo a su médico por que se sentía peor al tomarlas?	si	no
4. Cuando viaja o está fuera de hogar. ¿se le olvida llevar la medicina para tu hipertensión arterial alguna vez?	si	no
5. ¿Tomó medicación para su hipertensión arterial ayer?	si	no
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control ¿deja aves de tomar su medicación?	si	no
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	si	no
8. ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar sus medicinas?	Nunca / casi nunca. Rara vez. Alguna vez. Habitualmente. Siempre	

**Fuente:** Morisky et al., (1986).

## Anexo 4: Tablas

**Tabla 23**

*Nivel de instrucción.*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Ninguno	6	18,2	18,2	18,2
	Primario	14	42,4	42,4	60,6
	Secundario	10	30,3	30,3	90,9
	Superior	3	9,1	9,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por:** Peláez Cabrera Keyla.

El grado de instrucción de los adultos mayores en su mayoría estuvo culminada hasta la primaria con un 42,4%, seguido de un 30,3% a nivel secundario, y ninguno corresponde al 18,2%, finalmente en menor medida los profesionales con un 9,1%. Esto indican que la mayoría de los entrevistados tienen o carecen de una instrucción estudiantil incompleta lo que podría estar asociado a unos de los factores influyentes de la adherencia terapéutica.

**Tabla 24**

*Estado civil.*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Soltero	4	12,1	12,1	12,1
	Casado	8	24,2	24,2	36,4
	Divorciado	5	15,2	15,2	51,5
	Viudo	6	18,2	18,2	69,7
	Unión libre	10	30,3	30,3	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

**Elaborado por:** Peláez Cabrera Keyla.

Se observa en la presente tabla que el 30,3% de los hipertensos poseen una relación de unión libre, seguido de un 24,2% casados, 18,2% viudos, 15,2% divorciados y en menor medida los solteros en un 12,1%. Esto revela que la mayoría de los pacientes entrevistados tienen o tuvieron una relación sentimental y solo una pequeña porción del estudio es soltera. Cabe señalar que los adultos mayores solteros podrían estar relacionados a una no adherencia farmacológica por carecer de apoyo conyugal y familiar, sin embargo, esta teoría podría no aplicar en todos los entrevistados.

## Anexo 5. Evidencia fotográfica



Imagen 1. Explicación del consentimiento informado.



Imagen 2. Aplicación de la encuesta.



Imagen 3. Recolección de datos

## Anexo 6. Certificación de Plagio URKUND.



Universidad Estatal  
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 30 de mayo del 2021

### CERTIFICADO ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C, 2020-2021**, elaborado por **PELÁEZ CABRERA KEYLA ESTEFANIA**, estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el **9%** de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Adonis'.

Lcdo. Adonis Frustino Hernández Ortiz, Esp.  
**Tutor de trabajo de titulación**

Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena  
Correo: [biblioteca@upse.edu.ec](mailto:biblioteca@upse.edu.ec)  
Teléfono: 042781738 ext. 136